



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para otorgar terapias de diálisis peritoneal y hemodiálisis en Unidades
Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención
2660-003-057

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Hermilo Domínguez Zárate
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dra. Beatriz Pérez Antonio
Encargada del Despacho de la Coordinación
de Unidades de Segundo Nivel

Elaboró

Dr. Alejandro Ajoleza Sánchez
Titular de la División de Hospitales-

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 18 SEP 2024

El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación, así como prevenir los actos de corrupción".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	4
2	Objetivo	4
3	Ámbito de aplicación	4
4	Definiciones	4
5	Políticas	10
	5.1 Generales	10
	5.2 Específicas	11
6	Descripción de actividades	32
7	Diagrama de flujo	66
	Anexos	
	Anexo 1 Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades Clave 2660-018-002	101
	Anexo 2 Minuta del Comité de diálisis Clave 2660-009-169	104
	Anexo 3 Carta de consentimiento informado Clave 2660-009-103	111
	Anexo 4 Carta de disentimiento informado Clave 2660-009-170	115
	Anexo 5 Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria Clave 2660-009-174	121
	Anexo 6 Registros clínicos e intervenciones de Enfermería para pacientes en la consultoría Clave 2660-009-099	130
	Anexo 7 Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis Clave 2660-009-102	146



ÍNDICE

Página

Anexo 8	Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA) Clave 2660-009-100	166
Anexo 9	Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) Clave 2660-009-101	172



1 Base normativa

- Artículo 82, Fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas posteriores.
- Numerales 7.1.4.2 y 7.1.4.2.2, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 29 de diciembre de 2023.

2 Objetivo

Proporcionar atención médica a los pacientes que requieren diálisis en cualquiera de sus modalidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, para facilitar la toma de decisiones de forma oportuna, eficiente y segura en apego a las buenas prácticas.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, Coordinación de Gestión Médica, Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada; en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención donde se proporcione terapias de diálisis, la Dirección y Subdirección Médica, Subdirección Administrativa, Coordinación Clínica de Medicina Interna, Coordinación Clínica de Cirugía, Jefatura de Servicios de Medicina Interna, Jefatura de Servicios de Cirugía, Departamento de Trabajo Social, Departamento de Nutrición y Dietética de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención.

4 Definiciones

4.1 acceso vascular: Dispositivo que permite el intercambio de sangre entre el paciente y la máquina de hemodiálisis. Puede ser temporal (catéter tipo Mahurkar o tunelado) o definitivo (fístula arteriovenosa o injerto).

4.2 acceso vascular temporal: Dispositivo que proporciona acceso a venas centrales o aurícula derecha y permite el flujo de gran volumen de sangre; si el paciente recibirá tratamiento permanente debe ser reemplazado por uno definitivo en un lapso menor a 3 meses.



4.3 atención médica: Actividades programadas o no programadas que se proporcionan por personal especializado a un paciente con el fin de promover, proteger y/o restaurar su salud. En las unidades médicas de segundo nivel de atención, estas actividades se realizarán a través de los siguientes servicios: ☐ Auxiliares de diagnóstico y tratamiento: Acciones que se realizan mediante equipos técnicos y de laboratorio invasivos o no invasivos, para conocer el estado anatómico, metabólico y funcional de órganos y tejidos, con la finalidad de coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento resolutivo, rehabilitatorio o paliativo o bien para el seguimiento de una enfermedad. ☐ Cirugía: Todo aquel procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o reconstructivos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos. ☐ Urgencias: Acciones proporcionadas a todo aquel paciente que presenta un padecimiento agudo que pone en peligro la vida, la función de un órgano y requiere de atención inmediata. ☐ Consulta de especialidades: Conjunto de acciones que otorgan los Médicos no Familiares a pacientes ambulatorios en consultorio. ☐ Hospitalización: Acciones que se proporcionan a todo paciente que por su padecimiento ocupa una cama hospitalaria; las cuales tienen el propósito de prevenir riesgos a su salud y/o implementar procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

4.4 atención nutricional: Es la atención otorgada por un profesional de la nutrición, con el objetivo de proporcionar cuidados nutricionales, lo que incluye la realización de la evaluación, diagnóstico, intervención y monitoreo nutricional.

4.5 barrera máxima: Conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubrebocas, bata y guantes, la aplicación de antiséptico para la piel del paciente y la colocación de un campo estéril para limitar el área donde se realizará el procedimiento; con excepción del gorro y cubrebocas, todo el material de uso debe estar estéril.

4.6 capacitación: Transmisión del conocimiento a través de la práctica de habilidades motoras, repeticiones de cada tarea o actividad, señalando cada paso a realizar hasta que sea comprendido, asimilado y reproducido por parte del paciente, familiar o persona legalmente responsable de la técnica de diálisis peritoneal ambulatoria o automatizada.

4.7 carta de consentimiento informado: Documento de carácter legal signado por el paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo o acompañante, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información sobre los riesgos y beneficios esperados. Constituye la evidencia documental de la decisión tomada por una persona que ha recibido la información necesaria y resuelto sus dudas con el personal de salud, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado, sin haber sido sometida a coerción, intimidación, influencias o incentivos de cualquier tipo.



4.8 carta de disentimiento informado: Documento escrito, signado por el paciente, acompañante, familiar o representante legal, mediante el cual se rechaza un acto o procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.9 catéter para diálisis peritoneal (tipo Tenckhoff): Dispositivo de silicón provisto de cojinetes fijos de dacrón o poliéster con banda radiopaca que permite la entrada y salida de la solución de diálisis en el procedimiento de diálisis peritoneal.

4.10 cavidad peritoneal no útil: Es la incapacidad funcional (falla de membrana peritoneal para la eliminación de solutos o fallo de ultrafiltración) y/o estructural del peritoneo para efectuar diálisis; abdomen no útil hace referencia a la imposibilidad para la colocación del acceso peritoneal.

4.11 cavidad peritoneal útil: Hace referencia a la capacidad funcional o anatómica del abdomen y peritoneo para realizar diálisis peritoneal; se presupone una cavidad útil ante la ausencia de múltiples antecedentes quirúrgicos o patologías que pongan en riesgo la integridad del abdomen o de la técnica dialítica.

4.12 CIRC: Censo de Insuficiencia Renal Crónica, plataforma electrónica institucional en la cual se registran los pacientes que ingresan a diálisis, así como sus movimientos (altas, bajas, cambios de modalidad).

4.13 Comité de diálisis: Grupo multidisciplinario de salud presidido por el Director de la unidad médica hospitalaria de segundo nivel de atención, tiene como objetivo dar seguimiento a los criterios de inclusión, exclusión y cambios en las modalidades dialíticas, así como regular los aspectos técnicos administrativos inmersos en la atención médica de los pacientes.

NOTA El comité se realiza en apego a los lineamientos para la organización y funcionamiento. SSA-1999, dicho documento se puede consultar en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ComitesHospitalarios.pdf>

4.14 consulta de especialidades: Atención que imparten los médicos de especialidades troncales y subespecialidades clínicas o quirúrgicas a pacientes ambulatorios en el consultorio de especialidad del hospital.

4.15 consultoría de enfermería: Proceso sistematizado y planificado en el cual el profesional de enfermería asiste, educa y capacita al enfermo renal y cuidadores en la atención hospitalaria y domiciliaria, con la finalidad de favorecer el autocuidado, promover la salud, limitar el daño y proporcionar educación continua, así como monitoreo de su estado de salud.



4.16 diálisis peritoneal: Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva de agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal; tiene como objetivo reducir la uremia y reestablecer el equilibrio hidroelectrolítico. Consta de tres tiempos: infusión de solución dializante (ingreso), estancia en cavidad (permanencia) y drenaje (egreso.)

4.17 diálisis peritoneal intrahospitalaria: Modalidad de diálisis realizada en forma manual o automatizada, permite el tratamiento inicial en tanto el paciente se incluye en una terapia continua de manera domiciliaria.

4.18 dializador: Dispositivo extracorpóreo empleado en hemodiálisis, el cual a través de su membrana permite la depuración de solutos y eliminación del agua.

4.19 DPA: Diálisis peritoneal automatizada, técnica de diálisis que emplea un dispositivo electromecánico en el recambio de las soluciones infundidas en la cavidad peritoneal (máquina cicladora) y generalmente se usa por la noche.

4.20 DPCA: Diálisis peritoneal continua ambulatoria, técnica de diálisis domiciliaria que se realiza de manera manual, en la cual se emplean generalmente 4 recambios, tres diurnos y uno nocturno.

4.21 enfermedad renal crónica: Alteración de la función renal por 3 o más meses, con o sin deterioro de la tasa de filtrado glomerular, describe 5 grados, el 5 es denominado insuficiencia renal crónica y precisa el uso de una terapia de diálisis o trasplante renal

4.22 equipo multidisciplinario: Grupo organizado constituido por personal de salud experto en diferentes disciplinas que contribuyen en la atención del usuario realizando intervenciones específicas y lograr objetivos en los procesos de atención integral de los pacientes. En diálisis está integrado por:

- Titular de la Coordinación Clínica de Medicina Interna o Titular de la Jefatura de Servicio de Medicina Interna, Jefe de servicios o Médico responsable de los diferentes áreas que conforman el servicio de Nefrología
- Medico No familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna
- Enfermera Jefe de Piso o Enfermera Especialista en Nefrología o Enfermera General
- Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social
- Especialista en Nutrición y Dietética, en ausencia de esta categoría podrá ser el Nutricionista Dietista
- Medico No familiar Psiquiatra o Psicólogo clínico o Tanatólogo
- Coordinador Hospitalario de Donación



4.23 estación de hemodiálisis: Espacio físico específico destinado a la atención del paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis, contempla un área mínima de 1.5 x 2.0 m, que incluye máquina y el sillón reclinable. La estación deberá contar con aislamiento específico de manera permanente en pacientes seropositivos a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) virus de la Hepatitis B (VHB), virus de la Hepatitis C (VHC); y temporal en presencia de otros padecimientos que así lo requieran (COVID-19, procesos infecciosos diversos).

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

4.25 fístula arteriovenosa interna (FAVI): Acceso vascular definitivo que consiste en la anastomosis de una arteria y una vena, el cual permite la conexión del paciente al circuito extracorpóreo de la máquina de hemodiálisis.

4.26 hemodiálisis: Procedimiento empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplica técnicas y procedimientos específicos a través de equipos e insumos especializados; utiliza como principio físico-químico la difusión y convección a través de un dializador.

4.27 hemodiálisis externa: Modalidad de hemodiálisis que se realiza en instalaciones ajenas al Instituto y es atendida por personal externo, en apego a las disposiciones emitidas en la "Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y control de los servicios subrogados de atención médica" clave 2000-001-006, autorizada por la Dirección de Prestaciones Médicas.

4.28 hemodiálisis interna: Modalidad de hemodiálisis realizada dentro de las instalaciones del Instituto y es atendida por personal propio.

4.29 hemodiálisis temporal: Hemodiálisis con duración de 12 semanas.

4.30 insuficiencia renal crónica: Pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de filtrado glomerular <15 ml/min/1.72 m²SC. Constituye un criterio para valorar el inicio de diálisis.

4.31 interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en el tratamiento médico de un paciente, a solicitud del médico tratante a fin de proporcionar atención integral al mismo.



4.32 línea de transferencia: Dispositivo plástico empleado como intermediario entre el paciente y el conector de diálisis, que permite la conexión a la bolsa de solución dializante.

4.33 minuta del Comité de diálisis: Documento donde se plasma el nombre de los pacientes presentados a Comité de diálisis y la modalidad de tratamiento otorgada; así como la problemática inherente al programa meritoria de ser expuesta.

4.34 peritonitis: Es la inflamación del peritoneo, en la terapéutica clínica generalmente es secundaria a un proceso infeccioso derivado por un fallo en la técnica dialítica.

4.35 prueba de adecuación peritoneal: Procedimiento empleado para identificar la velocidad del transporte de solutos y agua a través del peritoneo, lo cual permite clasificar la membrana peritoneal y realizar la prescripción del tratamiento dialítico de manera individualizada.

4.36 referencia y contrarreferencia: Procedimiento administrativo entre unidades médicas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de dar continuidad a la atención médica, de forma integral y de conformidad con la regionalización de los servicios.

4.37 registro nominal de pacientes en terapia de diálisis: Fuentes primarias de información en donde se anota el nombre del paciente en programa de diálisis, así como información relacionada a la morbilidad y mortalidad; con fines de análisis clínico, epidemiológico y administrativo.

4.38 registro numeral de pacientes en terapia de diálisis: Fuentes primarias de información en donde se anotan datos numéricos de los pacientes en programa de diálisis, así como las variables relacionadas con morbilidad y mortalidad; con fines de análisis clínico, epidemiológico y administrativo.

4.39 tratamiento conservador: Las recomendaciones nutricionales y farmacológicas que recibe un paciente con enfermedad renal crónica que tienen como objetivo retardar la progresión del daño renal y emplazar un tratamiento dialítico.

4.40 unidad de contrarreferencia: Unidad de atención médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar el tratamiento integral, de acuerdo con su condición clínica y necesidades de cuidados de salud.

4.41 unidad de hemodiálisis: Área física destinada al tratamiento de los pacientes que requieren hemodiálisis. Puede ser interna o externa.

4.42 valoración social: Es el proceso y resultado de evaluar y reconocer las condiciones socio-culturales de una persona que inciden de forma positiva o negativa en las condiciones de salud del individuo o de su familia.



4.43 vigencia de derechos: Periodo de disfrute de los beneficios que otorga el Instituto al asegurado (a) o pensionado (a) y sus beneficiarios legítimos, durante el cual pueden recibir legalmente del IMSS las prestaciones a que tienen derecho.

4.44 visita domiciliaria: Herramienta que emplea técnicas e instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos, utilizados para realizar la valoración social a partir de las condiciones familiares, de vivienda, económicas, laborales y de red de apoyo, con el fin de comprender los elementos que determinan o influyen en su entorno

5. Políticas

5.1. Generales

5.1.1. La entrada en vigor del presente procedimiento actualizará y dejará sin efecto al “Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención” con clave 2660-003-057 con fecha de registro 14 de noviembre de 2013.

5.1.2. El incumplimiento del contenido del presente documento por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.3. El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, a través de las pautas de conducta de las personas servidoras públicas del IMSS, cuyos compromisos son: desarrollar ambientes laborales libres de violencia; de respeto a los derechos humanos; de igualdad y a la no discriminación; de integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y contra las conductas que pudieran constituir actos de corrupción, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo: ACDO.SA2.HCT.260124/19.P.DA, de fecha 26 de enero de 2024. (<https://acuerdospublicos.imss.gob.mx/buscarpornumero>)

5.1.4. El personal involucrado en el presente documento deberá guardar total confidencialidad y discreción respecto del asunto en cuestión, esto incluye el deber de no informar o dar indicio a cualquier persona que no esté involucrada directamente con el proceso, sobre información, documentación y demás datos relacionados con dichos asuntos, los cuales tienen el carácter de ser clasificados como información reservada y confidencial, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 22 y 303 de la Ley del Seguro Social, 16 y 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y 110, fracciones VI, VII y VIII, 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



5.1.5. La Coordinación de Unidades de Segundo Nivel tiene la facultad de interpretar el presente documento, así como de resolver los casos especiales y no previstos en el ámbito de su competencia.

5.1.6. El Comité de diálisis validará los tratamientos empleados en los pacientes y determinará la modalidad y permanencia con base a los “Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades” clave 2660-018-002 (Anexo 1) que rigen este documento.

5.2. Específicas

Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas

5.2.1. Difundirá el presente procedimiento a los integrantes de las diferentes Coordinaciones a su cargo, a partir de su registro en Catálogo Normativo Institucional y la publicación en el Sistema de Información Normativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.2.2. Vigilará el cumplimiento del presente documento en el ámbito de su competencia y aplicará las medidas correctivas que mejoren la atención de los pacientes que reciben diálisis.

5.2.3. Evaluará y validará conjuntamente con las coordinaciones adscritas a su área, los resultados de las supervisiones operativas que realizan los Equipos de Supervisión delegacionales, conformados por el Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, a fin de establecer acciones de mejora en los pacientes que reciben diálisis.

5.2.4. Promoverá la referencia de pacientes al programa de trasplante renal.

Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

5.2.5. Difundirá y vigilará el cumplimiento del presente ordenamiento en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención que cuentan con terapias de diálisis.

5.2.6. Verificará en colaboración con la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, que la información de las fuentes primarias del programa de diálisis y referencia a trasplante renal sea veraz y oportuna.

NOTA: Las fuentes primarias son: el Registro Nominal y Numeral de pacientes en terapia de diálisis.

5.2.7. Participará con el Coordinador de Gestión Médica en los acuerdos de gestión y vinculación para atender con oportunidad a los pacientes de diálisis de acuerdo con la regionalización de los servicios médicos y del sistema de referencia y contrarreferencia.



5.2.8. Asesorará a los integrantes del Cuerpo de Gobierno de la Unidad Médica hospitalaria de Segundo Nivel Atención sobre la implementación y seguimiento de estrategias de mejora derivadas de las visitas de supervisión al proceso de atención de los pacientes en diálisis.

5.2.9. Dará seguimiento a la estrategia para privilegiar el uso de diálisis peritoneal como primera opción de tratamiento.

5.2.10. Validará a través del Equipo de Supervisión el reporte de prestación de servicios médicos de intercambio relacionado con la atención de los pacientes en diálisis.

5.2.11. Definirá los elementos necesarios para evaluar los subprocesos por parte del Equipo de supervisión y designará al personal de su equipo quien vigilará la supervisión del Comité de diálisis con la finalidad de mantener alineado el proceso de las terapias dialíticas en búsqueda permanente de áreas de oportunidad y estrategias de mejora.

5.2.12. Coordinará y dará seguimiento a través del Coordinador Auxiliar de Atención Médica responsable de las Unidades de Segundo Nivel y del Equipo de Supervisión, a desviaciones detectadas en el servicio de nefrología por la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD) dependiente de la Dirección de Operación y Evaluación y de los órganos normativos de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

5.2.13. Participará con las Coordinaciones de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas en la identificación de necesidades de capacitación del equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes que reciben diálisis.

5.2.14. Promoverá el intercambio de servicios cuando este recurso sea necesario en la Unidad Médica Hospitalaria para la atención del paciente en diálisis.

5.2.15. Difundirá a los Directores de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención los convenios de intercambio de servicios y vinculación relacionados con la atención del paciente en diálisis.

5.2.16. Promoverá la difusión de los beneficios del trasplante renal, así como la referencia y contrarreferencia entre las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención y Unidades Médicas de Alta Especialidad con programa de trasplante renal, teniendo como meta 20% del número de pacientes en censo nominal.

PROGRAMA: TRASPLANTE RENAL	
OOAD	UNIDAD
Baja California	HGR 1 Tijuana
Ciudad de México Norte	HGZ 48 Xalpa
Ciudad de México Norte	HES CMN La Raza
Ciudad de México Norte	HG CMN La Raza



Ciudad de México Sur	HP CMN Siglo XXI
Ciudad de México Sur	HES CMN Siglo XXI
Coahuila	HES 71 Torreón
Guanajuato	HES 1 CMN del Bajío
Jalisco	HP CMN Occidente
Jalisco	HES CMN Occidente
Morelos	HGRMF 1 Cuernavaca
Nuevo León	HGZ 33 Félix U. Gómez
Nuevo León	HES 25 Monterrey
Puebla	HES CMN Puebla
San Luis Potosí	HGZ 50 Tangamanga
Sinaloa	HGR 1 Culiacán
Sonora	HES 2 CMN Obregón
Veracruz Norte	HES 14 Veracruz
Yucatán	HES CMN Mérida
Total 19 Unidades Médicas	

Coordinador de Información y Análisis Estratégico

5.2.17. Promoverá que la información reportada por las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención sea completa, veraz, confiable y oportuna.

5.2.18. Integrará la información estadística de las terapias de diálisis generadas de las diferentes fuentes primarias y sistemas de información; y las dará a conocer al Director de la Unidad Médica Hospitalaria y Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

5.2.19. Realizará mensualmente el análisis estratégico de la información estadística relacionada con la atención de los pacientes en terapias de diálisis y difundirá al Director de la Unidad Médica Hospitalaria y Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

Coordinador de Gestión Médica

5.2.20. Vigilará el funcionamiento del Comité de diálisis con apego a los criterios de ingreso y egreso en las diferentes modalidades y conforme a la "Minuta del Comité de diálisis" clave 2660-009-169 (Anexo 2).

5.2.21. Diseñará en colaboración con la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud los acuerdos de gestión y vinculación para atender con oportunidad a los pacientes de diálisis de acuerdo con la regionalización de los servicios médicos y del sistema de referencia contrarreferencia.



5.2.22. Realizará el seguimiento de los pacientes en protocolo de estudio para trasplante renal, así como la contrarreferencia y los acuerdos para la mejora de los procesos de atención médica entre las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

5.2.23. Analizará las quejas e inconformidades médicas generadas durante la atención de los pacientes en diálisis, con el fin de emitir la opinión técnica médica correspondiente, misma que comunicará a la Coordinación de Atención y Orientación de la Dirección de Operación y Evaluación para los trámites que haya lugar.

5.2.24. Realizará las visitas correspondientes a las Unidades de hemodiálisis externa, en coordinación con el Equipo de Supervisión de forma trimestral, en donde aplicará las cédulas específicas y elaborará minuta de la visita.

Las Cédulas de supervisión corresponden a los Anexos T3 (T-Tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogada y Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, establecidos en los Anexos de los Términos y Condiciones para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada y se pueden consultar en la dirección <http://172.24.97.216/cpimcc/index.php?id=24> de la Coordinación de Planeación y Servicios Médicos de Apoyo.

Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo

5.2.25. Vigilará el estricto cumplimiento de las normas institucionales en materia de contratos locales de servicios subrogados de las diferentes modalidades de diálisis.

5.2.26. Coordinará y realizará las visitas de supervisión trimestrales a Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención en apego a los contratos y la necesidad de aplicación de penas convencionales y deductivas en coordinación con el equipo de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogadas, así como realizar las visitas que se consideren necesarias.

5.2.27. Dará vigilancia y seguimiento al cumplimiento del Censo de Insuficiencia Renal Crónica que sustentan las terapias de diálisis, así como mantener actualizada la plataforma electrónica institucional "CIRC" tiempo real.

5.2.28. Conocerá los contratos de los servicios integrales de diálisis, los cuales difundirá de manera mensual al Director de la Unidad y al Subdirector Administrativo de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.

Las personas con Puesto de Confianza de: Coordinador Delegacional de Enfermería en Atención Médica, Coordinador Delegacional de Trabajo Social Médico, Coordinador Delegacional de Nutrición y Dietética y Coordinador Delegacional de Asistentes Médicas; dependientes de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud.



5.2.29. Conocerán, difundirán y vigilarán el estricto cumplimiento del presente procedimiento en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención que otorgan tratamiento de diálisis en el ámbito de su competencia.

5.2.30. Participarán con la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud en el análisis de la información del programa de diálisis e implementarán estrategias de mejora en el ámbito de su competencia.

Equipo de Supervisión

5.2.31. Estará integrado por el líder del equipo de asesoría y supervisión, médico supervisor de hospitales, médico supervisor de epidemiología, Enfermera supervisora en atención médica, Enfermera supervisora de salud pública, supervisor de estomatología, supervisor de trabajo social, supervisora de asistentes médicas, supervisor de nutrición, supervisor administrativo y supervisor de sistemas en información en salud todos ellos dependientes de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud.

5.2.32. Verificará que se lleven a cabo supervisiones del proceso de terapias dialíticas, sus subprocesos y estrategias (por ejemplo: Comité de diálisis, uso de diálisis peritoneal y referencia programa de trasplante renal) a todas las Unidades Médicas que otorguen diálisis con una periodicidad mínima trimestral.

5.2.33. Promoverá en coordinación con el cuerpo de gobierno de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel Atención, las estrategias de mejora para brindar atención de calidad.

5.2.34. Establecerá tiempos y compromisos de trabajo para favorecer la atención de los pacientes en diálisis derivado de los hallazgos de las supervisiones que realice a las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención con base a la priorización del área de oportunidad detectada.

5.2.35. Evaluará los avances en la operación y desarrollo del Programa de diálisis e informará al Coordinador de Prevención y Atención a la Salud de los hallazgos identificados en las visitas de supervisión de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención.

5.2.36. Asesorará a las personas responsables de la supervisión operativa de las terapias de diálisis en las unidades médicas, sobre las áreas de oportunidad de los subprocesos detectadas en las visitas de evaluación, relacionadas con diferentes modalidades de diálisis y sus estrategias de mejora.

5.2.37. Supervisará que el personal Directivo y operativo conozca y dé cumplimiento a las actividades de los subprocesos realizados en diálisis, incluyendo la atención médica oportuna y de calidad.



5.2.38. Elaborará evidencia documental de la supervisión al proceso de terapias de diálisis con las observaciones, propuestas de mejora, compromisos, y responsabilidades para su cumplimiento y seguimiento.

5.2.39. Vigilará se dé cumplimiento estricto a la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Director de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención

5.2.40. Difundirá el presente procedimiento a su cuerpo de gobierno, desde el momento de su publicación, las veces que considere necesarias y dejará evidencia documentada.

5.2.41. Integrará y presidirá el Comité de diálisis con carácter obligatorio y permanente, en su ausencia designará a la persona responsable. De haber cambios de integrantes, se hará actualización al acta constitutiva tantas veces sea necesario.

5.2.42. Dirigirá acciones de los integrantes del Comité de diálisis para identificar procesos de alto riesgo y establecer medidas de seguridad que se implementen por el personal de salud en las áreas involucradas.

5.2.43. Validará el informe de las diferentes modalidades de diálisis y enviará al Coordinador de Prevención y Atención a la Salud en los primeros 5 días hábiles después del corte mensual.

5.2.44. Validará el informe mensual de referencia de pacientes para estudio de trasplante renal de acuerdo con la meta establecida en la unidad médica.

5.2.45. Gestionará con el Subdirector Administrativo los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de los pacientes.

5.2.46. Coordinará con el equipo multidisciplinario las visitas de supervisión a todas las Unidades Médicas que otorguen hemodiálisis externa.

Subdirector Administrativo

5.2.47. Designará al personal responsable de verificar de forma mensual la vigencia de derechos de los pacientes en diálisis.

5.2.48. Realizará reporte de los pacientes sin vigencia de derechos y entregará al Coordinador Clínico de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria o Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Medicina Interna, Nefrología o Coordinador Clínico de turno.



5.2.49. Notificará al área administrativa correspondiente del OOAD la necesidad de aplicar penas convencionales y deductivas que resulten efectivas en caso de incumplimiento de contratos de servicios integrales indirectos correspondientes a diálisis.

5.2.50. Será responsable de gestionar los insumos necesarios para el programa de diálisis en sus distintas modalidades.

5.2.51. Dará a conocer al Coordinador Clínico de Medicina Interna, Coordinador Clínico de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria o Jefe de Servicio de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Nefrología los contratos que se encuentren vigentes para su apego y cumplimiento.

5.2.52. Será responsable de cotejar el consolidado de entregas y las constancias de recepción del proveedor para firma de autorización del Director de la Unidad, en base a contrato vigente correspondiente.

5.2.53. Será el responsable de notificar al proveedor los diferentes cambios en la prescripción de los tratamientos de diálisis, a través de las redes de comunicación determinadas en los contratos vigentes.

5.2.54. Gestionará y coordinará con las áreas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada correspondientes, la atención de los asuntos administrativos del programa de diálisis, previa autorización del Director de la Unidad Médica Hospitalaria.

5.2.55. Informará de manera cuatrimestral a la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento y a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, del cumplimiento o incumplimiento de contratos y anexará el soporte documental así como las acciones que de éste se deriven.

5.2.56. Será responsable de la recuperación de los insumos no utilizados en domicilio debido a egreso definitivo de los pacientes, en un plazo menor de 15 días naturales después de haber sido notificado o según se estipule en el contrato vigente.

5.2.57. Será responsable de la recepción de insumos proveniente de los servicios subrogados y su distribución, según lo acordado con la Dirección Médica, la Coordinación Clínica de Medicina Interna y Jefatura de Enfermería, respecto a los términos establecidos en los contratos vigentes.

5.2.58. Será responsable de la guarda y custodia de la documentación administrativa del programa de diálisis.

Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de Nefrología o Jefe de Servicio de Medicina Interna



- 5.2.59.** Difundirá e implementará con el personal a su cargo el presente procedimiento
- 5.2.60.** Planeará, supervisará y evaluará los aspectos técnicos, médicos y administrativos del paciente que recibe diálisis.
- 5.2.61.** Supervisará el equipo, material y medicamentos necesarios para la atención de los pacientes en diálisis sea en medio hospitalario o domicilio junto con la Enfermera jefe de piso o responsable de servicio.
- 5.2.62.** Gestionará en colaboración con la Enfermera Jefe de Piso el material y medicamentos necesarios para el tratamiento oportuno de los pacientes.
- 5.2.63.** Será responsable de la guarda y custodia de la documentación administrativa de los programas de diálisis en conjunto con el subdirector administrativo.
- 5.2.64.** Analizará los resultados de los programas de sustitución renal, considerará los indicadores de desempeño (incluyendo la morbi-mortalidad), informes de productividad y el registro numérico, nominal y propiciará estrategias de mejora para el proceso de atención.
- 5.2.65.** Supervisará que los médicos a su cargo cumplan con lo establecido en la normatividad vigente afines a la práctica médica de la Nefrología.
- 5.2.66.** Autorizará con firma autógrafa el ingreso, modificaciones de prescripción y egreso del paciente en servicios integrales y subrogados, en los formatos institucionales vigentes.
- 5.2.67.** Validará el consolidado de “Entrega de material a paciente” y enviará al Subdirector Administrativo.
- 5.2.68.** Supervisará que la “Carta de consentimiento informado”, clave 2660-009-103 (Anexo 3) sea debidamente llenada con firma autógrafa de todos los involucrados.
- 5.2.69.** Priorizará la implantación del acceso peritoneal de manera percutánea; cuando no sea posible gestionará con el Jefe de Servicio de Cirugía la implantación quirúrgica.
- 5.2.70.** Fungirá como Secretario Técnico del Comité de diálisis.
- 5.2.71.** Elaborará anualmente el acta constitutiva del Comité de diálisis y de haber cambios de integrantes, realizará actualización, así mismo, semanalmente realizará la “Minuta del Comité de diálisis” clave 2660-009-169 (Anexo 2), quien asegurará la rúbrica de los integrantes.
- 5.2.72.** Integrará la carpeta gerencial del servicio, con la documentación necesaria basada en el modelo de gestión vigente.



- 5.2.73.** Elaborará el calendario del Comité de diálisis con periodicidad semanal y coordinará las sesiones, las cuales deberán tener carácter obligatorio y permanente, así mismo, favorecerá la asistencia de los participantes.
- 5.2.74.** Supervisará que la decisión tomada por el Comité de diálisis para cada paciente, se emita de forma oportuna y quede asentada en el expediente clínico respectivo.
- 5.2.75.** Promoverá en coordinación con el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, la referencia de pacientes candidatos a trasplante renal y dará cumplimiento al formato de referencia de forma mensual.
- 5.2.76.** Dará seguimiento a los compromisos establecidos por el Comité de diálisis.
- 5.2.77.** Supervisará que se cumplan las medidas de seguridad para la prevención y control de los pacientes con diálisis seropositivos a Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la hepatitis B (VHB) o Virus de la Hepatitis C (VHC).
- 5.2.78.** Participará de las actividades docentes, capacitación y de investigación relacionados con la insuficiencia renal crónica y terapias de diálisis, que el Instituto determine.
- 5.2.79.** Vigilará y supervisará el cambio adecuado de accesos vasculares temporales a definitivos, así como la construcción prioritaria de fistulas arteriovenosas.
- 5.2.80.** Participará con el Equipo de Supervisión durante las visitas al área de diálisis y hemodiálisis, firmará minuta que sustente la misma y entregará a su jefe inmediato para su revisión y análisis.
- 5.2.81.** Participará con el equipo multidisciplinario del enlace de turno en el servicio de diálisis y hemodiálisis con la finalidad de verificar la calidad de atención que se proporciona al paciente.
- 5.2.82.** Validará en colaboración con el equipo multidisciplinario el informe del registro numérico y nominal del programa de diálisis los días 25 de cada mes en los formatos impresos o digitales vigentes solicitados por el Instituto.
- 5.2.83.** Llevará el registro de las infecciones relacionadas al acceso vascular y eventos de peritonitis y participará en la vigilancia activa, notificación oportuna de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS) así como en la organización del servicio ante la presencia de contingencias y/o brotes en colaboración con el Médico No Familiar Epidemiólogo o responsable de la vigilancia epidemiológica.
- 5.2.84.** Vigilará y llevará el registro de los mantenimientos preventivos y correctivos de las unidades de hemodiálisis y reportará al Subdirector Administrativo o Administrador de Contrato del incumplimiento por parte del proveedor para en su caso, la aplicación de las sanciones correspondientes.



5.2.85. Planeará e implementará programas de mejora, derivados de los riesgos detectados durante los tratamientos de diálisis.

Coordinador Clínico de Cirugía o Jefe del Servicio de Cirugía

5.2.86. Difundirá e implementará con el personal a su cargo el presente procedimiento.

5.2.87. Programará tiempo quirúrgico y sala para la instalación electiva y de urgencia al paciente que requiera un acceso peritoneal.

5.2.88. Recibirá las interconsultas y asignará médico no familiar angiólogo responsable de la construcción del acceso vascular definitivo.

5.2.89. Asignará al médico no familiar la colocación del acceso peritoneal o vascular y supervisará de manera permanente la funcionalidad de estos.

Jefe de Enfermeras

5.2.90. Difundirá, planeará, implementará y evaluará con el personal de enfermería de la unidad, el presente procedimiento.

5.2.91. Definirá el tiempo de permanencia del personal de Enfermería, en relación con el grado de pericia en el área de diálisis, así como las necesidades de la unidad, evitando la rotación frecuente del servicio.

5.2.92. Gestionará ante la Subdirección Administrativa de la unidad médica hospitalaria los insumos necesarios para proporcionar al paciente la terapia dialítica.

5.2.93. Organizará en coordinación con el proveedor adjudicado la capacitación del personal de enfermería en el cuidado del paciente con diálisis.

5.2.94. Participará con el Equipo de Supervisión Delegacional durante las visitas al área de diálisis y hemodiálisis.

5.2.95. Asesorará la planeación e implementación de los programas de mejora, derivados de los riesgos detectados durante los tratamientos de diálisis.

5.2.96. Realizará en coordinación con la Subjefe de Enfermería, enlace de turno en el servicio de diálisis y hemodiálisis con la finalidad de verificar la calidad de atención que se proporciona al paciente.



5.2.97. Validará en coordinación con el Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de Medicina Interna o Jefe de Servicio de Nefrología, el informe del registro numérico y nominal del programa de diálisis los días 25 de cada mes en los formatos impresos o digitales vigentes solicitados por el Instituto.

5.2.98. Analizará con el área de Epidemiología el resultado del informe de infecciones relacionadas al acceso vascular en la unidad de hemodiálisis interna, así como del resultado de infecciones del líquido peritoneal, agente infeccioso y tratamiento antimicrobiano.

5.2.99. Vigilará y dará seguimiento a las gestiones realizadas por la Subjefe de Enfermería y Enfermera Jefe de Piso en el reporte del mantenimiento preventivo y correctivo de las unidades de hemodiálisis interna y llevará el registro de los tratamientos preventivos y correctivos.

Subjefe de Enfermeras

5.2.100. Supervisará la elaboración del diagnóstico situacional, planes de trabajo, supervisión y capacitación del servicio de diálisis y hemodiálisis realizado por la Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable del servicio.

5.2.101. Supervisará la consultoría de enfermería en el programa de diálisis peritoneal e implementará su funcionamiento.

5.2.102. Planeará, supervisará y evaluará los aspectos técnico-administrativos del cuidado de Enfermería en las diferentes modalidades de diálisis.

5.2.103. Analizará de manera conjunta con la Enfermera Jefe de Piso y el Coordinador Clínico, los resultados del programa de diálisis derivados de los informes numérico y nominal e implementará las estrategias necesarias en el ámbito de su responsabilidad que favorezcan la mejora continua.

5.2.104. Gestionará en el ámbito de su competencia los recursos humanos e insumos terapéuticos y no terapéuticos necesarios, con la finalidad de que se otorgue atención de enfermería de manera oportuna y segura al paciente.

5.2.105. Validará en coordinación con el Coordinador Clínico y la Enfermera Jefe de Piso, el informe del registro numérico y nominal relacionados con los programa de diálisis en los días 25 de cada mes en los formatos impresos o digitales vigentes solicitados por el Instituto.

5.2.106. Asesorará a la Enfermera Jefe de Piso en la planeación didáctica de la capacitación a los pacientes y familiares, llevando el registro de manera mensual.



Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética o Jefe de Oficina, Dieta terapéutica y Enseñanza

5.2.107. Difundirá, vigilará y supervisará el cumplimiento de los lineamientos y normatividad en el ámbito de su competencia del presente procedimiento.

5.2.108. Participará o designará al personal responsable para asistir a las reuniones semanales del Comité de diálisis.

5.2.109. Participará junto con el Médico en el desarrollo del contenido temático educacional que se otorgará en los cursos de nutrición a pacientes y familiares.

5.2.110. Participará en las visitas de supervisión y dará seguimiento a las acciones de mejora que emita el Equipo de Supervisión con base en los acuerdos establecidos.

5.2.111. Vigilará que el personal profesional de nutrición designado al servicio de nefrología realice evaluaciones nutricionales a los pacientes con y sin diálisis.

5.2.112. Supervisará que se integre al “Expediente clínico”, “Cédula de evaluación nutricional para pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo nd-07b y el registro dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b, emitidos por Nutriólogo Clínico Especializado, Especialista en Nutrición y Dietética y Nutricionista Dietista.

NOTA: La “Cédula de evaluación nutricional para pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo nd-07b”, clave 2660-009-124, el “Registro dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b”, clave 2660-009-080 son el Anexo 10 y 16 respectivamente, del Procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias, clave 2660-003-019.

5.2.113. Supervisará que en caso de no contar con Especialista en Nutrición y Dietética, el Nutricionista Dietista capte la prescripción médica dietética, evalúe la ingesta alimentaria y las observaciones sobre la alimentación a pacientes hospitalizados para realizar las adecuaciones necesarias e informará y orientará a los pacientes ambulatorios en tratamiento con diálisis y su familiar sobre su plan nutricional.

5.2.114. Recibirá del Nutriólogo Clínico Especializado, Especialista en Nutrición y Dietética o Nutricionista Dietista los informes mensuales, los analizará y validará para ser enviados al Coordinador Delegacional o Supervisor de Nutrición y Dietética.

5.2.115. Participará en actividades de capacitación e investigación del personal profesional de nutrición en los temas relacionados con la insuficiencia renal crónica y diálisis.

Jefe de Trabajo Social y Subjefe de Trabajo Social



5.2.116. Difundirá, capacitará e implementará el presente procedimiento al personal operativo de Trabajo Social.

5.2.117. Designará al personal que estará a cargo del Programa de Diálisis; supervisará las actividades a realizar y dará seguimiento a la presentación de casos en el Comité de diálisis a través del personal responsable.

5.2.118. Planeará, supervisará y evaluará los aspectos técnico-metodológicos y administrativos del personal de Trabajo Social asignado al programa de diálisis.

5.2.119. Participará en la toma de decisiones del Comité de diálisis e implementará acciones de mejora a partir del análisis de resultados de los programas de terapias dialíticas

5.2.120. Analizará y validará los resultados de la intervención social, considerando los informes de productividad del programa de diálisis y la calidad de la intervención.

5.2.121. Determinará por prioridad, las visitas domiciliarias que se realizarán en el programa de acuerdo con las necesidades del servicio y a los criterios médicos y/o sociales.

Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable del servicio

5.2.122. Realizará enlace de turno y entrega de pacientes con información, valoración y cuidados de Enfermería, evolución, estudios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, procedimientos aplicados y datos relevantes que favorezcan la continuidad de la atención.

5.2.123. Gestionará de manera oportuna en el ámbito de su competencia la solicitud y control de los insumos terapéuticos y no terapéuticos, ropa hospitalaria reusable y medicamentos necesarios en 24 horas para la atención de los pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis.

5.2.124. Asesorará, supervisará, capacitará y evaluará al personal de enfermería a su cargo sobre los cuidados, así como en la elaboración de registros clínicos y administrativos que se deriven de la atención de enfermería al paciente con diálisis.

5.2.125. Participará con la Subjefe de Enfermeras y el Médico No Familiar Nefrólogo o Internista en el análisis de los datos derivados del programa de diálisis.

5.2.126. Participará con el Jefe de Servicio en la elaboración del registro numeral y registro nominal de pacientes en terapia de diálisis, los días 25 de cada mes, en los formatos impresos o digitales vigentes solicitados por el Instituto.

5.2.127. Participará en actividades de capacitación e investigación del personal de enfermería en el programa de diálisis.



5.2.128. Elaborará el diagnóstico situacional, planes de trabajo, supervisión y capacitación del servicio de diálisis y hemodiálisis.

5.2.129. Coordinará con el Supervisor de Higiene y Limpieza la calendarización de limpieza exhaustiva y rutinaria de las áreas físicas donde se realizan los procedimientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis, consulta de enfermería y capacitación a pacientes y familiares así como en el control bacteriológico con el Jefe de Servicio de Laboratorio.

5.2.130. Coordinará con el Médico Epidemiólogo y el Jefe de Servicio, que el personal de enfermería responsable de proporcionar la atención a pacientes en el programa de diálisis se les realice cada seis meses la determinación de alanino aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST), antígeno de superficie (HBsAg), títulos del anticuerpo contra el antígeno de superficie (anti-HBs), anticuerpo contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC) y prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y se inmunicen con la vacuna de virus de hepatitis B.

5.2.131. Supervisará que el personal a su cargo realice la notificación de los eventos de peritonitis e infecciones relacionadas a accesos vasculares.

5.2.132. Notificará en caso necesario, al Jefe de Conservación sobre los desperfectos en las diferentes áreas físicas, equipo médico y mobiliario para su mantenimiento correctivo y preventivo.

Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna

5.2.133. Prescribirá el tratamiento basado en las mejores recomendaciones normativas y científicas vigentes y en apego a los servicios contratados.

5.2.134. Asistirá de manera semanal a la sesión del Comité de diálisis para la presentación oportuna de casos y participa en las decisiones de este para asignar la mejor modalidad de tratamiento en cada caso, en estricto apego a los "Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades" (Anexo 1), clave 2660-018-002

5.2.135. Informará y orientará al paciente y cuidador primario con lenguaje claro, preciso y en apego a los principios éticos, sobre la enfermedad renal crónica, evolución, el programa de diálisis y/o trasplante renal, el pronóstico, así como la importancia del autocuidado y participación de la familia.

5.2.136. Solicitará valoración nutricional inicial o subsecuente a los pacientes que ingresen al programa de diálisis.

5.2.137. Utilizará en forma adecuada el equipo, material, medicamentos e insumos proporcionados por el Instituto para otorgar la atención médica y avisa al Coordinador Clínico sobre faltantes.



5.2.138. Será el responsable de la prescripción individualizada de diálisis e implementará las herramientas necesarias para evaluar la calidad del tratamiento, reportará los resultados a su jefe inmediato.

5.2.139. Será el responsable del llenado adecuado del formato de ingreso de paciente, modificación de la prescripción, y egreso temporal o definitivo del programa.

5.2.140. Mantendrá en orden el expediente clínico, integra la nota médica, estudios de laboratorio y gabinete, así como las diversas valoraciones del equipo multidisciplinario y otros especialistas.

5.2.141. Será el responsable de transcribir la decisión emitida por el Comité de diálisis en el expediente clínico y concluirá el trámite para la inclusión del paciente al programa.

5.2.142. Investiga en cada paciente de nuevo ingreso a hemodiálisis antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBs Ag), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

5.2.143. Realizará a pacientes de hemodiálisis la determinación de alanino aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) cada mes; y cada cuatro meses la determinación de anti-VHC y del antígeno de superficie (HBs Ag) del virus de la hepatitis B.

5.2.144. Aplicará en conjunto con el equipo multidisciplinario las medidas de prevención y control de la hepatitis "B" o "C" y del VIH.

5.2.145. Atenderá con oportunidad las interconsultas para los pacientes con insuficiencia renal crónica requeridos por los diferentes servicios de la Unidad Médica Hospitalaria.

5.2.146. Realizará el correcto llenado de la "Carta de consentimiento informado" clave 2660-009-103 (Anexo 3) o "Carta de disenso informado", clave 2660-009-170 (Anexo 4) y verificará que contenga firma autógrafa de autorización del paciente o persona legalmente responsable y dos testigos, ya sea que acepten o rechacen el tratamiento.

5.2.147. Participará en actividades académicas, de capacitación, docencia, cursos y proyectos de investigación relacionados con la insuficiencia renal crónica.

5.2.148. Realizará a través de la consulta externa la referencia de los pacientes candidatos a trasplante renal.

5.2.149. Realizará el correcto llenado de las fuentes primarias de información en el formato de "Referencia-contrarreferencia", clave 4-30-8/98 y formato "Control e informe de consulta externa" 4-30-6/17 clave 2E10-009-001



NOTA 1: El formato "Control e informe de consulta externa", clave 4-30-6/17 se encuentra como Anexo 1 del Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo, clave 2E10-003-002.

Medico No Familiar Epidemiólogo

5.2.150. Presentará en las reuniones mensuales del CODECIAAS, Comité para la detección y control de las infecciones asociadas a la atención a la Salud, los resultados del análisis de incidencia y prevalencia de las infecciones asociadas al acceso vascular para hemodiálisis y al catéter para diálisis peritoneal.

NOTA:

Las infecciones más comunes en las terapias dialíticas son:

- a) Infección del Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso central (hemodiálisis)
- b) Peritonitis relacionada a colocación de catéter
- c) Peritonitis relacionada a diálisis peritoneal
- d) Infección del orificio de salida

Los indicadores que guardan relación indirecta con las infecciones más comunes en las terapias dialíticas son MISP 5 13 Porcentaje de cumplimiento a la higiene de manos y PCI 15 Porcentaje de cumplimiento al Paquete de Acciones Preventivas(PAP) crítico para la unidad médica, mismos que se pueden consultar en el Anexo 8 "Evaluación de la Calidad y Seguridad del Paciente" del "Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social" clave 2000-021-006.

Médico No Familiar Psiquiatra o Psicólogo Clínico

5.2.151. Atenderá las interconsultas generadas de manera hospitalaria, así como en la consulta externa, para valorar, diagnosticar y otorgar en su caso el tratamiento psiquiátrico a los pacientes de diálisis que lo requieran.

5.2.152. Atenderá las interconsultas para valorar casos especiales en donde su pericia determine la inclusión de pacientes con trastornos psiquiátricos a terapias dialíticas o protocolo de estudio para trasplante renal.

Nutriólogo Clínico Especializado

5.2.153. Asesorará a las categorías de Nutricionista Dietista y Especialista en Nutrición y Dietética para mejorar la atención nutricia del paciente.

5.2.154. Coordinará y evaluará las actividades educativas relacionadas con el tratamiento conservador y de diálisis dirigidos a la atención nutricional de la consulta externa.

5.2.155. Verificará, valorará e instruirá a las categorías inmediatas inferiores sobre la prescripción médico-dietética para la atención integral de los pacientes conforme a las indicaciones de los médicos que en su caso lo requieran.

5.2.156. Capacitará al Nutricionista Dietista, Especialista en Nutrición y Dietética y estudiantes del área de la salud sobre aspectos nutricionales y vigilará su cumplimiento.



5.2.157. Realizará las actividades clínico nutricional durante la estancia hospitalaria y consulta externa.

Enfermera Especialista en Nefrología o Enfermera General

5.2.158. Participará con el Médico No Familiar en el desarrollo de la planeación didáctica para la capacitación teórico-práctico del paciente, cuidador primario o familiar legalmente responsable.

5.2.159. Otorgará la consultoría de enfermería con calidad, seguridad y alto sentido humano a los pacientes con diálisis.

5.2.160. Implementará la capacitación teórico-práctico inicial y cada 6 meses (o las necesarias) al paciente, cuidador primario o familiar legalmente responsable para que efectúen correctamente el procedimiento de diálisis.

5.2.161. Mantendrá comunicación estrecha con el Médico No Familiar Nefrólogo o Internista y Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable del área, para la solución de problemas detectados durante la consultoría de enfermería.

5.2.162. Informará en el Comité de diálisis el seguimiento de la capacitación de los pacientes y cuidador.

5.2.163. Programará y efectuará el cambio de línea de transferencia de diálisis cada 6 meses o cuando sea necesaria.

5.2.164. Colaborará en el ámbito de su competencia con la realización del registro numérico y nominal de los pacientes en diálisis.

5.2.165. Participará diariamente con el equipo multidisciplinario en la visita médica.

5.2.166. Participará con el equipo multidisciplinario en la aplicación de las medidas necesarias de prevención y control de hepatitis "B" o "C" y VIH.

5.2.167. Participará con el equipo multidisciplinario en la promoción para la aplicación de la vacuna contra el virus de hepatitis B.

5.2.168. Participará en la capacitación y asesoría de personal operativo de enfermería y en formación sobre técnicas y procedimientos.

5.2.169. Atenderá en el ámbito de su responsabilidad, las disposiciones sanitarias y las recomendaciones de la buena práctica de Enfermería, así como del control de calidad.

5.2.170. Proporcionará los cuidados de enfermería que requiera cada paciente y vigilará que el procedimiento de hemodiálisis cumpla con la prescripción Médica.



5.2.171. Mantendrá en óptimas condiciones el carro de reanimación cardiopulmonar asignado a las áreas de diálisis.

Especialista en Nutrición y Dietética

5.2.172. Participará con el equipo multidisciplinario en las sesiones semanales del Comité de diálisis para otorgar atención integral.

5.2.173. Participará con el médico tratante del programa de diálisis en la elaboración de los contenidos temáticos y con la educación nutricional para la capacitación del paciente, familiar o persona legalmente responsable.

5.2.174. Realizará la valoración del estado nutricional inicial y elaborará un diagnóstico nutricional a pacientes de consulta externa y de hospitalización.

5.2.175. Calculará regímenes dieto terapéuticos, orientará al paciente y familiar, entregará el plan de alimentación por escrito de acuerdo con la prescripción médica.

5.2.176. Integrará al expediente clínico físico o electrónico el registro dietético correspondiente conforme a los formatos normados.

5.2.177. Dará seguimiento y vigilancia con el médico tratante para el cumplimiento de las prescripciones dietéticas.

5.2.178. Valorará el apoyo nutricional adicional con fórmulas especializadas o complementos en caso necesario.

5.2.179. Participará en la visita médica conjunta con el equipo multidisciplinario e informará sobre el estado nutricional actual del paciente y las acciones realizadas.

5.2.180. Orientará a pacientes y familiares sobre el tratamiento nutricional durante su atención, al egreso hospitalario y en la consulta externa.

5.2.181. Participará en actividades de educación e investigación con el equipo multidisciplinario de diálisis.

5.2.182. Realizará informes mensuales del ámbito de su competencia y entregará al Jefe de Oficina y Enseñanza Dietoterapéutica o en su caso, al Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética para su análisis y validación.

5.2.183. Atenderá a pacientes en consulta externa y hospitalización con enfermedad renal en cualquier estadio que amerite su atención proporcionando régimen dietético individualizado y dirigido para mejora del estado de salud.



5.2.184. Promoverá la integración del paciente a los grupos de apoyo para su orientación nutricional.

Nutricionista Dietista

5.2.185. Participará en actividades de atención nutricional en los servicios de hospitalización de los pacientes en programa de diálisis.

5.2.186. Realizará intervención nutricional registrando, planeando, calculando regímenes dietéticos y entrega plan de manejo nutricional a pacientes hospitalizados y consulta externa.

5.2.187. Valorará y registrará la ingesta alimentaria de los pacientes hospitalizados y realiza las adecuaciones necesarias a la dieta prescrita.

5.2.188. Realizará el censo diario de pacientes, elaborará tarjeta de identificación de dietas y entregará al manejador de alimentos para su distribución.

Trabajador(a) Social Clínico o Trabajador(a) Social

5.2.189. Realizar los procesos sustantivos con apego al Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades de Segundo Nivel de Atención, Clave 2660-003-071.

5.2.190. Realiza investigación social mediante la entrevista al paciente y/o su familia; registrando la información en el formato 4-30-53 "Estudio Social Médico", clave 2660-009-060, enfatizando la valoración de las necesidades del paciente y su entorno directo ante su ingreso al programa y registrará las acciones que se realicen de seguimiento y/o subsecuentes en la Nota de Trabajo Social 4-30-54, clave 2660-006-058.

Nota: La "Nota de Trabajo Social 4-30-54/2000" clave 2660-009-058 y el formato "Estudio Social Médico 4-30-53", clave 2660-009-060 corresponden a los anexo 6 y 7 respectivamente del "Procedimiento para la intervención de trabajo social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención", clave 2660-003-071

5.2.191. Realizará Plan y tratamiento social, así como el seguimiento continuo a dichas acciones, enfatizando los casos con necesidades y problemática social que requieran intervención específica.

5.2.192. Se realizará visita domiciliaria a los usuarios para valoración social de las condiciones familiares, de vivienda, económicas, laborales y redes de apoyo. De no existir las condiciones para realizar la visita domiciliaria, se deberán generar las estrategias necesarias (video llamada y evidencia fotográfica) para verificar el cumplimiento a las condiciones antes mencionadas, con registro en la Nota de Trabajo Social 4-30-54 (clave 2660-006-058) con firma de paciente y/o familiar responsable declarando los datos sean verdaderos.



5.2.193. Asistirá a las sesiones del Comité de diálisis de manera semanal, proporcionando el resultado de la valoración social e identificación de factores de riesgo de los pacientes candidatos a diálisis.

5.2.194. Elaborará “Expediente social del paciente” clave 2660-009-154, “Ficha de identificación”, clave 2660-009-155 y “Censo nominal de pacientes” clave 2660-009-156 de los ingresos al programa.

Nota: El Expediente social del paciente” clave 2660-009-154, la Ficha de identificación, clave 2660-009-155 y el “Censo nominal de pacientes clave 2660-009-156 son Anexos 8, 9 y 1 respectivamente del Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades de Segundo Nivel de Atención, Clave 2660-003-071.

5.2.195. Aplicará el proceso Educativo brindando herramientas que sensibilicen y fomenten la participación de los familiares, facilitando la adherencia al tratamiento. Registrará las acciones en “Control de asistencia de actividades educativas clave 2660-009-158 y Crónica grupal” clave 2660-009-140 y anexa a carpeta de proceso educativo.

NOTA: Los formatos “Control de asistencia de actividades educativas”, clave 2660-009-158 y “Crónica Grupal”, clave 2660-009-140 son Anexos 2 y 3 del “Procedimiento para la intervención de trabajo social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención “, clave 2660-003-071

5.2.196. Colaborará con el equipo multidisciplinario en la identificación de áreas de oportunidad, coadyuvará en el análisis e implementación de estrategias para la resolución de la problemática médico-social de los pacientes del programa.

5.2.197. Participará con el equipo multidisciplinario en la integración del registro numérico y nominal del programa de diálisis, en los días establecidos por la unidad para el corte mensual de los datos.

5.2.198. Promoverá acciones que favorezcan la cultura de donación y trasplante de órganos y tejidos.

5.2.199. Realizará reintegración a control médico de los pacientes priorizados y solicitados por el Médico No Familiar y/o Jefe del servicio.

Auxiliar de Servicios de Intendencia o de Limpieza e Higiene

5.2.200. Realizará el aseo de las diferentes áreas destinadas para la atención nefrológica; en hemodiálisis deberá hacer limpieza de la sala y de la estación cada vez que sea utilizada.

Este procedimiento tiene como referencia a los siguientes documentos:

- Norma Oficial Mexicana. NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de julio de 2010.



- Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre 2012.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre 2012.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, su prevención y control en el Instituto Mexicano del Seguro Social” clave 2000-001-030, registrada el 21 de noviembre de 2017.

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social clave 2000-021-006 validado y publicado el 2 de febrero de 2022.



Responsable	Descripción de actividades
6. Descripción de actividades Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	Etapas I Consulta externa de Nefrología o Medicina interna Fase 1 Cita de primera vez 1. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable con amabilidad y respeto, solicita: • “Cartilla Nacional de Salud” • “Identificación oficial” • “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 en original y copia, o “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 de los servicios de urgencias u hospitalización o “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200, según el caso; y verifica la identidad del paciente. NOTA 1: El formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” es el Anexo 6 del “Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las unidades médicas del Programa IMSS PROSPERA”, clave 2650-003-003. NOTA 2: El formato “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200 se puede consultar en el Anexo 6 del “Procedimiento para otorgar atención materna en las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención”, clave 2650-A03-005. 2. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, el consultorio donde será atendido por la Enfermera o enfermero asignado, devuelve “Cartilla Nacional de Salud” e “Identificación oficial” e incorpora en el “Expediente clínico” físico o electrónico “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 en original y copia, o “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 de los servicios de urgencias u hospitalización o “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200, según el caso. 3. Llama al paciente por su nombre en el horario asignado y lo identifica de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018
Auxiliar de Enfermería General	



Responsable	Descripción de actividades
Auxiliar de Enfermería General	NOTA: La Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, clave 2660-006-018, es el Anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056. 4. Realiza higiene de manos de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente” clave 2660-006-018 y efectúa procedimientos específicos de Enfermería, toma signos vitales y somatometría: • Presión arterial • Frecuencia cardíaca • Temperatura corporal • Frecuencia respiratoria • Peso • Estatura 5. Registra los datos obtenidos en la toma de signos vitales y somatometría en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 o “Historia clínica”, según corresponda y los signa. NOTA: La “Historia clínica” es el Anexo 18 del Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016. 6. Notifica al Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna la presencia del paciente y asiste en la atención de este.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	7. Recibe con amabilidad al paciente acompañado de su familiar, revisa en el “Expediente clínico” físico o electrónico, la “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98, o “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200, según el caso. 8. Realiza interrogatorio y exploración física, la valoración integral del paciente e interpreta los resultados de “Exámenes de laboratorio y gabinete”



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	9. Establece el diagnóstico y plan terapéutico, explica de manera clara y sencilla al paciente y familiar legalmente responsable. Modalidad A Requiere tratamiento conservador Continúa con la actividad 10 Modalidad B Requiere de Hospitalización Continúa con la actividad 13 Modalidad C Requiere atención médica de Urgencia Continúa con la actividad 14 Modalidad D Requiere integrarse a programa de diálisis Continúa con la actividad 15 Modalidad A Requiere tratamiento conservador
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	10. Registra en la nota médica inicial, en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72” del “Expediente clínico” físico o electrónico que el paciente no requiere en ese momento integrarse al programa de diálisis e integra al “Expediente clínico”. 11. Elabora formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 donde especifica: • el paciente no requiere en ese momento integrarse a alguna modalidad de diálisis. • describe las recomendaciones del tratamiento conservador. • Refuerza los criterios de referencia e integra al “Expediente clínico” físico o electrónico.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	12. Proporciona al paciente una copia del formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 y en caso de ser necesario elabora “Receta médica” para continuar con el tratamiento conservador, asimismo orienta sobre datos de urgencia dialítica y propone nueva valoración. Continúa en la actividad 1 Modalidad B Requiere de Hospitalización
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	13. Realiza anotaciones en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72 del “Expediente clínico” físico o electrónico y elabora “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131. Continúa en la actividad 1 del “Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención” clave 2660-003-056, y concluye esta parte del proceso. NOTA: El formato “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-131, se puede consultar en el Anexo 3 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención” clave 2660-003-056. Modalidad C Requiere atención médica de Urgencia
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	14. Indica al paciente que debe presentarse al servicio de urgencias. Continúa en la actividad 1 del “Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención” clave 2660-003-045 y concluye esta parte del proceso Modalidad D Requiere integrarse a programa de diálisis
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	15. Elabora nota médica inicial en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72, donde especifica que el paciente requiere ingresar a diálisis



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	e integra al “Expediente clínico” físico o electrónico NOTA: El Médico No Familiar Nefrólogo o Medicina Interna valorará los casos específicos de los pacientes que puedan ser candidatos a trasplante renal sin la necesidad de iniciar diálisis o hemodiálisis. 16.Explica de manera clara y sencilla al paciente y familiar legalmente responsable, el diagnóstico y el tratamiento de diálisis propuesto 17.Verifica en la “Cartilla nacional de salud y citas médicas” que el paciente haya recibido el esquema completo de inmunización contra hepatitis B. NOTA: En caso de no tener el esquema completo envía al paciente a medicina preventiva para actualización de esquema de vacunación. 18.Realiza “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200 o formato “Referencia-contrarreferencia, clave 4-30-8/98” según sea el caso. Para la Valoración social, Intervención clínico nutricional e interconsulta con otras especialidades envía al Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social, Especialista en Nutrición y Dietética y Médico no Familiar Nefrólogo o No Familiar Medicina Interna de otra unidad. NOTA: La utilización del formato depende de la cartera de servicios con los que cuente la unidad, es decir, tanto la valoración social y clínico nutricional se realizan en la misma unidad hospitalaria con el formato clave 4-30-200 y la Interconsulta a otras especialidades en formato 4-30-8/98, sólo si se solicita a otra unidad hospitalaria. Fase 1 Valoración social
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	19.Entrevista al paciente, familiar o persona legalmente responsable, enfatiza la importancia de la participación de la familia en donde puntualiza las condiciones mínimas de higiene requeridas en su domicilio para el tratamiento de diálisis peritoneal y aclara dudas.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	20. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable que realizará visita domiciliaria, para verificar las condiciones del hogar. 21. Programa la visita domiciliaria de primera vez e informa verbalmente el día de esta. 22. Realiza visita domiciliaria e identifica condiciones familiares, de vivienda, económicas, laborales y redes de apoyo y realiza recomendaciones en casos que lo requieran para sus adecuaciones. 23. Efectúa investigación social al paciente y su familia, realiza valoración social, diagnóstico social, plan de tratamiento social y registra en formato “Estudio social médico 4-30-53”, clave 2660-009-060. NOTA: El formato “Estudio Social Médico 4-30-53, clave 2660-009-060” Anexo 7 se puede consultar en el “Procedimiento para la intervención de trabajo social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-071. 24. Efectúa apoyo social mediante la coordinación intra y extra institucional de los casos con presencia de alguna problemática social. NOTA: La ayuda extra institucional es realizada en coordinación con instancias gubernamentales, fundaciones o asociaciones civiles. 25. Cita a paciente y familiar al proceso educativo NOTA: El proceso educativo se deberá programar una vez por mes para brindar herramientas que sensibilicen y fomenten la participación de los familiares, facilitando la adherencia al tratamiento, la importancia de la organización de redes de apoyo y de incluir estrategias de autocuidado. 26. Registra sus intervenciones en: Formato “Nota de Trabajo Social 4-30-54/2000”, clave 2660-009-058, “Control de asistencia de actividades educativas”, clave 2660-009-158, “Crónica grupal”, clave 2660-009-140 y anexa al “Expediente clínico” físico o electrónico.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	NOTA: El formato “Nota de Trabajo Social 4-30-54/2000” Clave 2660-009-058 se puede consultar en el Anexo 6 del “Procedimiento para la intervención de trabajo social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-071. 27. Realiza el “Informe de servicios paramédicos”, clave 4-30-6P/21 y entrega con oportunidad en ARIMAC. NOTA: El formato “Informe de servicios profesionales 4-30-6P/21” se puede consultar en el Anexo 2 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el sistema de información médico operativo” clave 2E10-003-002 28. Integra en el “Expediente clínico” físico o electrónico los formatos “Estudio Social Médico”, clave 4-30-53 y “Nota de Trabajo Social”, clave 4-30-54/2000 y anexa una copia al “Expediente de Trabajo Social”. Fase 2 Intervención Clínico Nutricional
Especialista en Nutrición y Dietética	29. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable y solicita el formato “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200 y “Cartilla nacional de salud y citas médicas”. 30. Informa al paciente y familiar, tutor o persona legalmente responsable que se realizarán una serie de preguntas y una evaluación antropométrica. NOTA: De acuerdo a la patología del paciente, solicitarle registros de su tratamiento médico ejemplo: paciente con fístula: gastos por fístula; pacientes con nutrición enteral: registro de residuos, tiempo de infusión, balance hídrico; pacientes con nutrición parenteral: ingesta hídrica, volumen de orina, tiempo de infusión; paciente con Diabetes (tipo 1 y 2) en tratamiento con insulina, solicitar registro de glicemias y UI insulina indicadas, modalidad de terapia de remplazo renal entre otros. 31. Realiza intervención nutricional en la cédula o registro: • “Registro dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b”, clave 2660-009-080, • “Cédula de evaluación nutricional para



Responsable	Descripción de actividades
Especialista en Nutrición y Dietética	pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo”, clave 2660-009-124. NOTA 1: Si considera que hay riesgo de malnutrición (desnutrición severa o moderada, así como obesidad) tendrá que enviar a cita subsecuente según se trate de cada paciente para complementar la evaluación. NOTA 2: Los formatos: “Registro dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b” clave 2660-009-080 y “Cédula de evaluación nutricional para pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo” clave 2660-009-124 se pueden consultar en el Anexo 7 y 8 respectivamente del “Procedimiento para otorgar atención clínico nutricional en consulta externa de especialidades en Unidades Médicas Hospitalarias, clave 2660-003-022”. 32. Analiza e integra los indicadores (clínicos, antropométricos, dietéticos, bioquímicos, socioeconómicos, culturales y en ocasiones hasta psicológicos) del estado nutricional del paciente en el “Expediente clínico” físico o electrónico. 33. Establece diagnóstico nutricional de acuerdo con los “Lineamientos para el manejo nutricional”, clave 2660-013-019” y determina el plan de manejo nutricional de acuerdo con el análisis de los indicadores. NOTA: Los “Lineamientos para el manejo nutricional” clave 2660-013-019 se pueden consultar en el Anexo 11 del “Procedimiento para otorgar atención clínico nutricional en consulta externa de especialidades en unidades médicas hospitalarias”, clave 2660-003-022. 34. Llena el formato de “Cálculo dietoterapéutico nd-05”, clave 2660-009-005 para diseñar esquema dietético personalizado. NOTA 1: Podrá hacer uso del cálculo rápido o del “Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes” o del “Sistema de Alimentos Equivalentes para Pacientes Renales” vigentes, según lo requiera el caso. Si cuenta con un “Sistema de equipo electrónico”, el profesional de nutrición podrá ir guardando en formato digital la evidencia de los cálculos. NOTA 2: El Cálculo dietoterapéutico nd-05 “clave 2660-009-005” se puede consultar como Anexo 12 del “Procedimiento para otorgar atención clínico nutricional en consulta externa de especialidades en unidades médicas hospitalarias”, clave 2660-003-022.



Responsable	Descripción de actividades
Especialista en Nutrición y Dietética	35. Elabora y entrega “Esquema dietético” al paciente y familiar, tutor o persona legalmente responsable, le explica para su comprensión, de manera clara y sencilla el contenido y aclara dudas. 36. Otorga cita subsecuente con el paciente y familiar o tutor legalmente responsable y registra cita en “Agenda de citas médicas 4-30-7” y en la “Cartilla nacional de salud y citas médicas” NOTA: La Agenda de citas médicas 4-30-7, se encuentra como Anexo 4 del Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención, clave 2660-003-056 37.Requisita “Nota de control nutricio nd-31, clave 2660-009-026 NOTA: La “Nota de control nutricio nd-03”, clave 2660-009-026 es el Anexo 13 del “Procedimiento para otorgar atención clínico nutricional en consulta externa de especialidades en Unidades Médicas Hospitalarias, clave 2660-003-022 38. Integra al “Expediente clínico” físico o electrónico los formatos, “Cédula de evaluación nutricional para pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo”, clave 2660-009-124 y/o, “Registro dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b”, clave 2660-009-080 y “Nota de control nutricio nd-31”, clave 2660-009-026 con copia para el servicio de consulta externa de Nutrición y Dietética 39.Elabora “Informe de servicios profesionales 4-30-6P/21” y entrega al archivo clínico para su registro de la atención nutricional en el sistema de información médico operativo e Informe mensual de actividades del Especialista de Nutrición y Dietética y entrega al Jefe del Departamento de Nutrición o Jefe de Oficina de Dietoterapéutica y Enseñanza Fase 3 Interconsulta a otras especialidades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	40.Recibe con amabilidad al paciente acompañado de su familiar, revisa en el “Expediente clínico” físico o electrónico, el formato de “Referencia-



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	contrarreferencia”, clave 4-30-8/98, o “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200, según el caso. 41. Realiza interrogatorio y exploración física con valoración integral del paciente e interpreta los resultados de “Exámenes de laboratorio” y gabinete. 42. Establece de acuerdo con el estado clínico del paciente el diagnóstico y plan terapéutico; y explica de manera clara y sencilla el plan de tratamiento a seguir. 43. Solicita interconsulta a las especialidades que correspondan en formato de “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200, de acuerdo con la evaluación integral y la presencia de comorbilidades. 44. Realiza “Solicitud de exámenes de laboratorio”, clave 4-105-2001 y “Solicitud de estudios radiográficos”, clave MF-4-30-2/2000. NOTA: La “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” y “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” son el anexo 8 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056. 45. Envía al paciente con la Asistente Médica de la Consulta Externa de Especialidades para asignación citas. NOTA 1. Para la asignación de cita subsecuente, seguimiento y vigilancia de su tratamiento se envía a con la Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades. NOTA 2: Para la asignación de cita de primera vez de la especialidad interconsultada se envía con la Asistente Médica del Control Central de la Consulta Externa de Especialidades.
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	46. Otorgan citas e informan al paciente 47. Recibe al paciente y familiar, tutor o persona legalmente responsable con amabilidad y respeto, solicita: • “Cartilla Nacional de Salud” • “Identificación oficial”



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	48. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, el consultorio en donde será atendido por la Enfermera o enfermero asignado, devuelve la “Cartilla Nacional de Salud” e “Identificación oficial 49. Recibe e identifica al paciente acompañado de familiar o persona legalmente responsable, revisa el “Expediente clínico” físico o electrónico, formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 y “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200”, según el caso. 50. Realiza interrogatorio, exploración física y valoración integral. 51. Revisa los resultados de los “Estudios de laboratorio” y gabinete en el “Expediente clínico” físico o electrónico, el “Estudio social médico”, clave 4-30-53, “Nota de trabajo social”, clave 4-30-54, “Nota de control nutricio nd-31” y las “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, de otras especialidades y elabora la “Nota médica” con la información recibida e integra en el “Expediente clínico”. NOTA: En su caso, analiza resultados de serología HBsAg, anti HBsAg, anti HVC y VIH de acuerdo a la “NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis. 52. Solicita interconsulta a otros servicios que resulten necesarios para el control y seguimiento de los pacientes en tratamiento conservador de diálisis y/o trasplante renal, en formato de “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200. 53. Elabora “Referencia contrarreferencia”, clave 4-30-8/98, para la continuidad de la atención médica integral del paciente con el Médico Familiar e integra copia en “Expediente clínico” físico o electrónico; y determina si requiere atención especial. Requiere atención especial 54. Determina tipo de atención requerida



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Requiere de Hospitalización Continúa con la actividad 13 Requiere atención médica de Urgencia Continúa con la actividad 14 No requiere atención especial 55. Envía al paciente con la asistente médica de la consulta de especialidades para cita subsecuente 56. Realiza nota médica del paciente en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, para presentarlo al Comité de terapias de reemplazo renal, y de acuerdo con los “Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades”, clave 2660-018-002 (Anexo 1), se incluya en la modalidad de terapia de reemplazo renal que corresponda. 57. Integra la nota médica del paciente en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 al “Expediente clínico” físico o electrónico y espera sesión del Comité de terapias de reemplazo renal para presentación de casos.
Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	Etapas II Comité de diálisis 58. Convoca a la reunión semanal del Comité. NOTA: En la elaboración anual del Acta Constitutiva del Comité de diálisis, se especifican los días y horario en que sesionará el Comité (por lo anterior, el equipo multidisciplinario tiene conocimiento de la reunión), en algunas ocasiones mediante llamada telefónica se solicita atender la convocatoria o se notifican los cambios en la agenda.
Director de la Unidad Médica Hospitalaria Segundo Nivel de Atención	59. Preside y coordina la presentación de los casos de pacientes que serán valorados para integrarse al programa.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	60. Presenta al comité “Resumen médico” (el cual deberá incluir nombre, afiliación, UMF de Adscripción, edad, antecedentes clínicos relevantes,



Responsable	Descripción de actividades
Equipo Multidisciplinario	motivo de ingreso a diálisis, auxiliares de diagnóstico y gabinete, grupo sanguíneo, candidato a trasplante), de los pacientes de nuevo ingreso o cambio de modalidad; realiza nota médica y deja copia en el "Expediente" del formato "Notas médicas y prescripción", clave 4-30-128/72.
Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	61. Analizan y definen el tratamiento más adecuado e individualizado para cada caso. 62. Elabora "Minuta del Comité de diálisis", clave 2660-009-169 (Anexo 2) y colocan el folio asignado y la modalidad de tratamiento. 63. Elaboran "Nota de aceptación al programa de diálisis" con dictamen para cada uno de los casos presentados en el formato "Notas médicas y prescripción", clave 4-30-128/72, y firman de conformidad.
Director de la Unidad Médica Hospitalaria Segundo Nivel de Atención	64. Valida y firma "Minuta del Comité de diálisis", clave 2660-009-169 (Anexo 2).
Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	65. Entrega copia de la "Minuta del Comité de diálisis", clave 2660-009-169 (Anexo 2) al equipo multidisciplinario para dar seguimiento al proceso de incorporación, cada uno en el ámbito de su competencia.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	66. Integra en el "Expediente clínico", físico o electrónico la "Nota de aceptación al programa de diálisis" realizada durante el Comité, con firma autógrafa del Director de la Unidad Médica Hospitalaria Segundo Nivel de Atención, Jefe de servicio y equipo multidisciplinario en el formato "Notas médicas y prescripción", clave 4-30-128/72 e instruye a la o el Trabajador Social Clínico localizar al paciente.
Trabajador Social Clínico	67. Localiza al paciente e indica se presente con Médico No Familiar Nefrólogo o Medicina Interna para su notificación.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	68. Recibe e informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable el dictamen emitido por el Comité de diálisis.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	No existen condiciones para la diálisis 69. Entrevista al paciente, familiar o persona legalmente responsable, enfatiza la importancia de la participación de la familia en su tratamiento y aclara dudas. 70. Considera resolver las causas de no aceptación del paciente y establece recomendaciones para favorecer la inclusión al programa, informa que tiene cita abierta al servicio de Urgencias; y que, una vez resulta la problemática expuesta, será presentado nuevamente para incluirse al programa. NOTA: En caso de reunir las condiciones de espacio físico y redes de apoyo, el equipo multidisciplinario lo sesiona nuevamente en Comité de diálisis. Continúa en la actividad 1. Existen condiciones para la diálisis 71. Informa sobre las distintas modalidades: • Diálisis peritoneal • Hemodiálisis Y pregunta al paciente sobre la aceptación de tratamiento No acepta diálisis 72. Informa sobre riesgos de la negativa al tratamiento dialítico y reitera pregunta de aceptación al paciente. Reitera disentimiento 73. Llena "Carta de disentimiento informado", clave 2660-009-170 (Anexo 4) y formato de "Referencia-contrarreferencia", clave 4-30-8/98 para continuar su tratamiento en la unidad de medicina familiar, y concluye esta parte del proceso. Acepta diálisis 74. Explica al paciente en qué consiste la modalidad de diálisis, llena la "Carta de consentimiento informado",



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	clave 2660-009-103 (Anexo 3), para el inicio del tratamiento y solicita firma del paciente o persona legalmente responsable.
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	75. Emite “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-131, y envía al paciente con la Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades para hospitalización, y envía “Expediente clínico integrado”.
Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable	76. Recibe del Médico No Familiar el “Expediente clínico integrado”, identifica al paciente de acuerdo a la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente” clave 2660.006-018, acompaña hasta el servicio de admisión hospitalaria con el familiar y/o persona legalmente responsable y entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable del servicio, formato “Solicitud de Internamiento”, clave 2660-009-131 y “Expediente clínico integrado” 77. Recibe “Solicitud de Internamiento”, clave 2660-009-131 de la Asistente Medica, al paciente y “Expediente clínico integrado”. 78. Conduce al paciente acompañado de su familiar o o persona legalmente responsable hasta la cama correspondiente y asigna a enfermera general que será responsable del paciente.
Enfermera General	79. Recibe al paciente, presentándose por su nombre, le informa que será la enfermera responsable de su cuidado, realiza las intervenciones de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 y notifica al Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna. NOTA: La Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, clave 2660-006-018, se encuentra como Anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	80. Verifica el tratamiento al cual será sometido según lo establecido en la “Minuta del comité” y procede a realizar el procedimiento correspondiente. Modalidad A Diálisis peritoneal continua ambulatoria o automatizada Continúa en actividad 81 Modalidad B Hemodiálisis Continúa en actividad 110 Modalidad A Diálisis peritoneal continua ambulatoria o automatizada
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	81. Explica al paciente en qué consiste la colocación del catéter para diálisis peritoneal y llena la “Carta de consentimiento informado”, clave 2660-009-103 (Anexo 3), para el ingreso a diálisis peritoneal. NOTA: El primer consentimiento informado de la actividad 74 es para el ingreso a alguna modalidad y el segundo, hace referencia al consentimiento para autorizar el procedimiento de instalación de catéter. Fase I Análisis y valoración de técnica idónea 82. Analiza en el expediente clínico, los “Resultados de exámenes de laboratorio” (biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación) y gabinete del paciente. 83. Valora de acuerdo con las características clínicas del paciente la técnica idónea para la colocación del catéter, ya sea vía percutánea o quirúrgica, con prioridad de implantación percutánea. NOTA: La implantación del acceso peritoneal percutáneo se llevará a cabo idealmente en un área física específica de procedimientos quirúrgicos y cercanos al área de diálisis.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Modalidad A 1: Colocación de catéter de diálisis peritoneal vía percutánea 84. Solicita verbalmente a la Enfermera el equipo necesario para instalar el catéter percutáneo en el área específica.
Enfermera General	85. Prepara el material necesario para instalación e ingresa al paciente al área de colocación de catéter.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	86. Instala catéter, verifica funcionalidad y posición del catéter mediante radiografía simple de abdomen, la cual, solicita a través de la "Solicitud de estudios radiográficos", clave MF-4-30-2/2000. Continúa en la actividad 93
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Modalidad A 2: Colocación de catéter de diálisis peritoneal vía quirúrgica 87. Solicita interconsulta a la Jefatura de Servicio de Cirugía General mediante la "Solicitud de servicios", clave 4-30-200, para la colocación quirúrgica del catéter.
Médico No Familiar Cirujano General	88. Atiende solicitud de Interconsulta, revisa en el "Expediente clínico" físico o electrónico "Referencia-contrarreferencia", clave 4-30-8/98, o "Solicitud de servicios", clave 4-30-200, según el caso, valora al paciente y revisa "Resultados de laboratorio y gabinete.
Jefe de Servicio de Cirugía	89. Programa para colocación de catéter peritoneal, efectúa el llenado de "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17", clave 2E10-009-016 e informa al Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna. NOTA: El formato "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica", 4-30-59/17 clave 2E10-009-016, se puede consultar en el Anexo 1, del "Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención", clave 2660-003-066.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Cirujano General	90. Realiza colocación de catéter peritoneal.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	91. Revisa el sitio de inserción, integridad del catéter peritoneal y su funcionalidad. Existe disfunción de catéter de diálisis peritoneal 92. Solicita revaloración y en su caso la recolocación de catéter peritoneal. Continúa con la actividad 87. No existe disfunción de catéter de diálisis peritoneal
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	93. Concluye primer ciclo de diálisis, al finalizar autoriza egreso del paciente o cita subsecuente a diálisis peritoneal intrahospitalaria, y realiza el llenado del "Formato de ingreso del paciente" al programa que le haya designado el Comité de diálisis. NOTA: El "Formato de Ingreso del Paciente FIP-01" representa el requerimiento de material e insumos mensuales, el cual, es llenado por el MNF Nefrólogo o MNF Medicina interna y validado por el director de la unidad; corresponde al Anexo T.5.1(T-cinco.uno) establecido en los Anexos de los Términos y Condiciones para la contratación del Servicio Médico Integral de Diálisis Peritoneal y disponible en la dirección http://172.24.97.216/cpimcc/index.php?id=26 de la Coordinación de Planeación y Servicios Médicos de Apoyo.
Enfermera General	94. Entrega al paciente acompañado del familiar o persona legalmente responsable, solicitud de valoración por Trabajo social en formato "Solicitud de servicios", clave 4-30-200, para integrarlo a capacitación y completa el "Formato de Ingreso del Paciente". Fase II Actividades para tratamiento de diálisis peritoneal intrahospitalaria 95. Solicita al Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna la programación de pacientes para tratamiento de diálisis peritoneal intrahospitalaria.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	96. Entrega a la Enfermera General la “Programación de pacientes” para tratamiento de diálisis peritoneal intrahospitalaria.
Enfermera General	97. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable con amabilidad; solicita “Cartilla nacional de salud y citas médicas”, y corrobora que esté en la “Programación de paciente” para tratamiento de diálisis peritoneal intrahospitalaria. 98. Identifica al paciente de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 instala en su unidad, explica al familiar y/o persona legalmente responsable los horarios de visita y notifica verbalmente al Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	99. Recibe notificación del personal de enfermería.
	100. Realiza interrogatorio y exploración física; y en su caso, efectúa las acciones técnicas médicas necesarias para estabilizar las condiciones del paciente.
	101. Entrega al personal de enfermería las “Indicaciones médicas” actualizadas, en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”
Enfermera General	102. Recibe las nuevas indicaciones médicas, las ejecuta y anota en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 NOTA: El formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 es el Anexo 5 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel atención” clave 2660-003-056.
	103. Inicia el procedimiento de diálisis peritoneal y registra la información en “Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria” clave 2660-009-174 (Anexo 5)



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General	104. Notifica al Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna, el término de la sesión de diálisis peritoneal intrahospitalaria.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	105. Evalúa las condiciones clínicas del paciente, elabora nota médica de egreso en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 y autoriza egreso hospitalario.
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	106. Envía al paciente acompañado de la persona legalmente responsable al control de Asistente Médica en consulta externa de especialidades, para programación de cita subsecuente.
	107. Otorga cita subsecuente y realiza actividades del “Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel” 2660-003-052 y solicita al paciente acompañado del familiar o persona legalmente responsable acuda con el Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social
	NOTA: Las citas subsecuentes se programan cada dos meses para análisis del tratamiento, revisión del acceso peritoneal, así como dosis de diálisis.
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	108. Recibe al paciente acompañado del familiar o persona legalmente responsable orienta de acuerdo con las necesidades de información, realiza intervención social e integración del expediente social.
	109. Deriva al paciente a Enfermera Especialista en Nefrología o Enfermera General para la integración al grupo de capacitación.
	Continúa con actividad 168
	Modalidad B Hemodiálisis
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	110. Explica al paciente en qué consiste el tratamiento de hemodiálisis y llena la “Carta de consentimiento informado”, clave 2660-009-103 (Anexo 3).



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	111. Elabora “Solicitud de exámenes de laboratorio” Clave MF-8/2000 y “Solicitud de estudios radiográficos” Clave MF-4-30-2/2000, necesarios para el ingreso: • Antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg) • Anticuerpo contra el Virus de la Hepatitis C (antiHVC) • Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH). NOTA: Los exámenes de laboratorio y serología se solicitan de conformidad a la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, en formato “Solicitud de exámenes de laboratorio” Clave MF-8/2000. Entrega al paciente y analiza si requiere instalación de acceso vascular temporal o definitivo. Requiere instalación de acceso vascular temporal Continúa en actividad 112 Requiere instalación de acceso vascular definitivo Fistula arterio-venosa Continúa en actividad 122 Requiere instalación de acceso vascular temporal 112. Notifica verbalmente al paciente la necesidad de instalación de acceso vascular temporal para hemodiálisis. 113. Explica de forma clara y sencilla en qué consistirá el procedimiento y solicita firmar la “Carta de consentimiento informado”, clave 2660-009-103 (Anexo 3), en la cual se autoriza la colocación del catéter. 114. Revisa al paciente y analiza los “Resultados estudios de laboratorio y gabinete”, para valorar la viabilidad de instalación de acceso vascular



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	115. Solicita de manera verbal a la Enfermera responsable, el material necesario y la sala de procedimientos para la instalación de acceso vascular temporal para hemodiálisis. 116. Selecciona en el paciente el sitio más adecuado de inserción (preferentemente vena yugular interna derecha) y realiza colocación del acceso vascular mediante barrera máxima con apoyo de enfermería. 117. Verifica adecuada localización del catéter mediante “Solicitud de estudios radiográficos”, clave MF-4-30-2/2000. 118. Elabora nota e indicaciones en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, instruye a la Enfermera General cuidados específicos y decide su egreso.
Enfermera General	119. Realiza cuidados específicos del acceso vascular temporal y orienta al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable sobre los cuidados del acceso vascular temporal en su domicilio.
Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	120. Envía al paciente con la asistente médica para programación e inicio de sesión de hemodiálisis. 121. Explica al paciente que de acuerdo con la infraestructura con la que cuenta la unidad médica hospitalaria, puede referirlo a hemodiálisis interna o externa. Continúa en actividad 129 Requiere instalación de acceso vascular definitivo Fistula arteriovenosa
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	122. Envía al paciente a la especialidad de angiología con el Médico No Familiar Angiólogo o Cirujano General para la instalación del acceso vascular definitivo a través de “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Angiólogo o Cirujano General	123. Recibe “Solicitud de servicios”, clave 4-30-200 y al paciente, revisa “Resultados de laboratorio” en el “Expediente clínico” e informa claramente acerca de los riesgos y beneficios de la cirugía a realizar.
Coordinador de Cirugía o Jefe de servicio	124. Programa al paciente para la realización del acceso vascular, efectúa el llenado de formato “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica”, clave 4-30-59/17.
Medico No familiar angiólogo	125. Realiza construcción quirúrgica del acceso vascular elabora nota e indicaciones en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, en forma conjunta con anestesiología decide egreso de quirófano. 126. Elabora nota médica de egreso en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, describiendo: • Cuidados de la FAVI. • Datos de alarma.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	127. Envía a Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna para dar continuidad al tratamiento. 128. Recibe al paciente y revisa el acceso vascular definitivo para establecer recomendaciones e indicaciones médicas de Hemodiálisis. 129. Elabora nota médica de ingreso a Hemodiálisis con hallazgos clínicos en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 anexa al “Expediente clínico” físico o electrónico y programa sesión de hemodiálisis externa o interna. NOTA: En caso de que la unidad médica hospitalaria no cuente con servicio de Hemodiálisis interna, gestionará la modalidad Hemodiálisis externa.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Modalidad A Hemodiálisis externa Continúa en la actividad 130.



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Modalidad B Hemodiálisis interna Continúa en la actividad 135. Modalidad A Hemodiálisis externa 130. Informa al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable que se le proporcionará el tratamiento de hemodiálisis fuera de la institución y elabora en original y copia “Solicitud de servicios subrogados”, clave 4-30-2/03 y envía al Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna. NOTA: El formato “Solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03)”, se puede consultar en el Apéndice A de la “Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica”, clave 2000-001-006. 131. Elabora formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 para iniciar servicios subrogados de hemodiálisis externa, así como el “Resumen médico” para trámite de subrogación de hemodiálisis externa y explica al paciente o persona legalmente responsable documentación necesaria para iniciar trámite administrativo y recibir sesiones de hemodiálisis fuera del Instituto. NOTA: La Jefatura de Medicina Interna es quien otorga en formato impreso, listado de documentación necesaria para integrar la carpeta médico-administrativa para el servicio subrogado, de conformidad con los numerales 7.3.2 y 7.3.3 de la “Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica”, clave 2000-001-006.
Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna	132. Recibe original y copia del formato “Solicitud de subrogación de servicios”, clave 4-30-2/03 realizado por Médicos No Familiar Nefrólogo o Medicina Interna y continúa con los trámites administrativos para subrogación de hemodiálisis externa de acuerdo con la “Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica”, clave 2000-001-006.



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna	133. Notifica y entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable el original del formato “Solicitud de subrogación de servicios”, clave 4-30-2/03 de la unidad en convenio que proporcionará los servicios de hemodiálisis fuera del Instituto.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	134. Envía al paciente con la Asistente Médica del control de la Consulta Externa de Especialidades para asignación de cita subsecuente. Continúa en la actividad 46.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	Modalidad B: Hemodiálisis interna 135. Notifica al paciente y familiar o persona legalmente responsable los días y horario para su tratamiento de hemodiálisis conforme a la programación semanal. 136. Elabora semanalmente la “Programación para la atención diaria de los pacientes de hemodiálisis”, en los diferentes turnos en los que se proporcione el servicio. 137. Asigna estación de hemodiálisis de acuerdo con la serología viral del paciente, en coordinación con la Enfermera Jefe de Piso o la Enfermera responsable de la unidad de hemodiálisis. 138. Notifica y entrega al Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna, Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable y Asistente Médica del área, la “Programación para la atención diaria de los pacientes de hemodiálisis”.
Asistente médica del área de Hemodiálisis	139. Recibe la “Programación para la atención diaria de los pacientes de hemodiálisis”, identifica al paciente y lo presenta con la Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable de la unidad de hemodiálisis, para inicio de tratamiento de hemodiálisis de acuerdo con la indicación médica. Fase I Actividades previas para la sesión de Hemodiálisis interna



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable	140. Verifica y supervisa el cumplimiento del aseo y limpieza de máquinas de hemodiálisis. 141. Solicita y registra oportunamente, aseo exhaustivo, fumigación, desinfección y conservación de las áreas físicas del servicio en “Formato de calendarización y programa exhaustivos”, “Bitácora de control de limpieza” y “Calendario de sanitización” del área de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis y revisa junto con la Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General si existe mal funcionamiento o faltantes. NOTA El “Formato de calendarización y programa exhaustivos”, la “Bitácora de control de limpieza”, y el “Calendario de sanitización”, son controles internos que elabora cada unidad médica hospitalaria.
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	142. Verifica el funcionamiento o faltantes de equipo mobiliario o material e informa a la Enfermera Jefe de Piso.
Enfermera Jefe de Piso o Enfermera responsable	143. Elabora mediante “Memorándum interno” dirigido al Jefe de Conservación, el reporte del mal funcionamiento o faltantes de equipo mobiliario o material en el área, registra en la “Bitácora de reportes” y en el “Reporte de máquina al proveedor”. NOTA: La “Bitácora de reportes” y el “Reporte de máquina al proveedor” son controles internos que elabora cada unidad médica hospitalaria 144. Recibe de la Asistente Médica el “Expediente clínico” de los pacientes programados a tratamiento de hemodiálisis. 145. Presenta al paciente con la Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General y entrega “Expediente clínico” para inicio de tratamiento. 146. Solicita al familiar o acompañante permanecer en área física asignada de espera.
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	147. Prepara material, equipo, consumibles e insumos para otorgar el tratamiento a los pacientes programados y urgentes que lo requieran.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	148. Anota en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis”, clave 2660-009-102 (Anexo 7), peso corporal y envía a estación de hemodiálisis asignada. 149. Realiza técnica de higiene de manos de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales de seguridad del paciente” clave 2660-006-018. 150. Verifica y registra la integridad y funcionalidad del acceso vascular para proceder a la conexión del paciente. 151. Informa al Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna el estado clínico del paciente, signos vitales y cualquier eventualidad previa al tratamiento; y anota en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis”, clave 2660-009-102 (Anexo 7).
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	152. Identifica las condiciones del paciente de acuerdo con datos clínicos y de laboratorio, previo a la sesión de hemodiálisis, prescribe tratamiento en formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 e integra al “Expediente clínico”. Fase II Sesión de Hemodiálisis interna
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	153. Aplica medicamentos y tratamiento antes y durante la sesión de hemodiálisis, indicados en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 e integra al “Expediente clínico”. 154. Aplica la prescripción médica y cuidados específicos y deja una copia del formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 en el “Expediente clínico”. 155. Realiza la asepsia del acceso vascular.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	156. Vigila y controla en coordinación con el médico, parámetros hemodinámicos del paciente durante la sesión y registra los valores obtenidos en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis”, clave 2660-009-102 (Anexo 7). 157. Mantiene informado al médico tratante de la presencia de alteraciones hemodinámicas que pongan en riesgo la vida del paciente antes, durante o después de la sesión. 158. Realiza cuidados del acceso vascular durante la sesión de hemodiálisis y da seguimiento a riesgos identificados. 159. Realiza desconexión del acceso vascular de manera aséptica. 160. Toma signos vitales y peso corporal del paciente al final de la sesión de hemodiálisis y anota en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis”, clave 2660-009-102 (Anexo 7). 161. Orienta al paciente sobre los cuidados del acceso vascular, el autocuidado a su salud y la importancia de la adherencia al tratamiento. 162. Registra el egreso del paciente de la unidad de hemodiálisis en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis”, clave 2660-009-102 (Anexo 7). 163. Realiza después de cada sesión los cuidados a la máquina de hemodiálisis y programa el ciclo de desinfección interna de acuerdo con lo establecido por el fabricante de esta. 164. Solicita al Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna la valoración de egreso del paciente y al Auxiliar de Servicios de Intendencia o de Limpieza e Higiene, el aseo de la estación y de la sala de hemodiálisis, al finalizar cada sesión.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	165. Valora al paciente que recibió el tratamiento y determina su egreso a domicilio u hospitalización. Requiere Hospitalización Continúa en la actividad 13. No requiere Hospitalización
Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	166. Otorga en coordinación con la Enfermera responsable de la unidad de hemodiálisis, fechas y turnos programados para las sesiones.
Auxiliar de Servicios de Intendencia o de Limpieza e Higiene	167. Realiza el aseo de la estación de hemodiálisis que haya sido utilizada, para inicio del siguiente turno de hemodiálisis. Etapas III Capacitación del paciente, familiar o persona legalmente responsable para el inicio de diálisis peritoneal automatizada o ambulatoria
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	168. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable, solicita “Cartilla nacional de salud y citas médicas”, anota cita para capacitación de acuerdo con el programa a diálisis peritoneal ambulatoria automatizada o manual. 169. Envía al departamento de Trabajo Social para programación de plática informativa para pacientes y familiares. 170. Capacita al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la técnica dialítica asignada. NOTA: En la capacitación se autorizan dos personas por paciente. 171. Realiza las anotaciones relacionadas con la capacitación del paciente, familiar o persona legalmente responsable en el formato “Registros clínicos, e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6) y anexa al “Expediente clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	172. Reafirma el aprendizaje de la técnica dialítica las veces necesarias y certifica que la capacitación fue adecuada y efectiva para realizar la diálisis peritoneal continua ambulatoria o automatizada, anota estas acciones en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6) e incorpora al “Expediente clínico”.
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	173. Comunica verbalmente al Médico No Familiar tratante el término de la capacitación del paciente, familiar o persona legalmente responsable en tiempo y forma, proporciona copia de los “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, (Anexo 6) clave 2660-009-099 emitida por enfermería e integra al “Expediente clínico”. 174. Programa consultoría de enfermería en “Agenda de citas” para el control por parte de enfermería.
Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	175. Confirma con el paciente, familiar o persona legalmente responsable el mecanismo por el cual le entregarán los insumos de diálisis en su domicilio. 176. Comunica al paciente que la consulta médica será idealmente cada 2 meses y de acuerdo con la disponibilidad de agenda; sin embargo, ante síntomas de alarma relacionados con la técnica de diálisis podrá acudir a la consultoría de Enfermería. 177. Prescribe el tratamiento dialítico de acuerdo con las condiciones clínicas y bioquímicas del paciente en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, elabora nota médica e integra al “Expediente clínico” físico o electrónico. 178. Envía al paciente con la asistente médica de la consulta de especialidades a cita subsecuente para seguimiento y vigilancia en la consultoría de enfermería. Etapas IV Consultoría de enfermería



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso o responsable del servicio	179. Coordina las actividades del personal de enfermería en la consultoría de enfermería. NOTA: Las actividades de consultoría incluyen entre otros: revisión de los registros clínicos y resultados de diálisis, registro de peritonitis, confirmación del apego al tratamiento, identificación temprana de complicaciones, actividades educativas, reforzamiento de la técnica y cambio de línea de transferencia. 180. Distribuye las actividades del personal de enfermería asignado a consultoría de enfermería de acuerdo con las necesidades del servicio. 181. Supervisa técnicas, procedimientos y actividades del personal de enfermería con base a lo establecido en el programa de trabajo emitido por la Jefatura de Enfermería. 182. Colabora con el Coordinador Clínico o Jefe de servicio de Nefrología o Medicina Interna en la elaboración de los registros numérico y nominal de pacientes en diálisis.
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	183. Recibe del personal de enfermería del turno anterior y registra en la "Bitácora de control de material e inventario", material y equipo del consultorio de enfermería, área de capacitación y área de procedimientos para pacientes en Diálisis peritoneal. 184. Prepara material y equipo para realizar sus actividades de manera oportuna, en caso de detectar faltantes de equipo, mobiliario o material en consultorio de enfermería, área de capacitación y área de procedimientos, reporta a la Enfermera Jefe de piso o enfermería responsable del servicio para su pronta recuperación o reparación, y lo anota en la "Bitácora de enfermería". NOTA: La preparación de equipo, instrumental y material se realizará de acuerdo con el "Procedimiento para la Central de Esterilización en las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención" clave 2430-A03-042. 185. Recibe al paciente y familiar o persona legalmente responsable derivado de la consulta médica.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	186. Revisa y transcribe las indicaciones médicas al formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6) y “Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA)”, clave 2660-009-100 (Anexo 8) o “Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)”, clave 2660-009-101 (Anexo 9); así como los datos relacionados al tratamiento dialítico y necesidad de capacitación. 187. Realiza técnica de higiene de manos de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales de seguridad del paciente” clave, 2660-006-018. 188. Realiza valoración de enfermería con apego a lo establecido en los puntos señalados en la capacitación y “Formatos de productividad de los servicios de enfermería”. 189. Revisa los registros clínicos de diálisis y confirma el apego al tratamiento establecido en los “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6). 190. Programa cambio de línea de transferencia cada 6 meses o antes, en caso necesario, registra en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6). 191. Orienta al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre los cambios en el estilo de vida, adherencia al tratamiento, acciones preventivas entre otros temas que requieran reforzamiento. 192. Realiza por indicación médica escrita, la toma de muestras sanguíneas y de líquido peritoneal. 193. Notifica al médico encargado de diálisis de turno los resultados que considere patológicos, y asienta en el formato “Registros clínicos e intervenciones



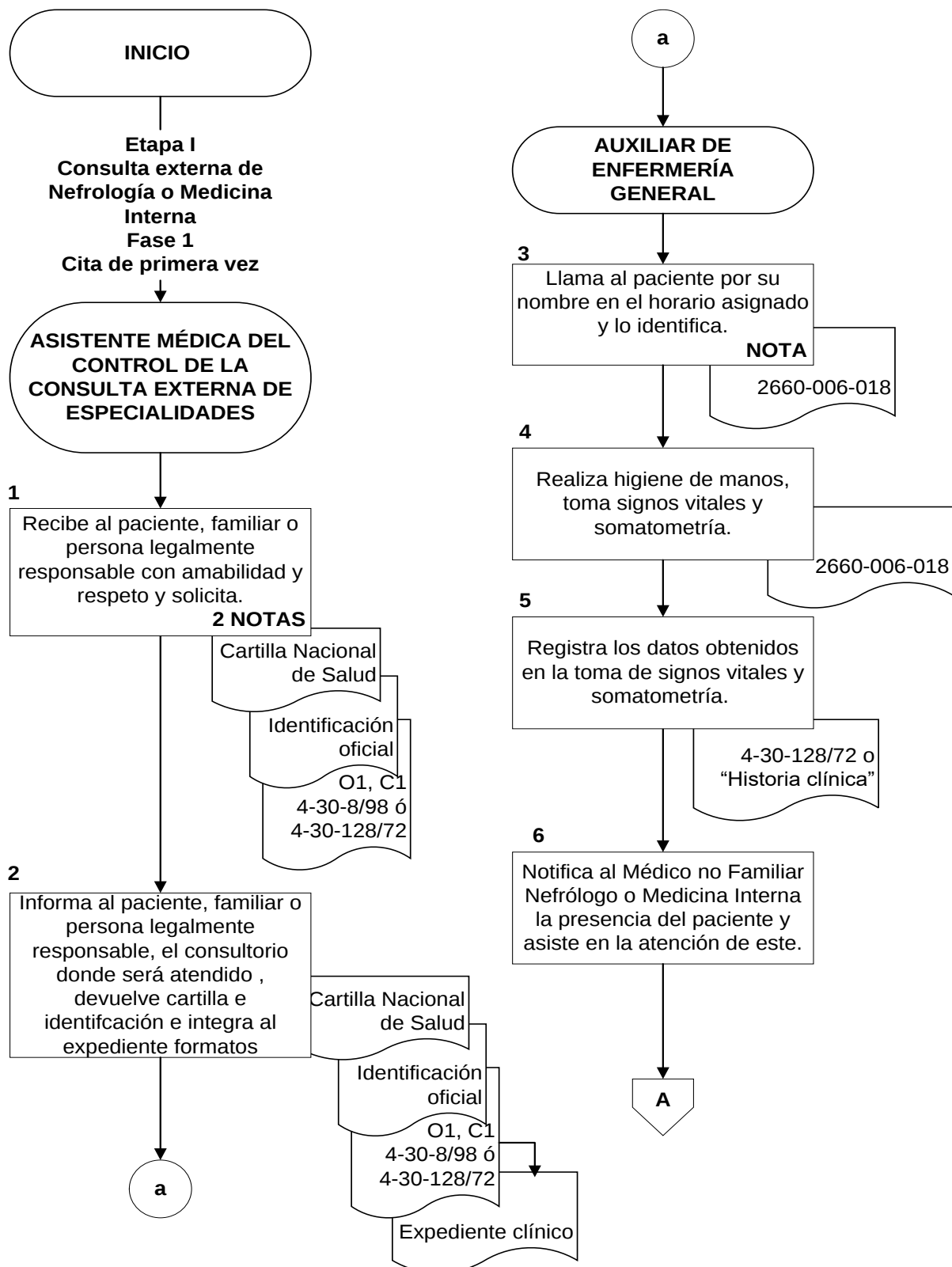
Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6) e integra al “Expediente clínico”. 194. Registra en el formato “Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la consultoría”, clave 2660-009-099 (Anexo 6) los datos generados de la consultoría de enfermería, anexa al “Expediente clínico” y analiza si requiere valoración médica. Requiere valoración del Médico No Familiar Nefrólogo o Medicina Interna 195. Orienta verbalmente y envía al paciente, familiar o persona legalmente responsable con el Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna. 196. Recibe al paciente procedente de la consultoría de enfermería, realiza interrogatorio y exploración física y en su caso modifica y prescribe tratamiento en formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 e integra la información al “Expediente clínico”. 197. Establece el diagnóstico y plan terapéutico. Continúa en la actividad 46. No requiere valoración del Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna
Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	
Enfermera Especialista en Nefrología, Enfermera General	198. Programa consultoría subsecuente de enfermería en 3 meses y en presencia de datos de alarma relacionados con la técnica dialítica informa que podrá acudir de manera espontánea. 199. Realiza la aplicación de medicamentos de acuerdo con las indicaciones médicas y con base a los signos vitales del paciente, para la aplicación de eritropoyetina recibe del Médico no Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, que incluye los siguientes datos:

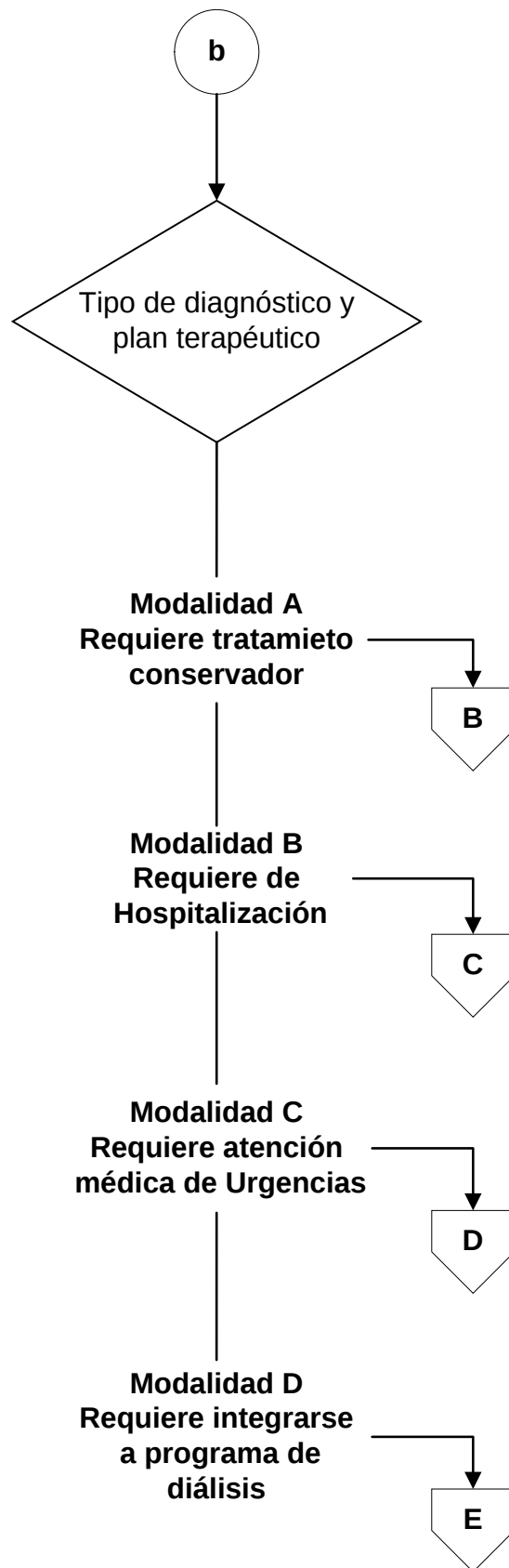
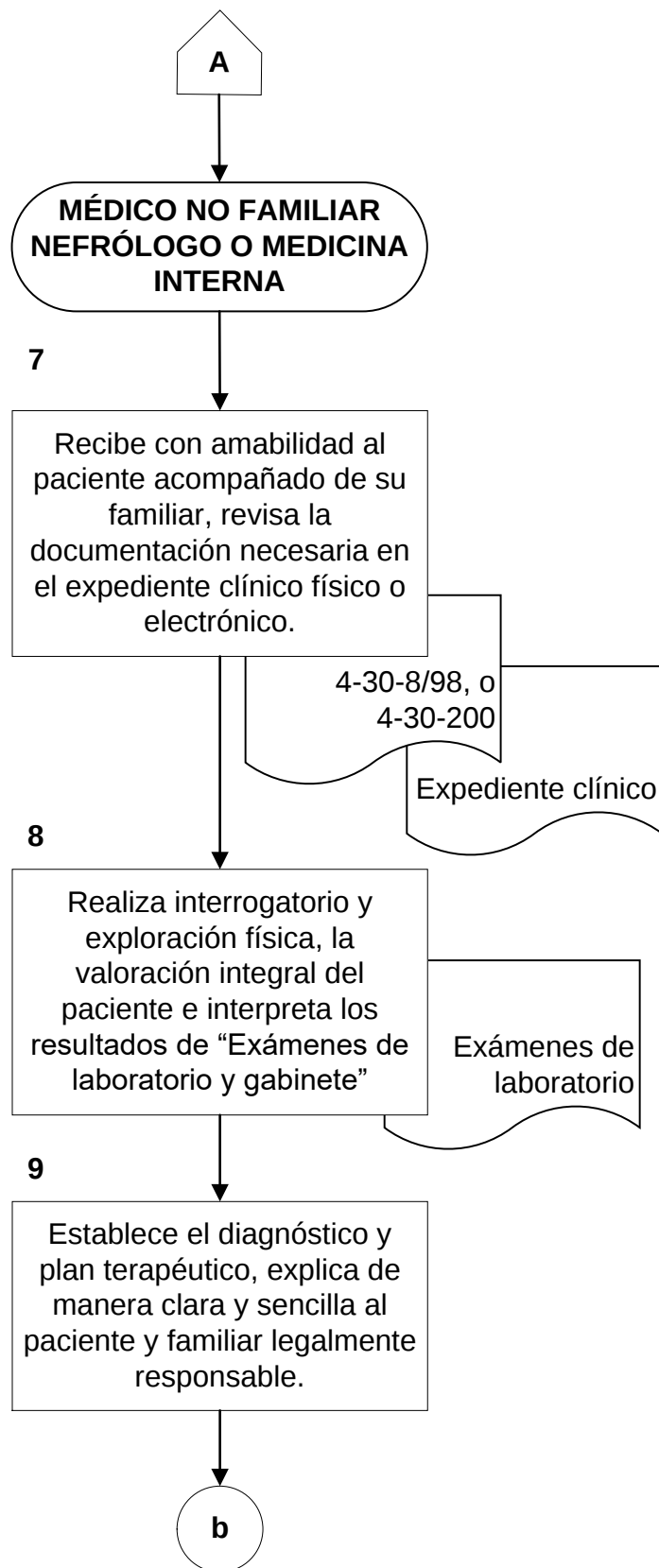


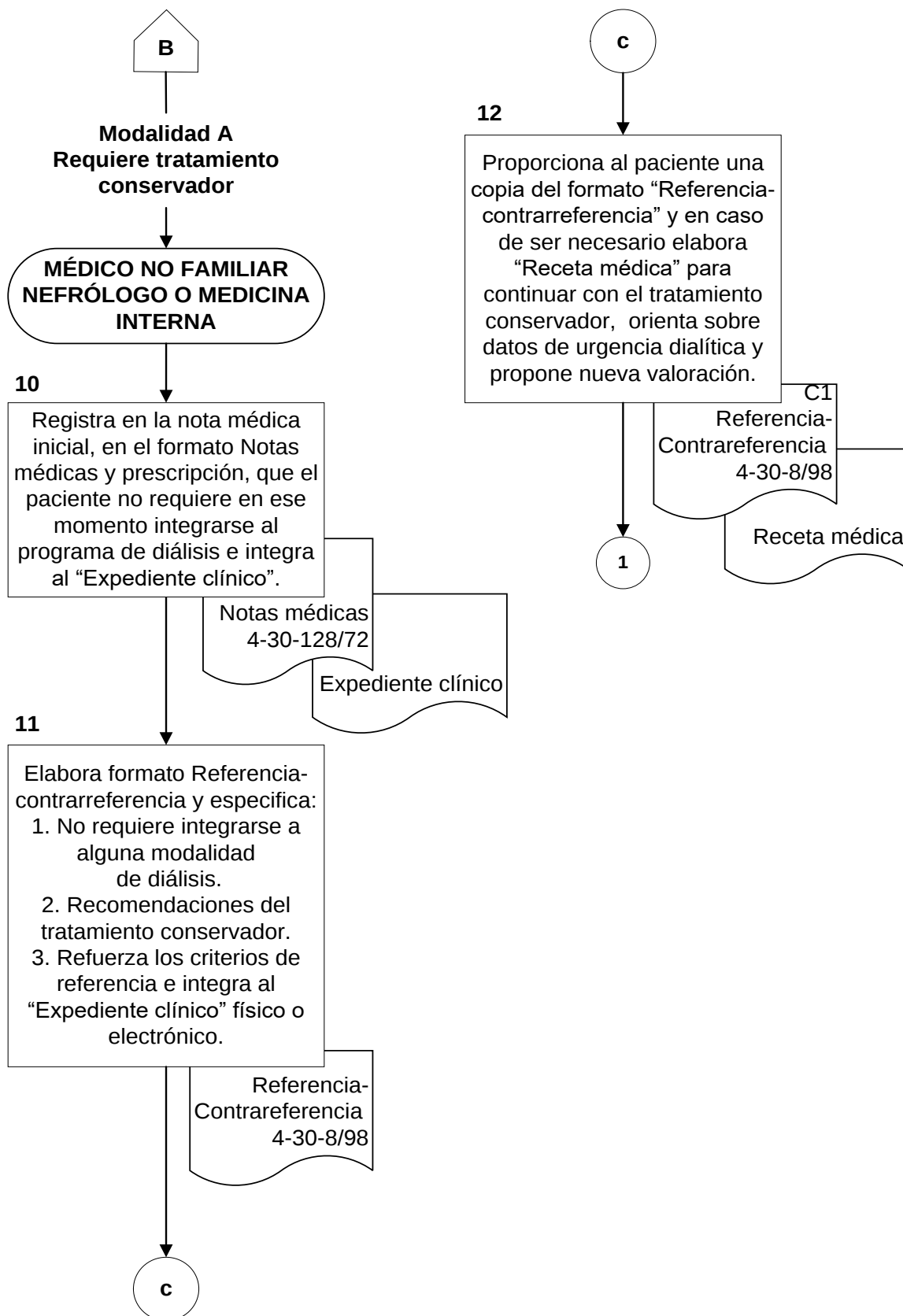
Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Nefrólogo o Médico No Familiar Medicina Interna	• Prescripción: ✓ Nombre del medicamento, dosis y vía de suministro, ✓ Tiempo de suministro 200. Justifica y registra en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, el motivo de egreso de la consulta de especialidades. Fin del procedimiento

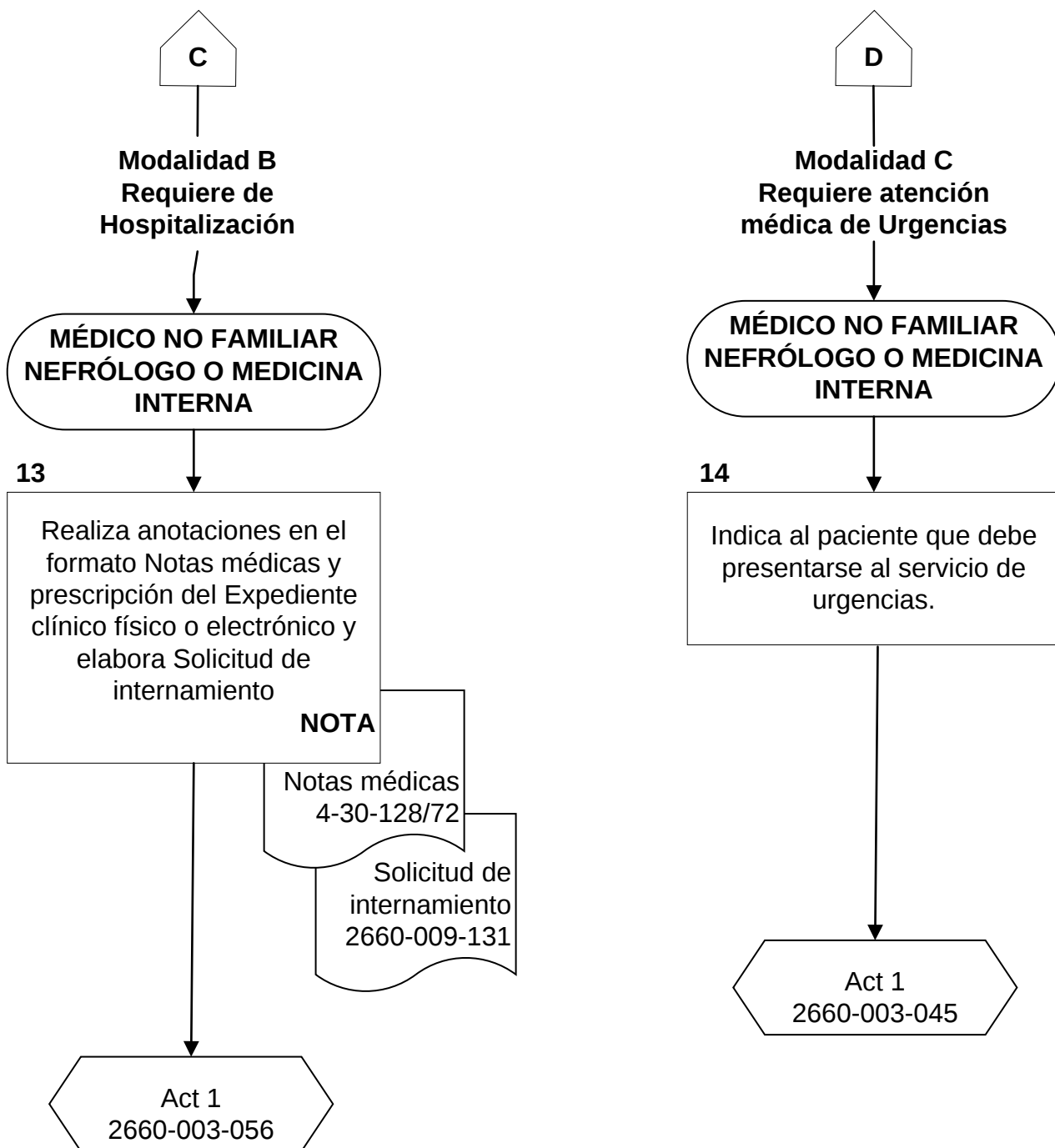


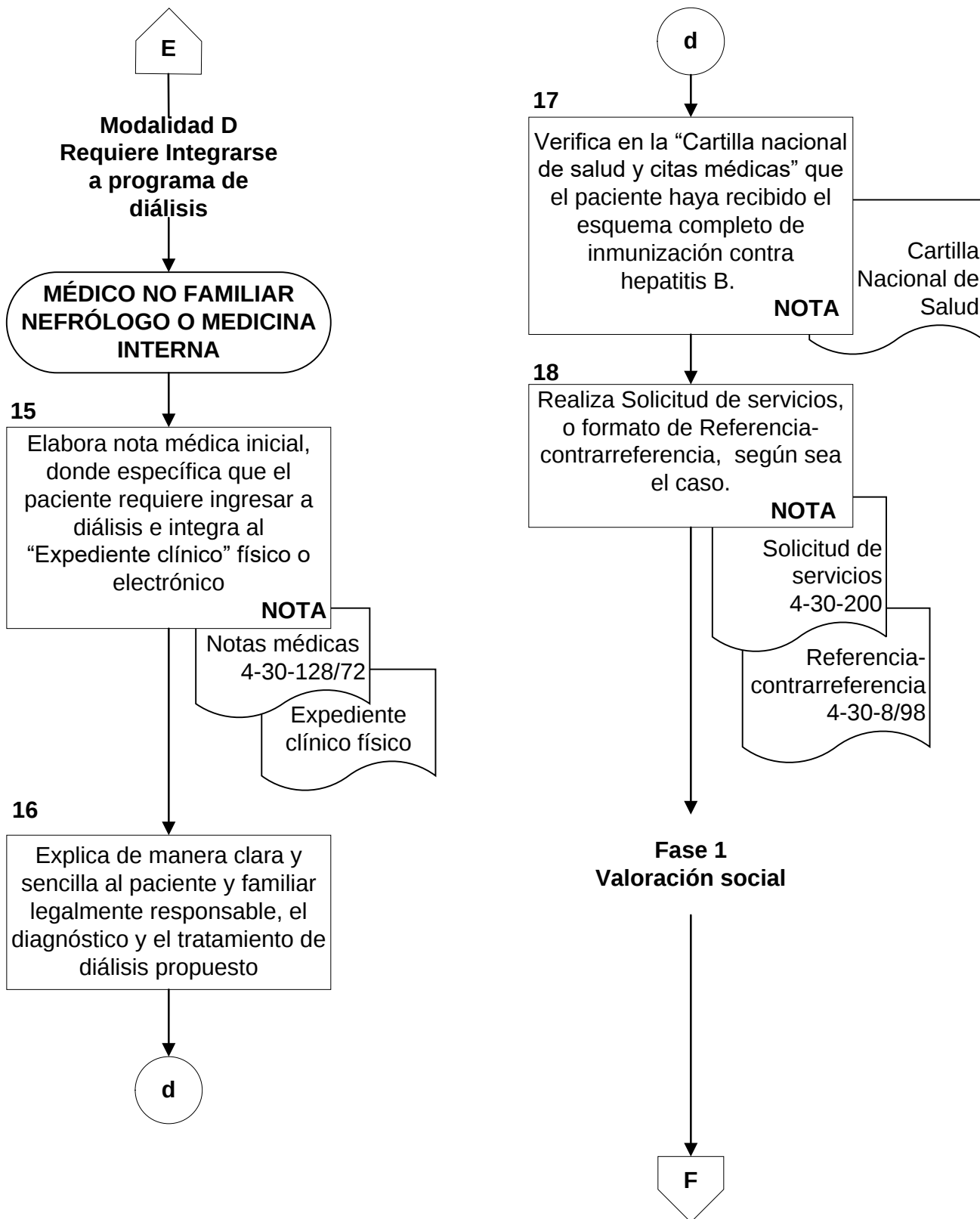
7. Diagrama de flujo

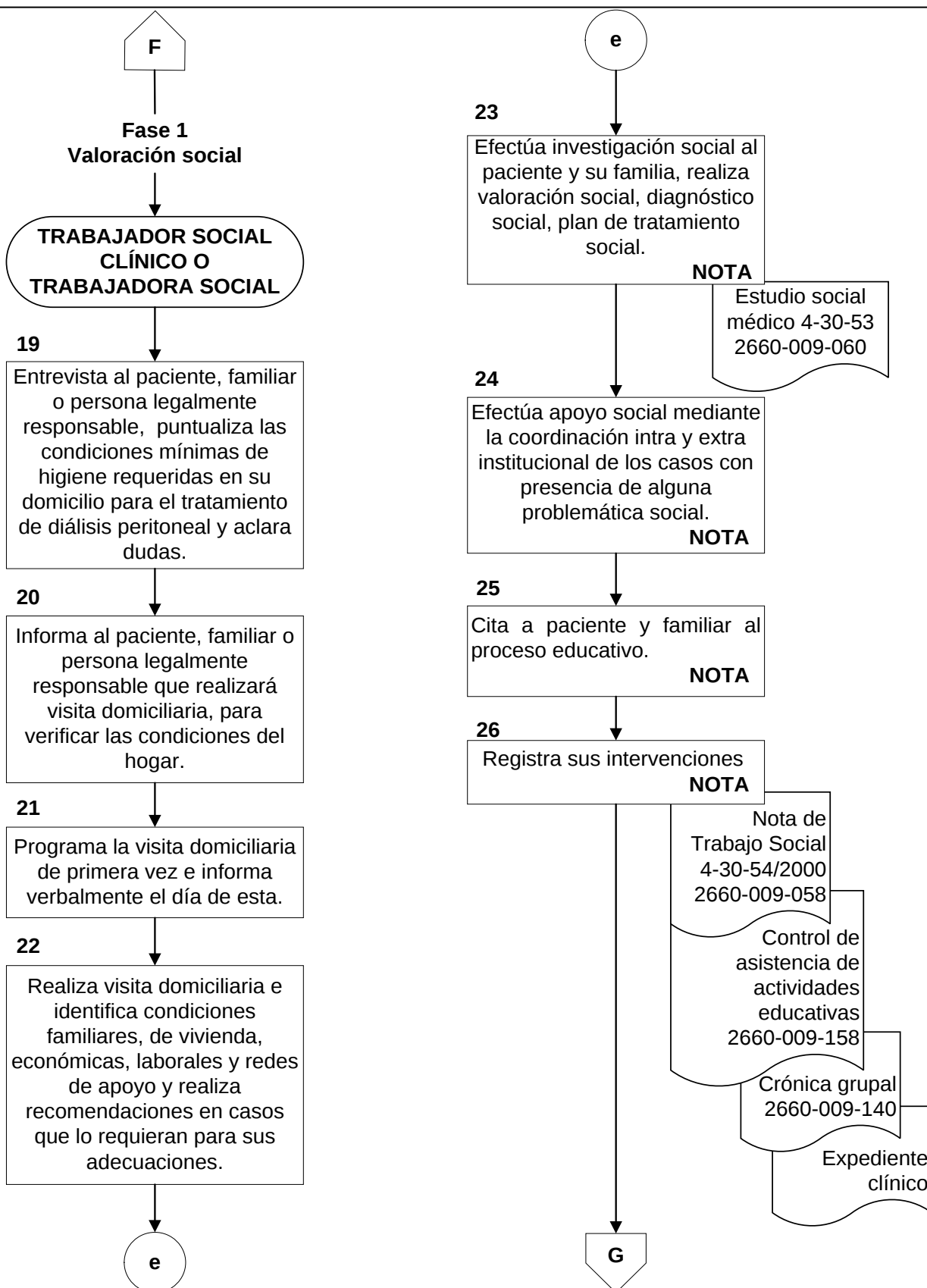


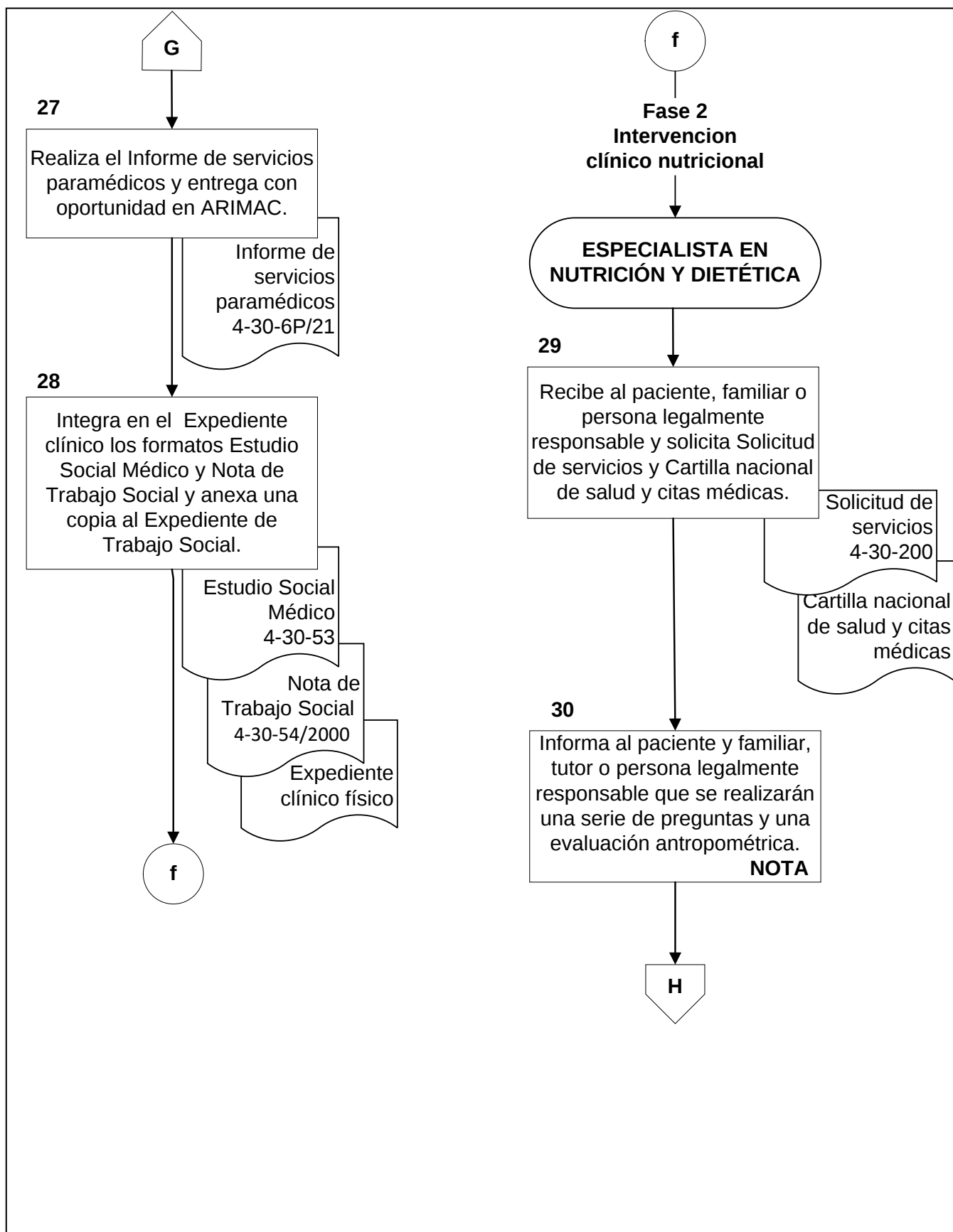


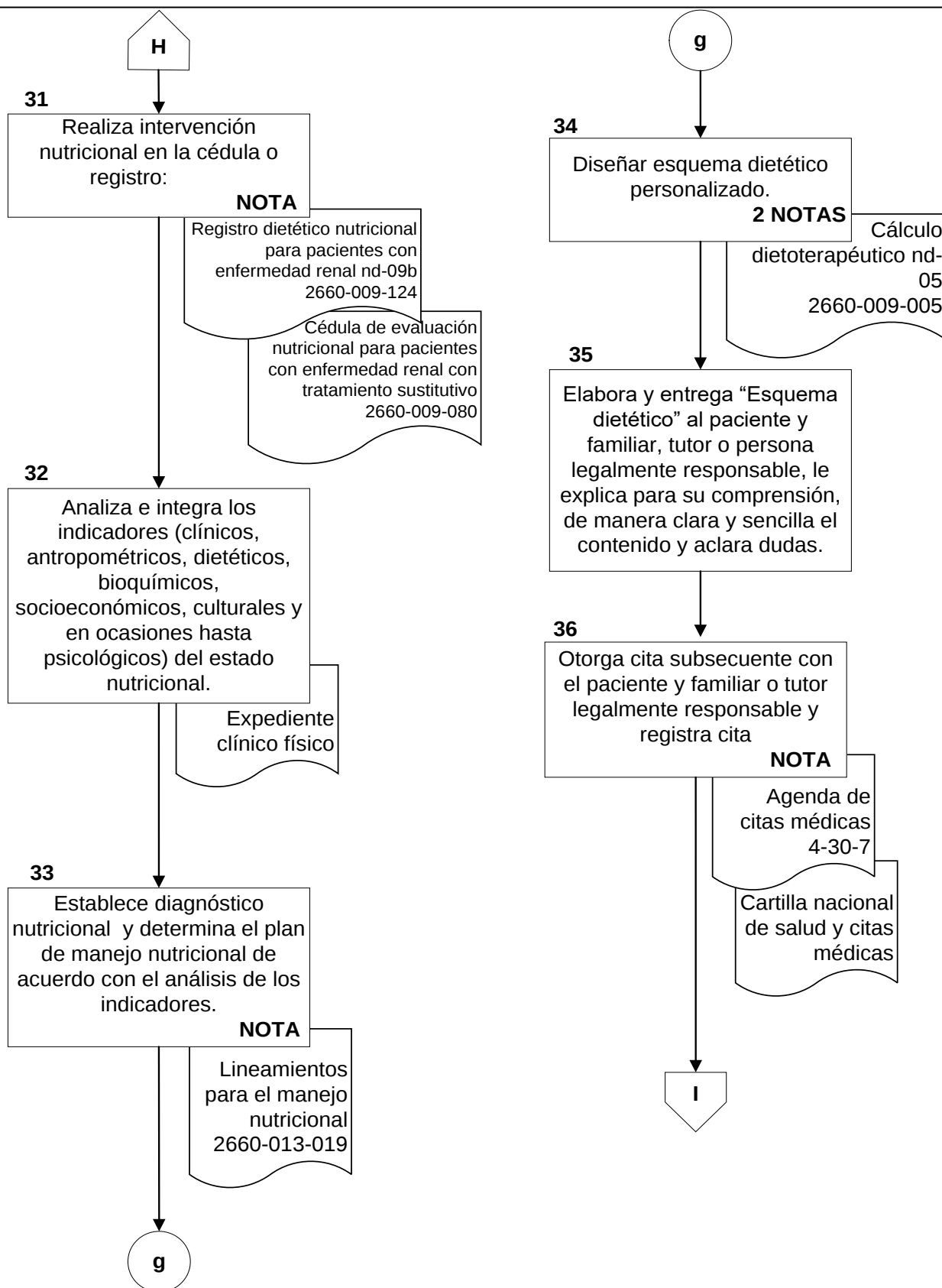


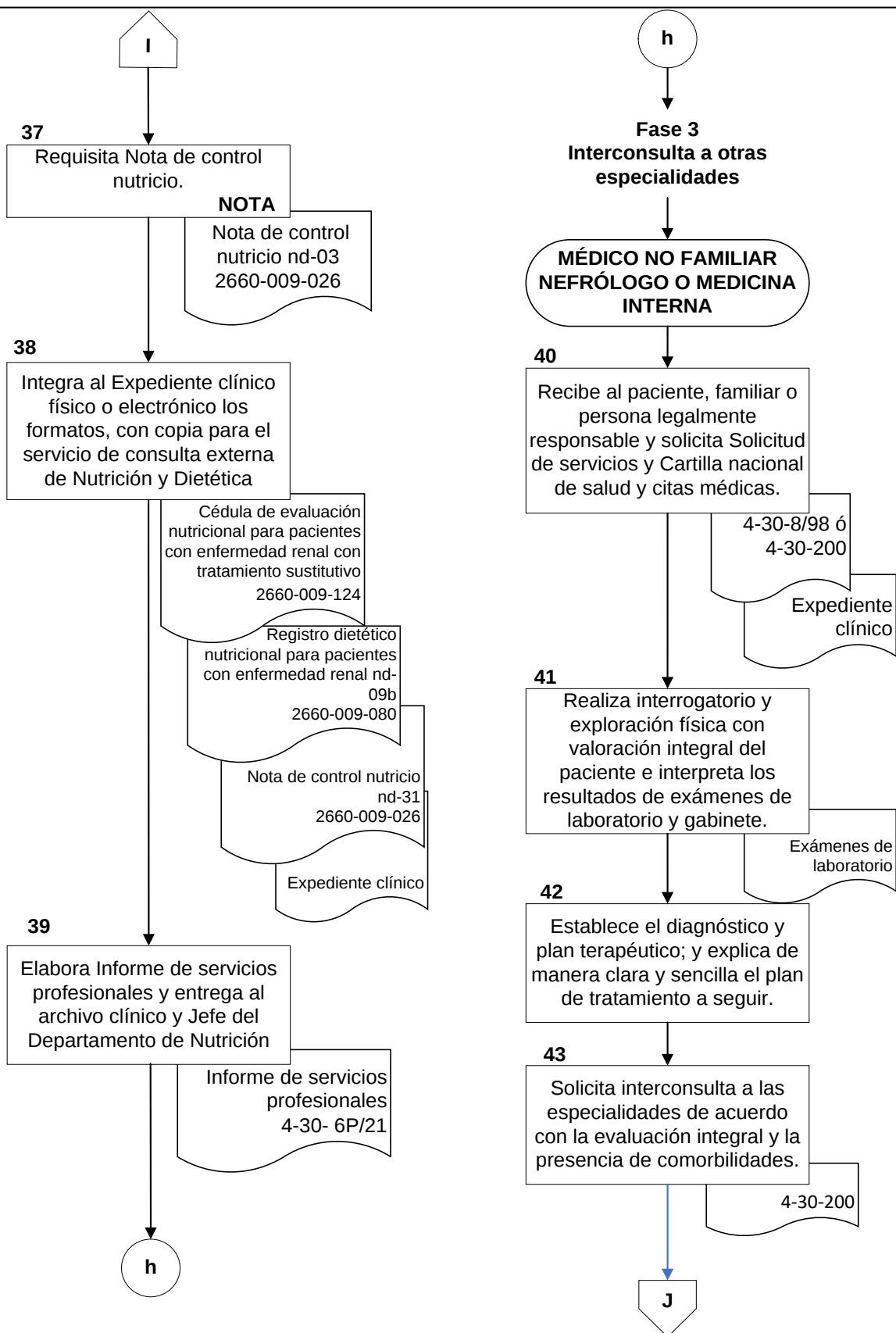


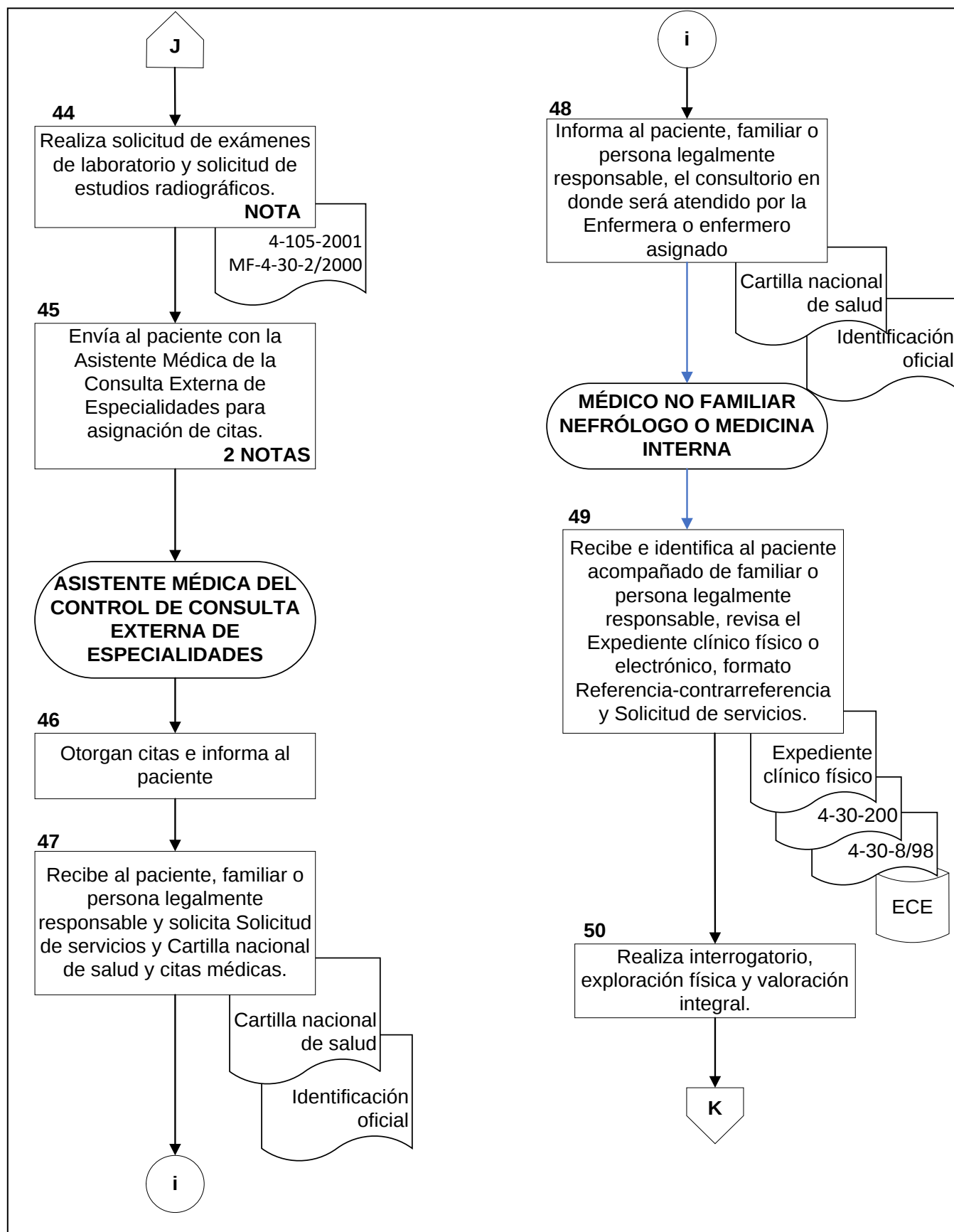


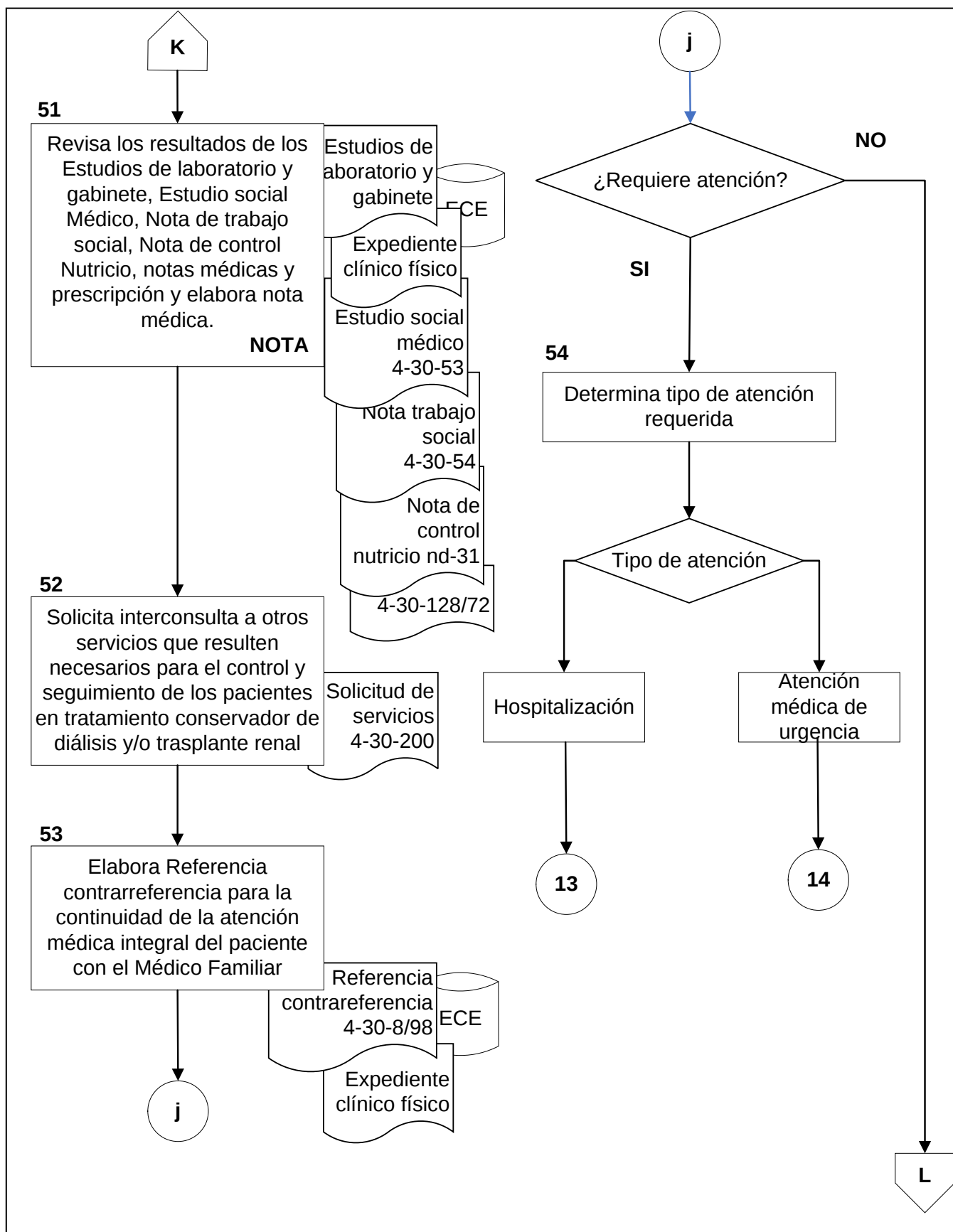


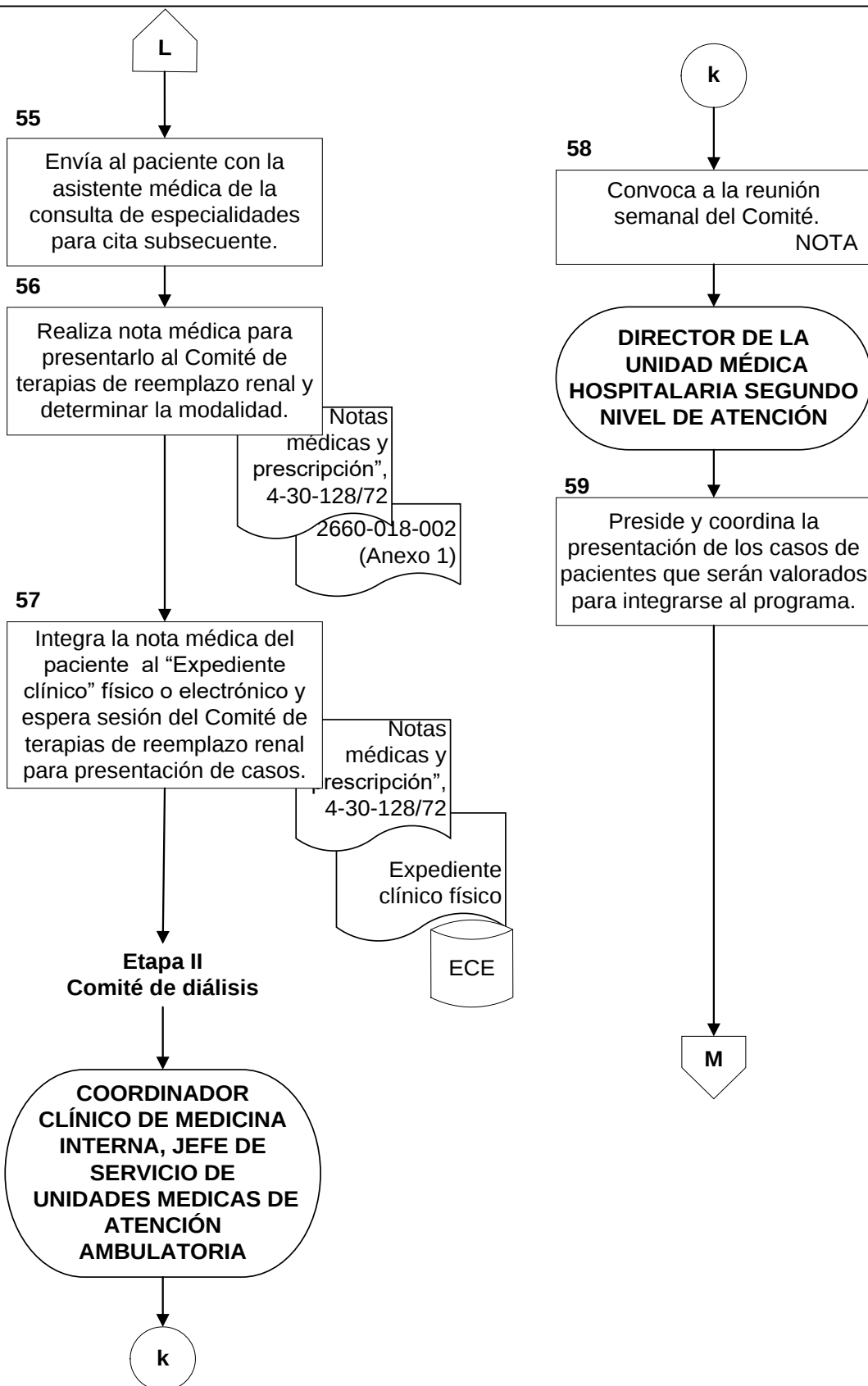


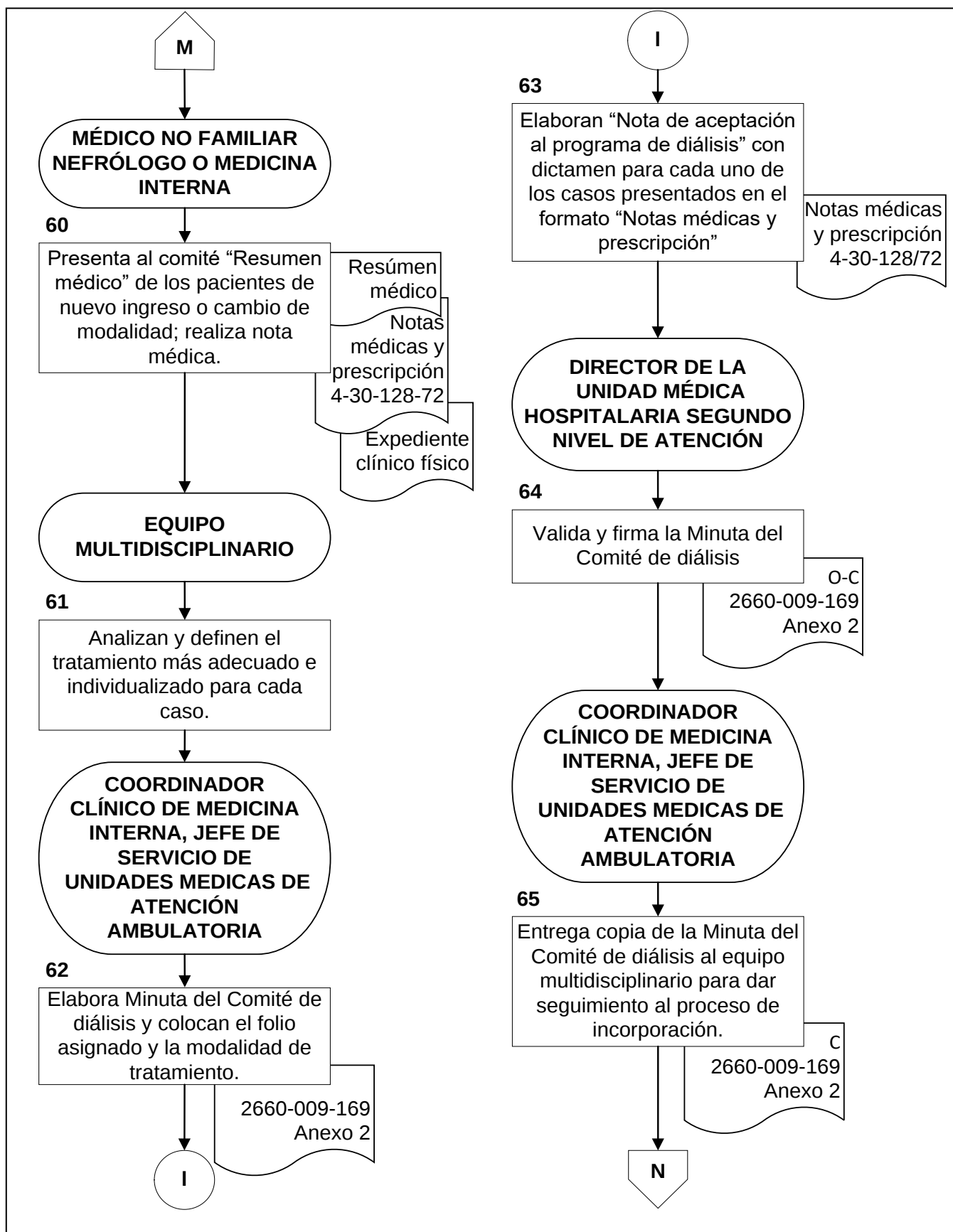


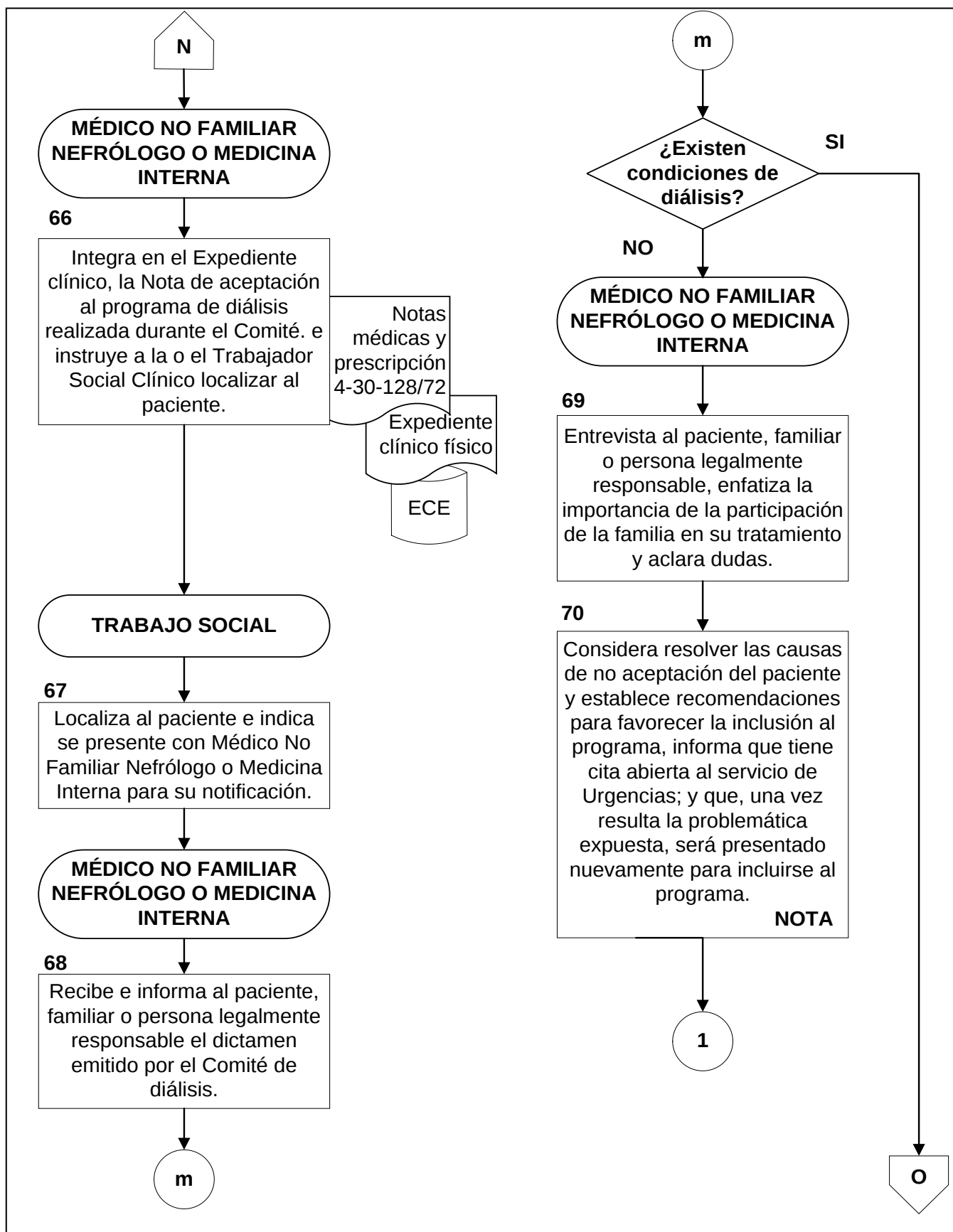


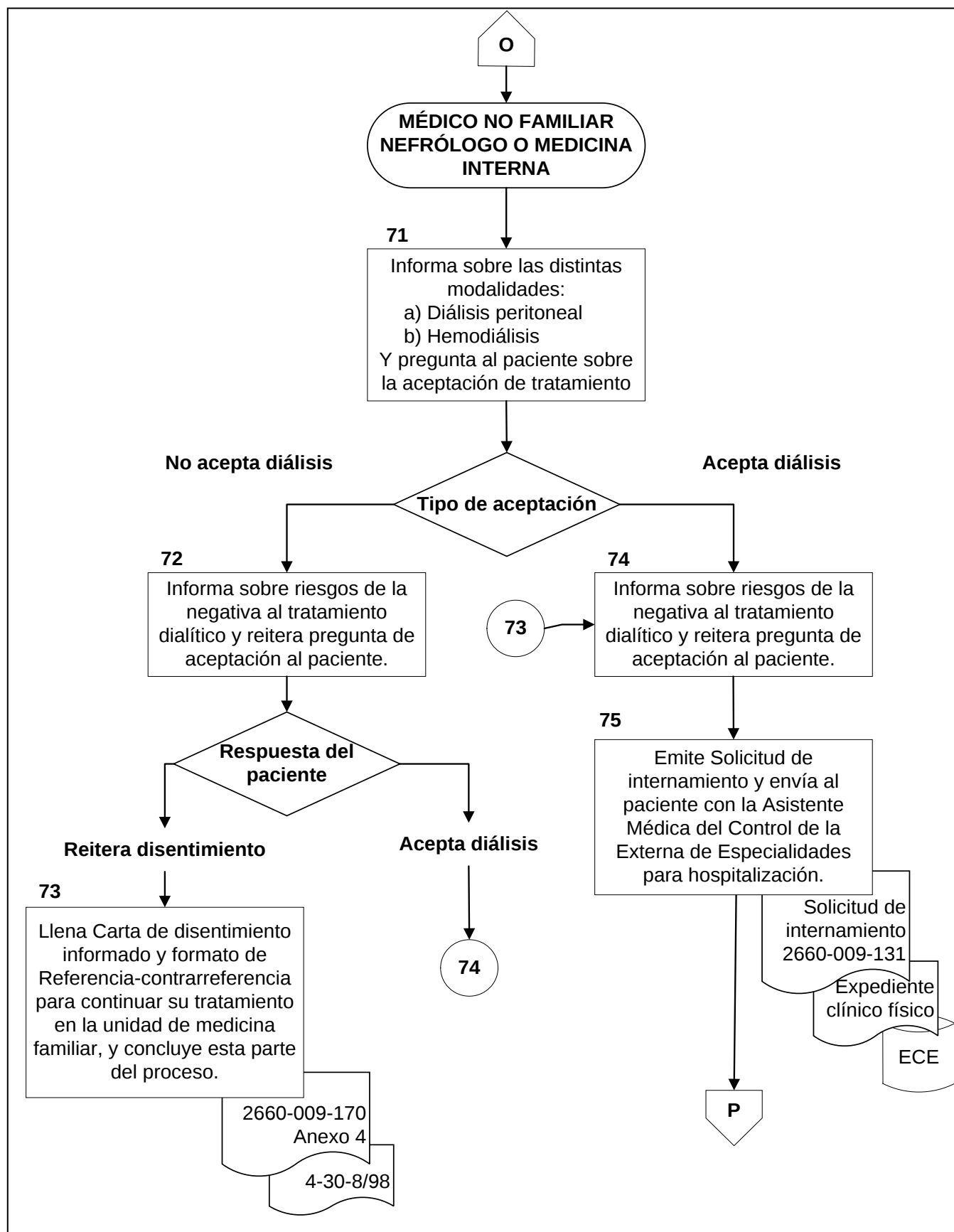


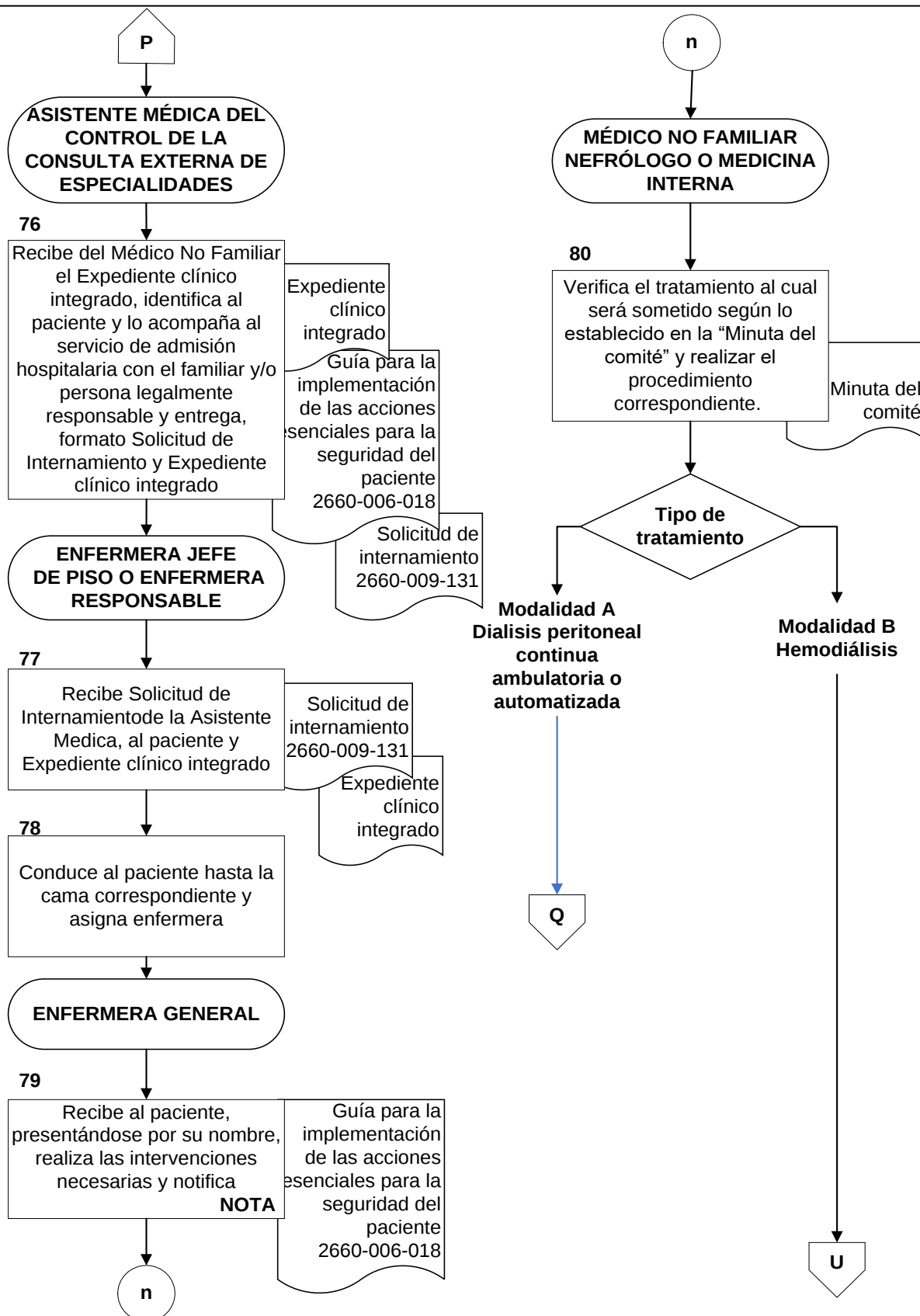


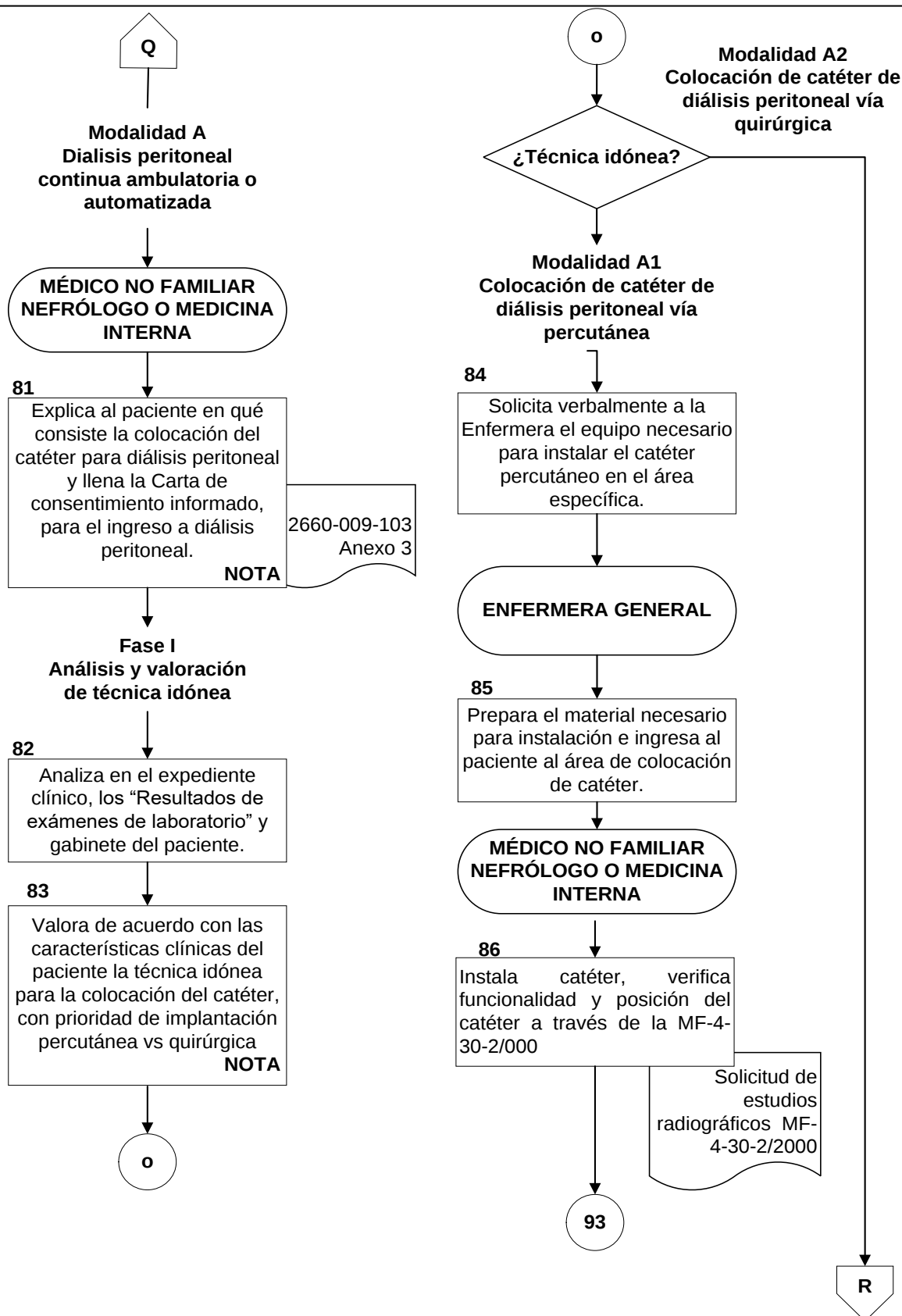


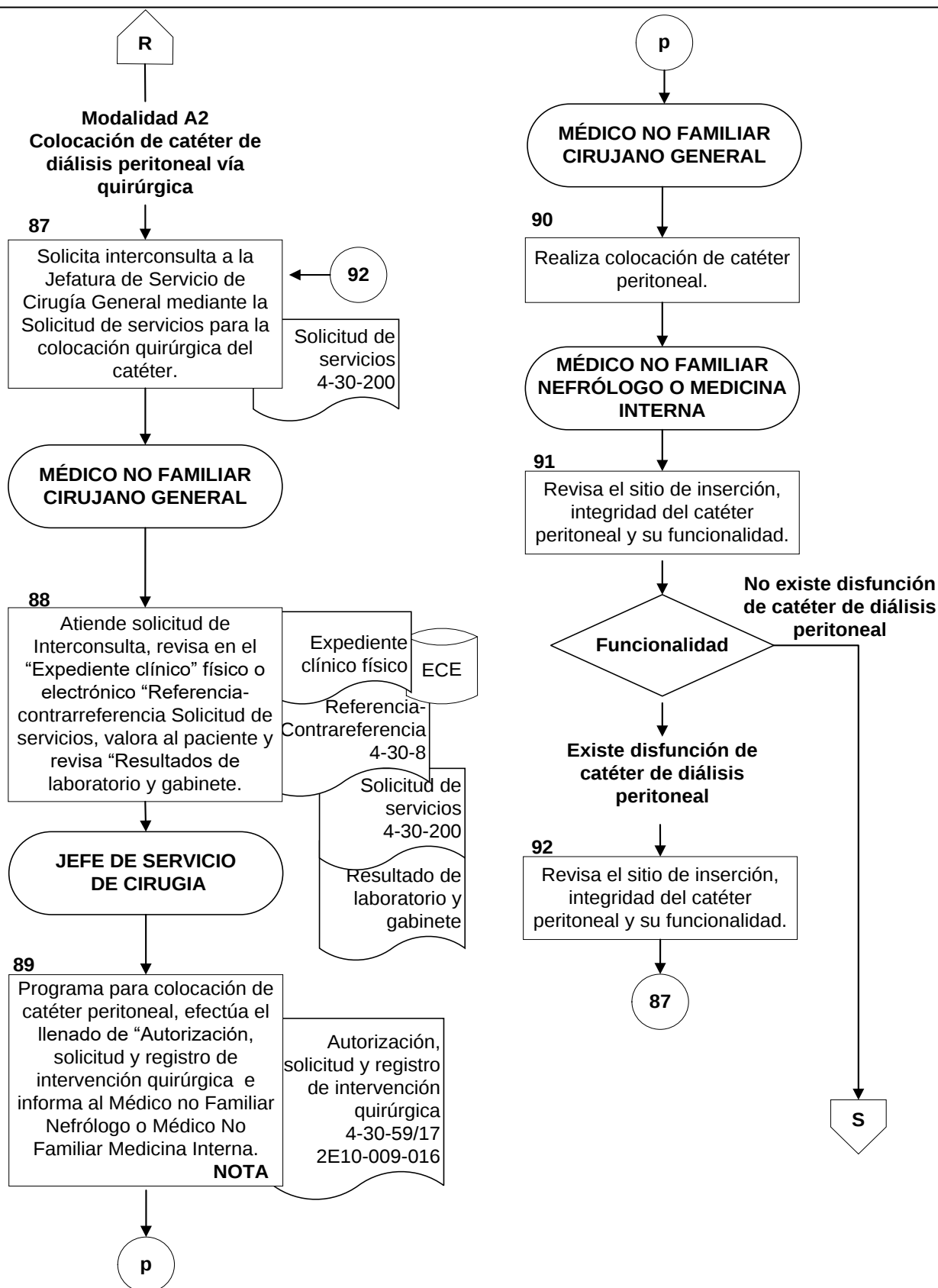


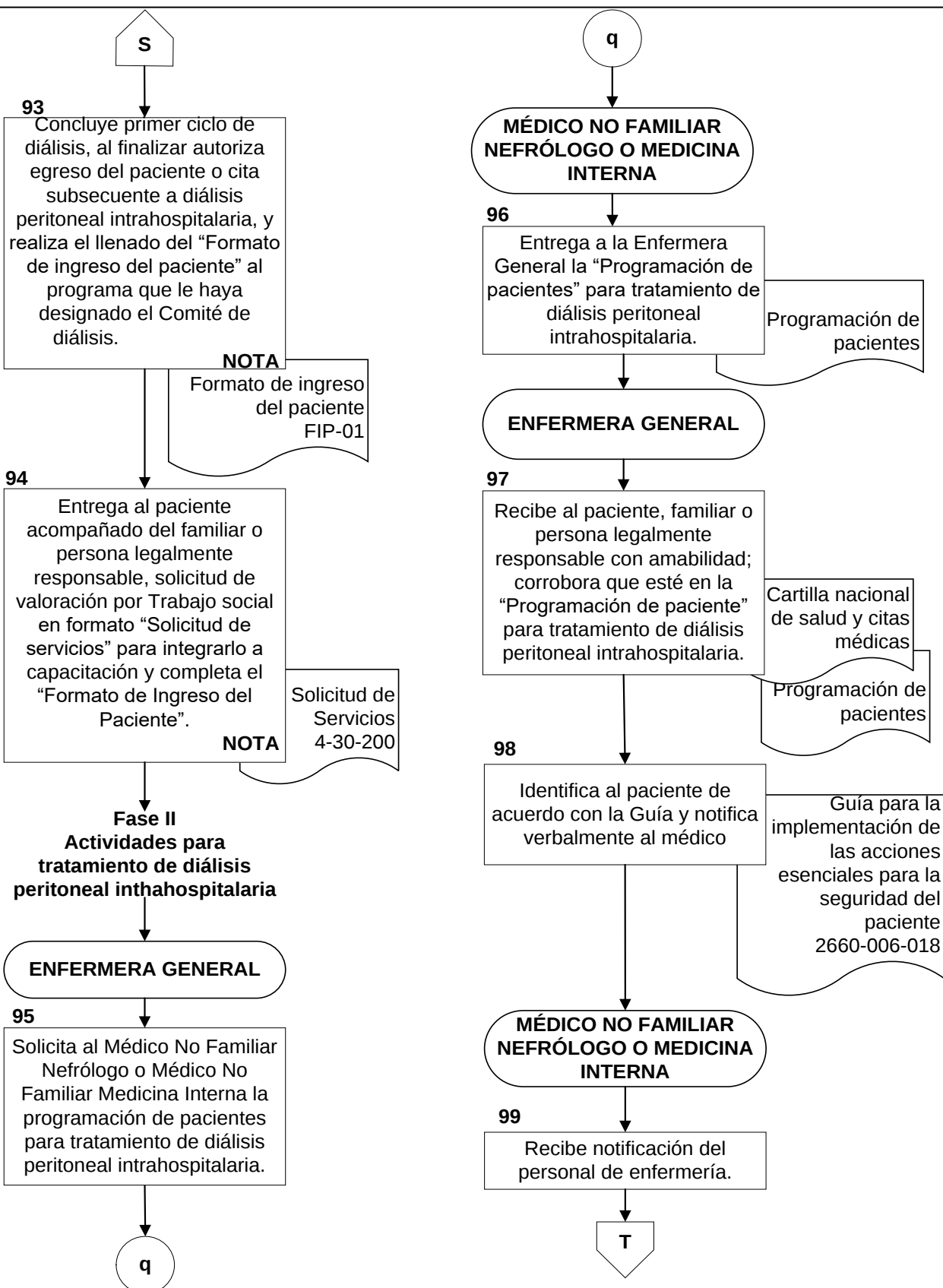


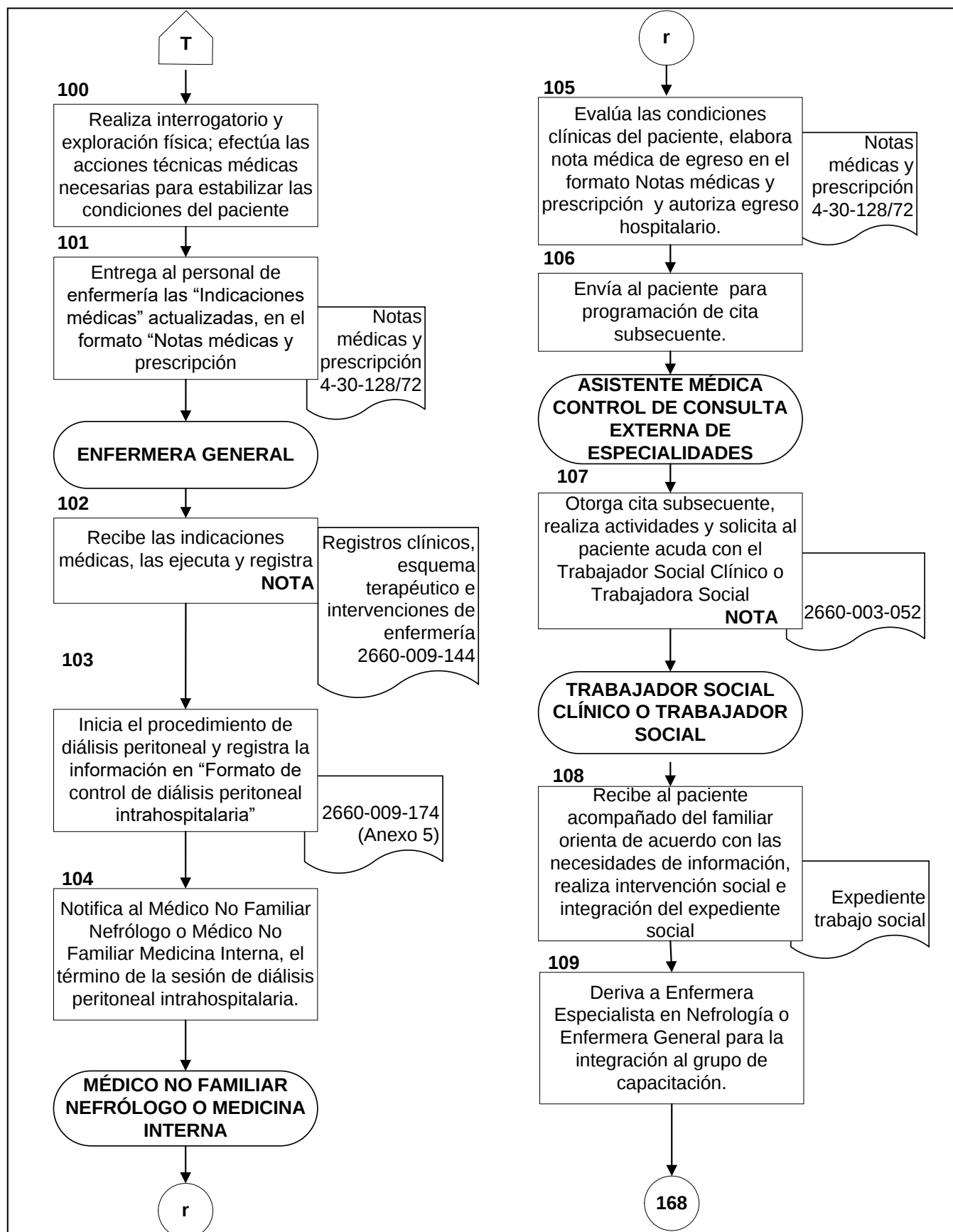


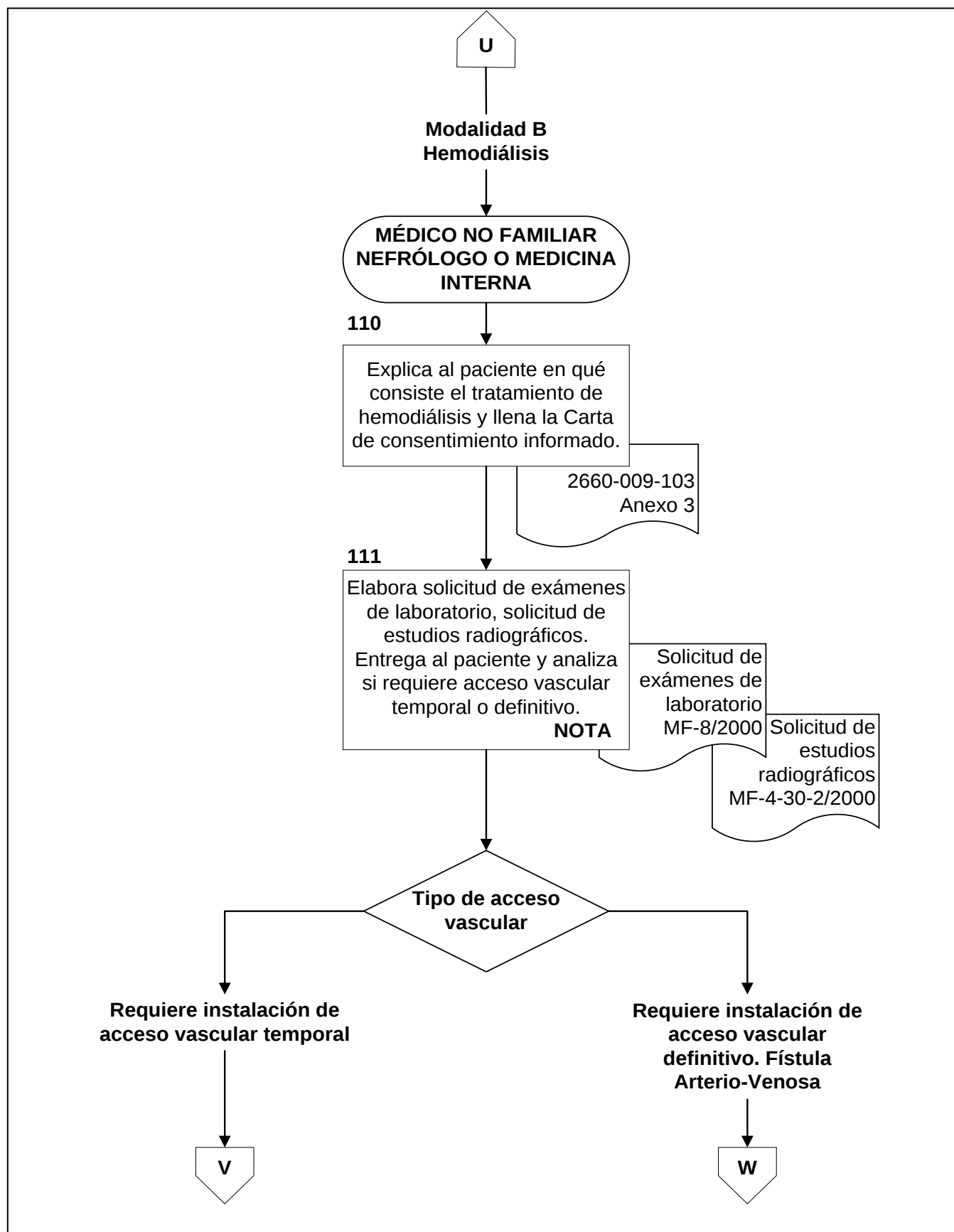


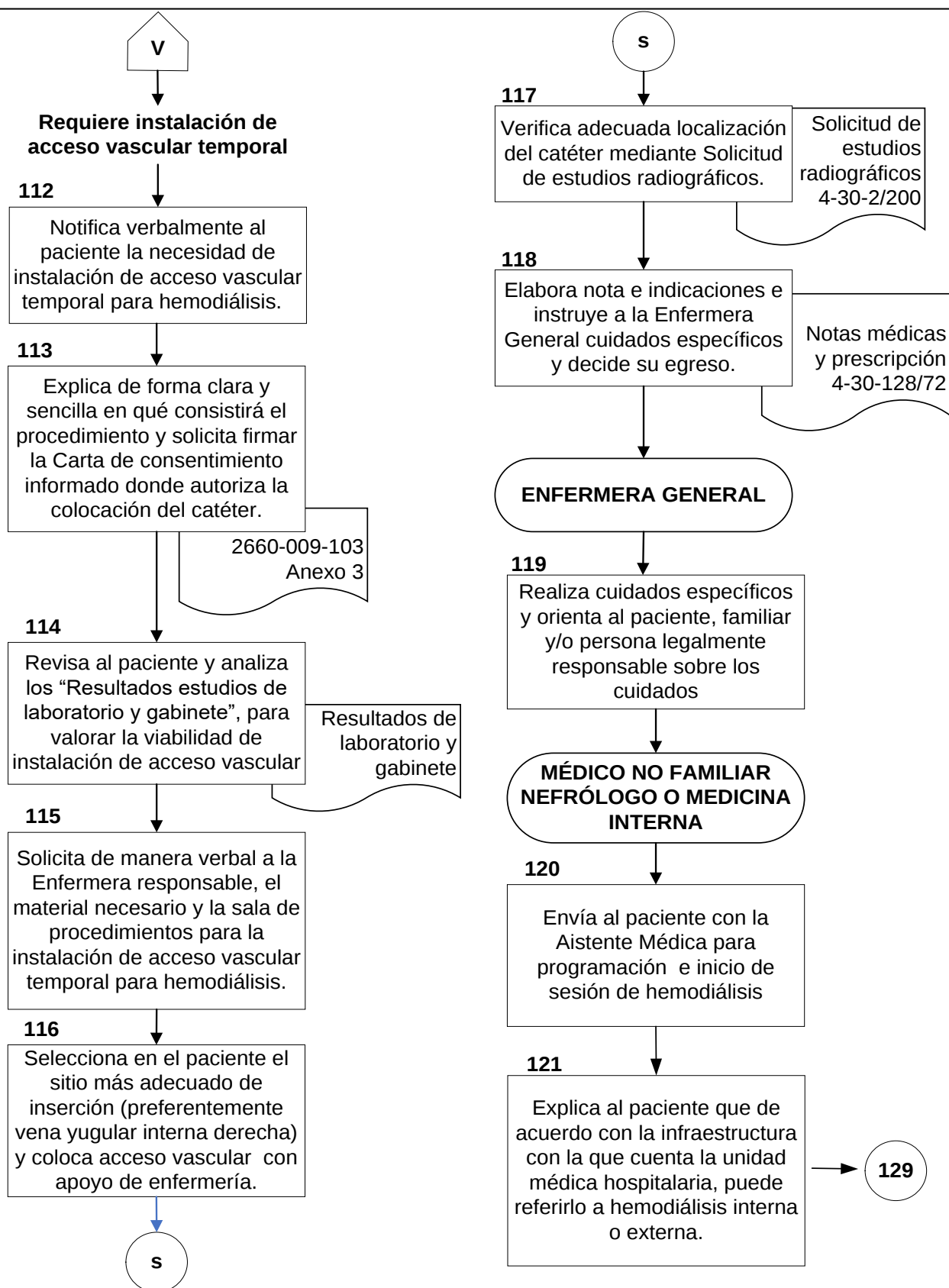


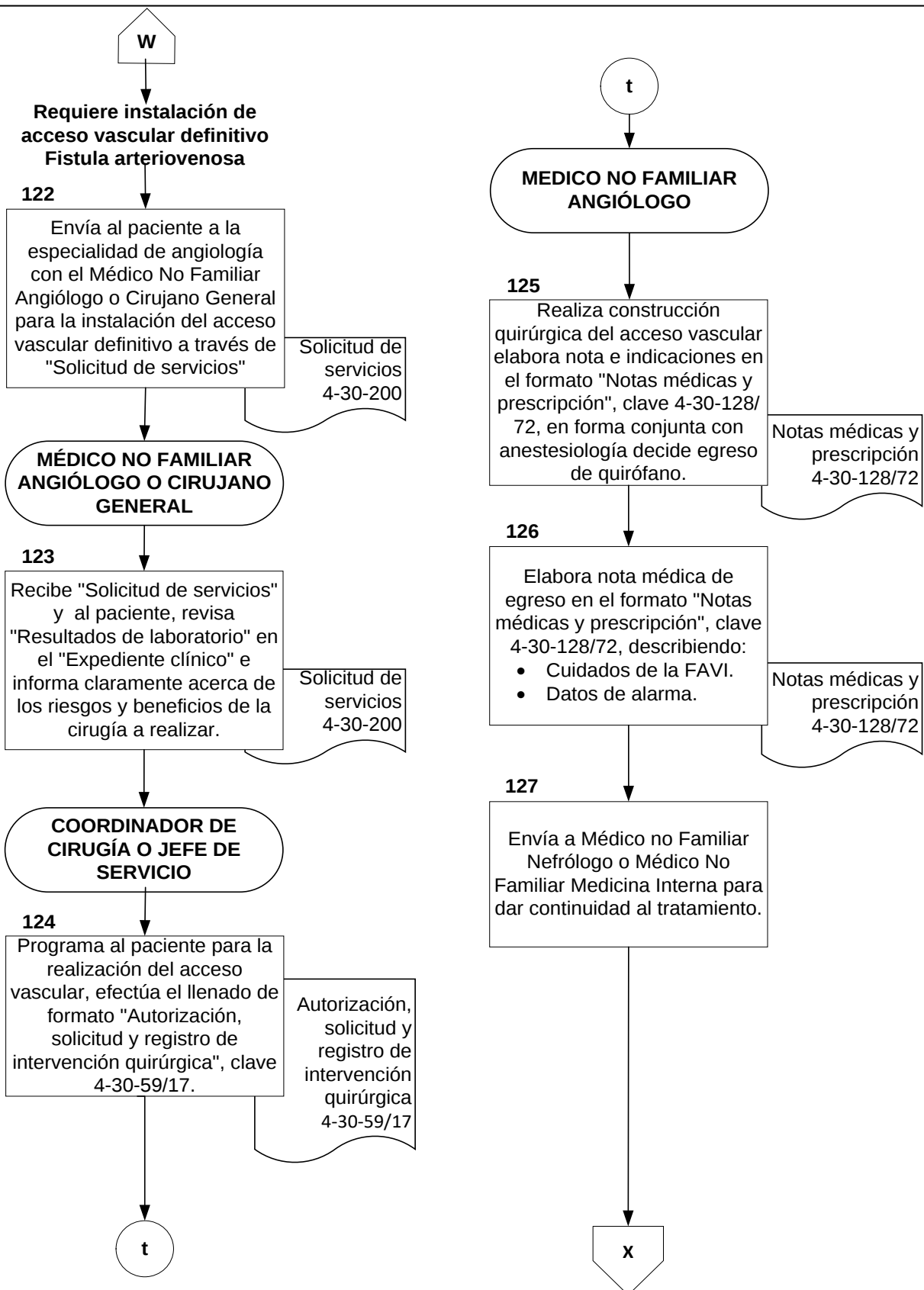


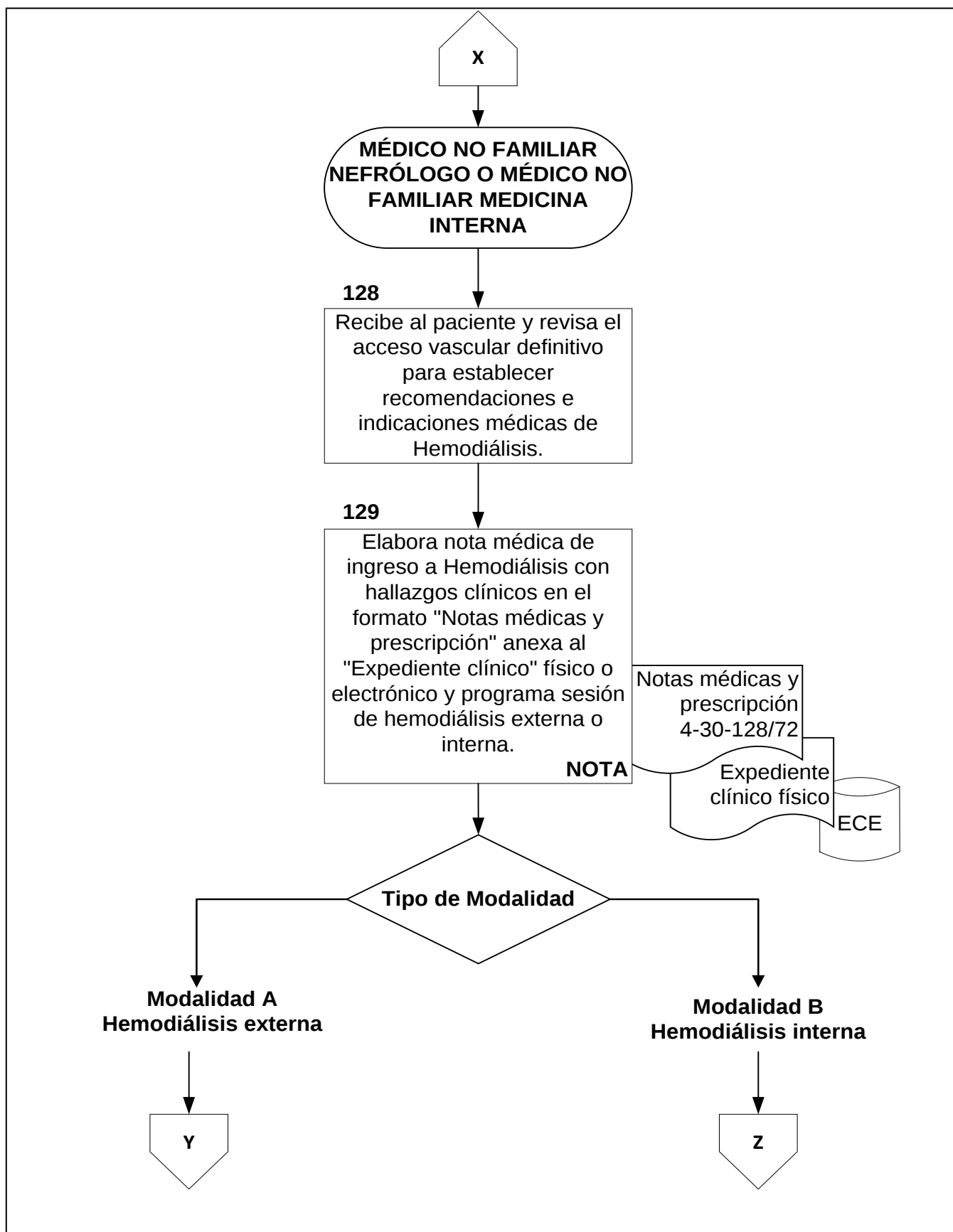


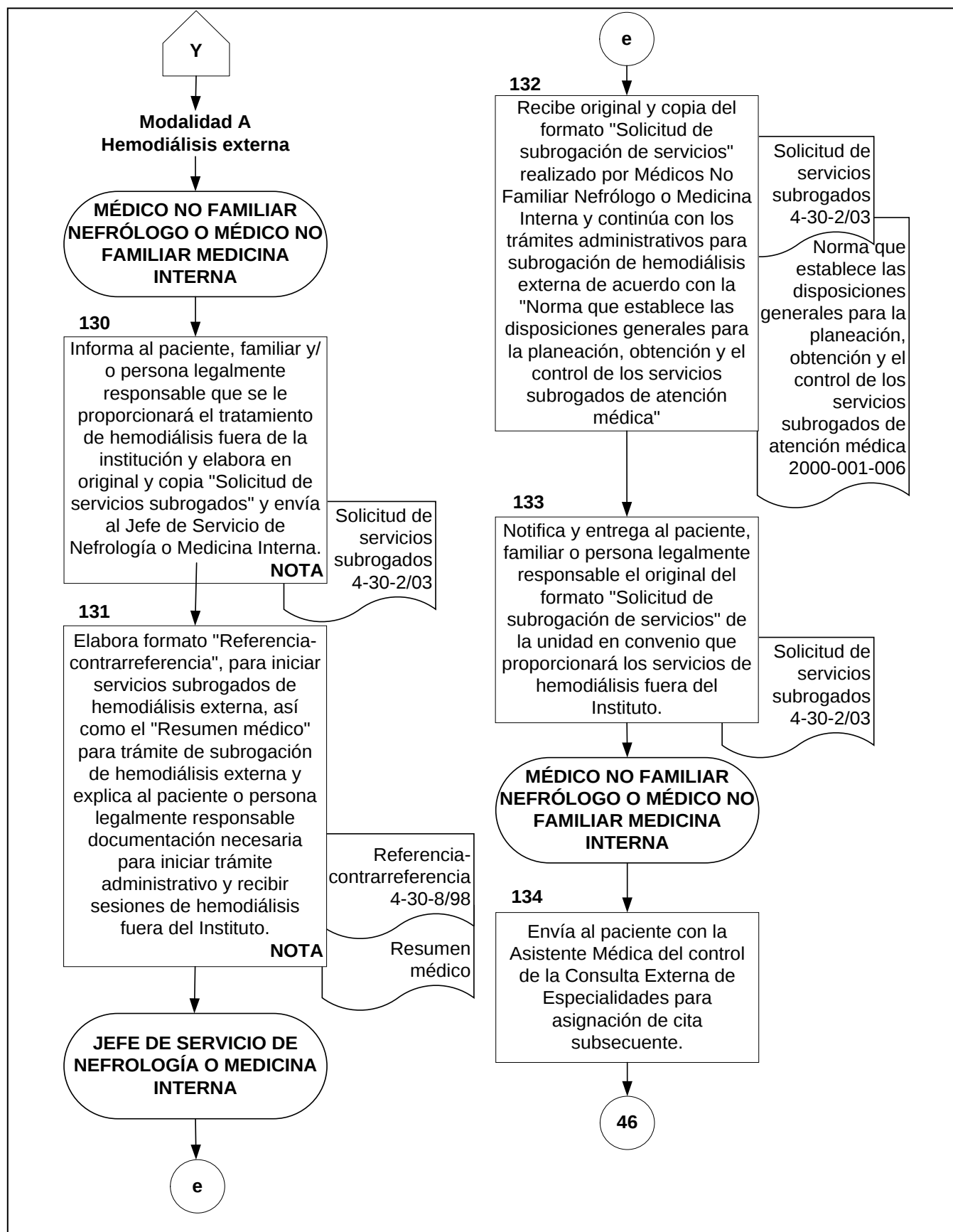


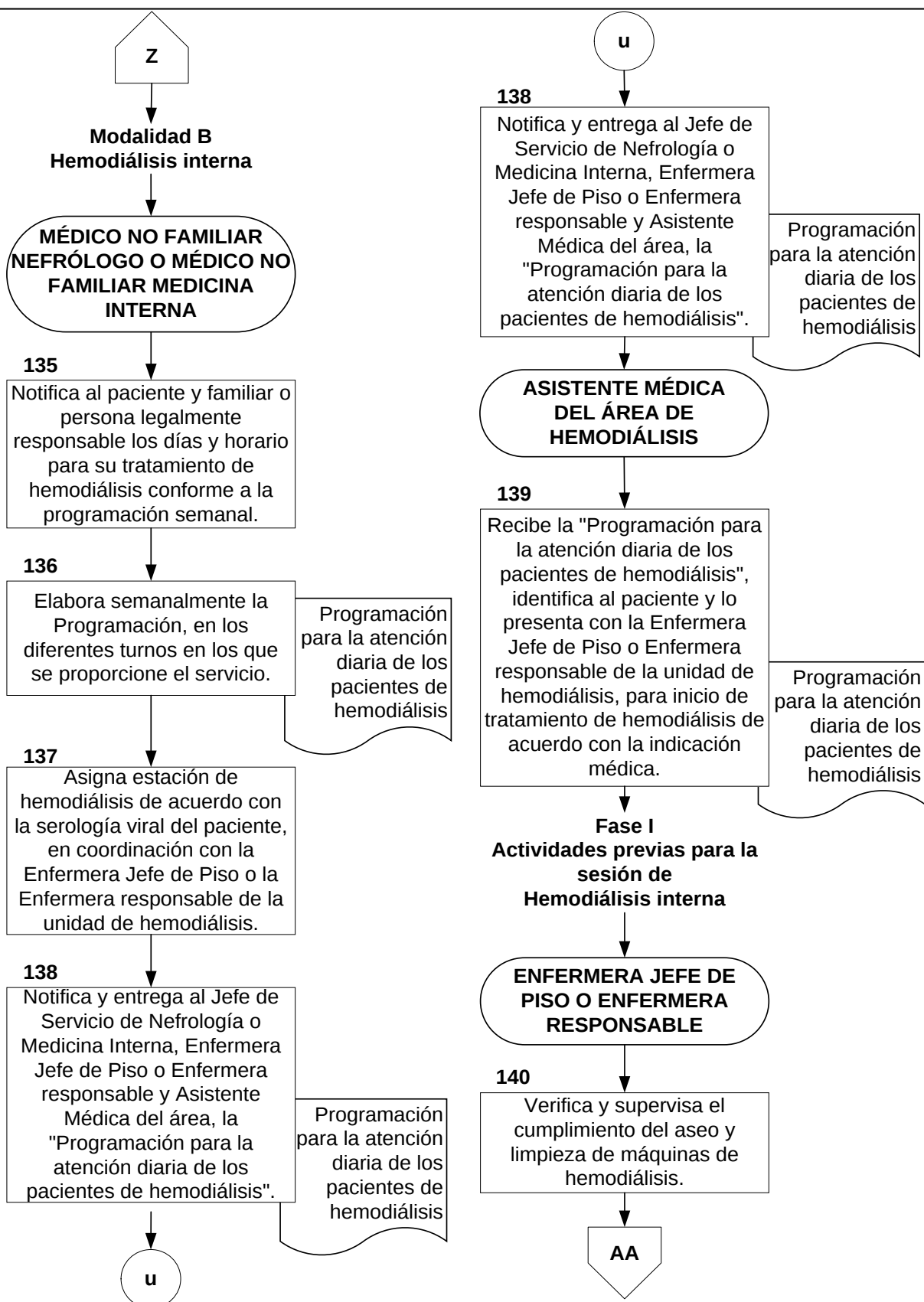


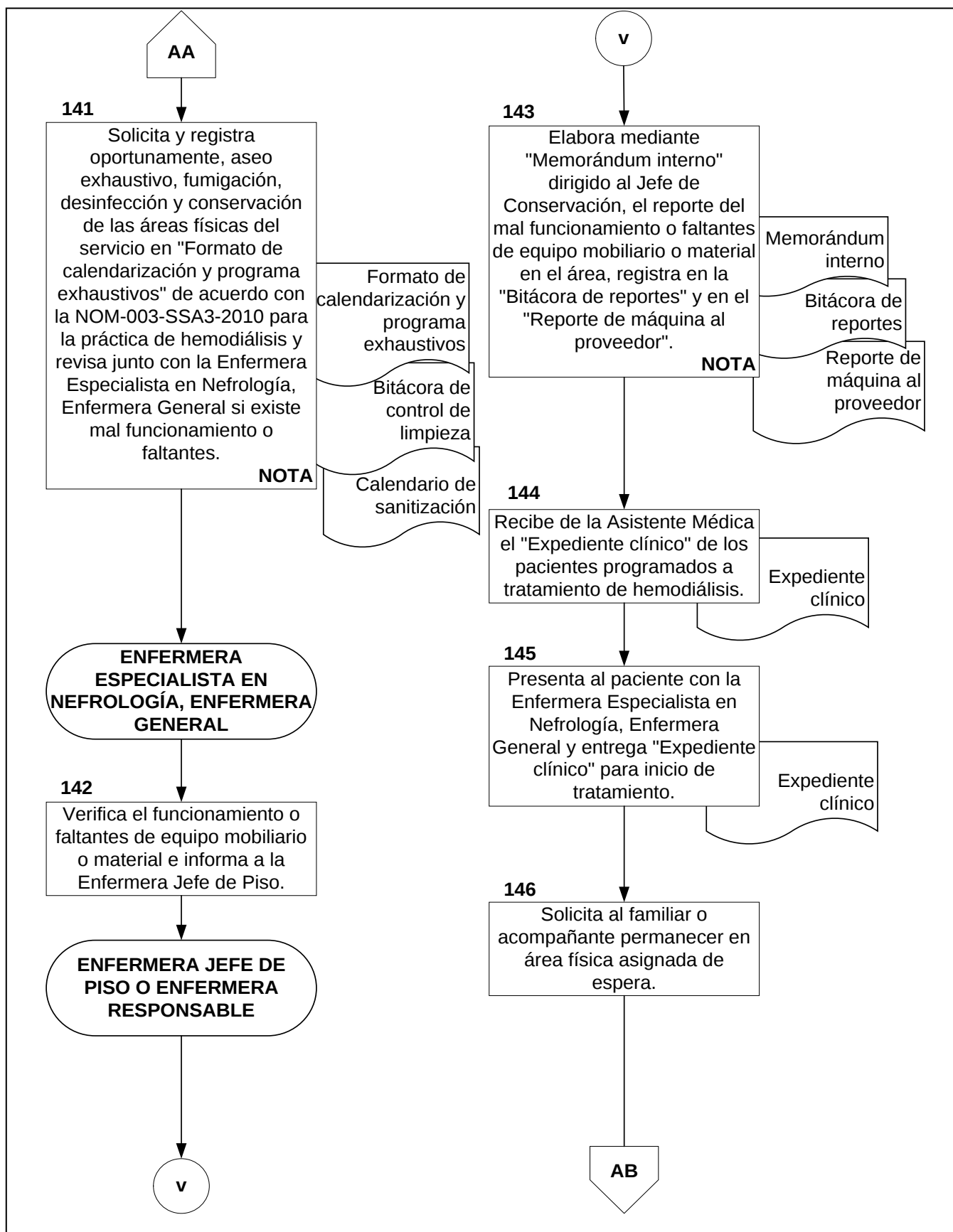


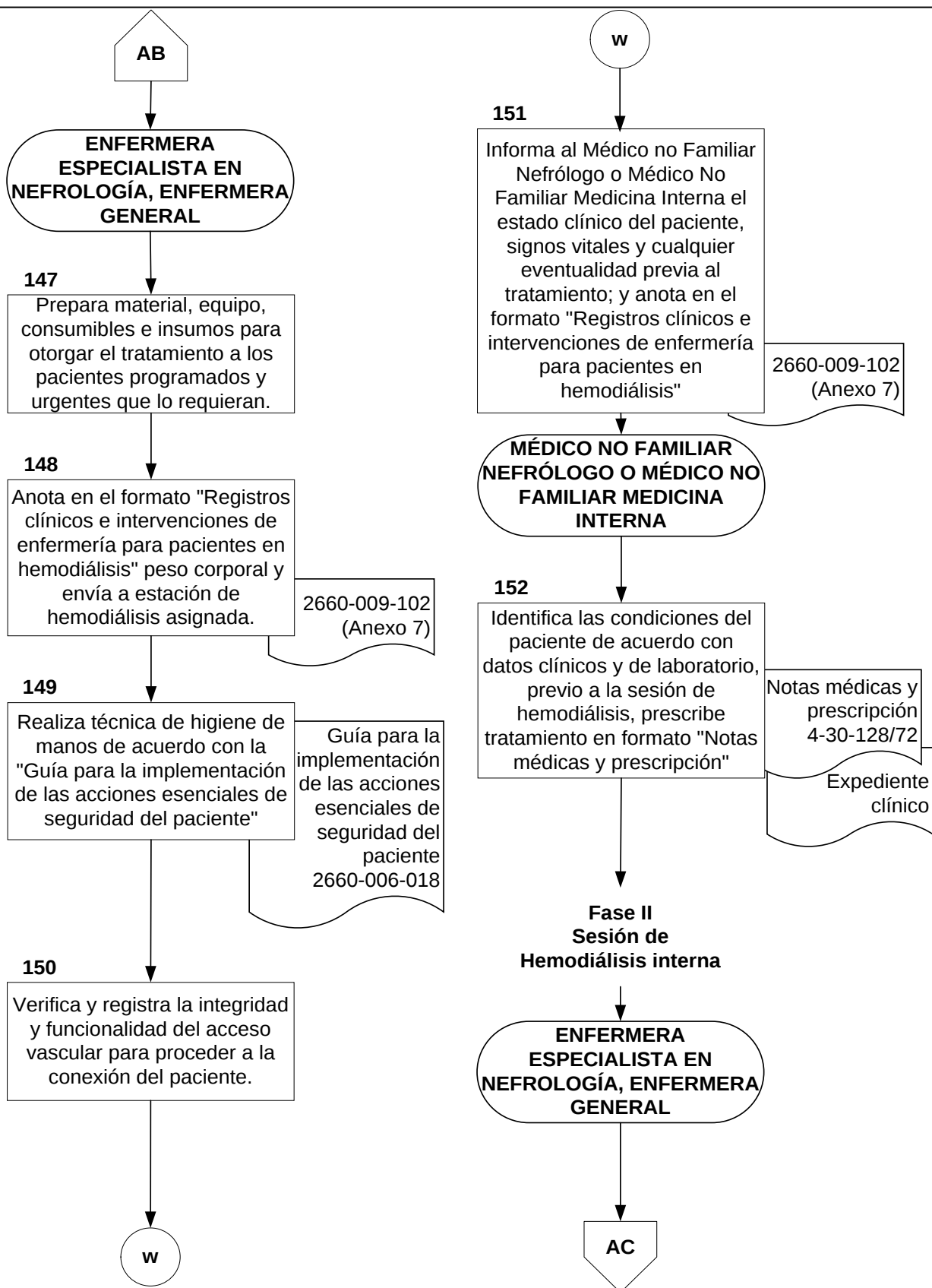


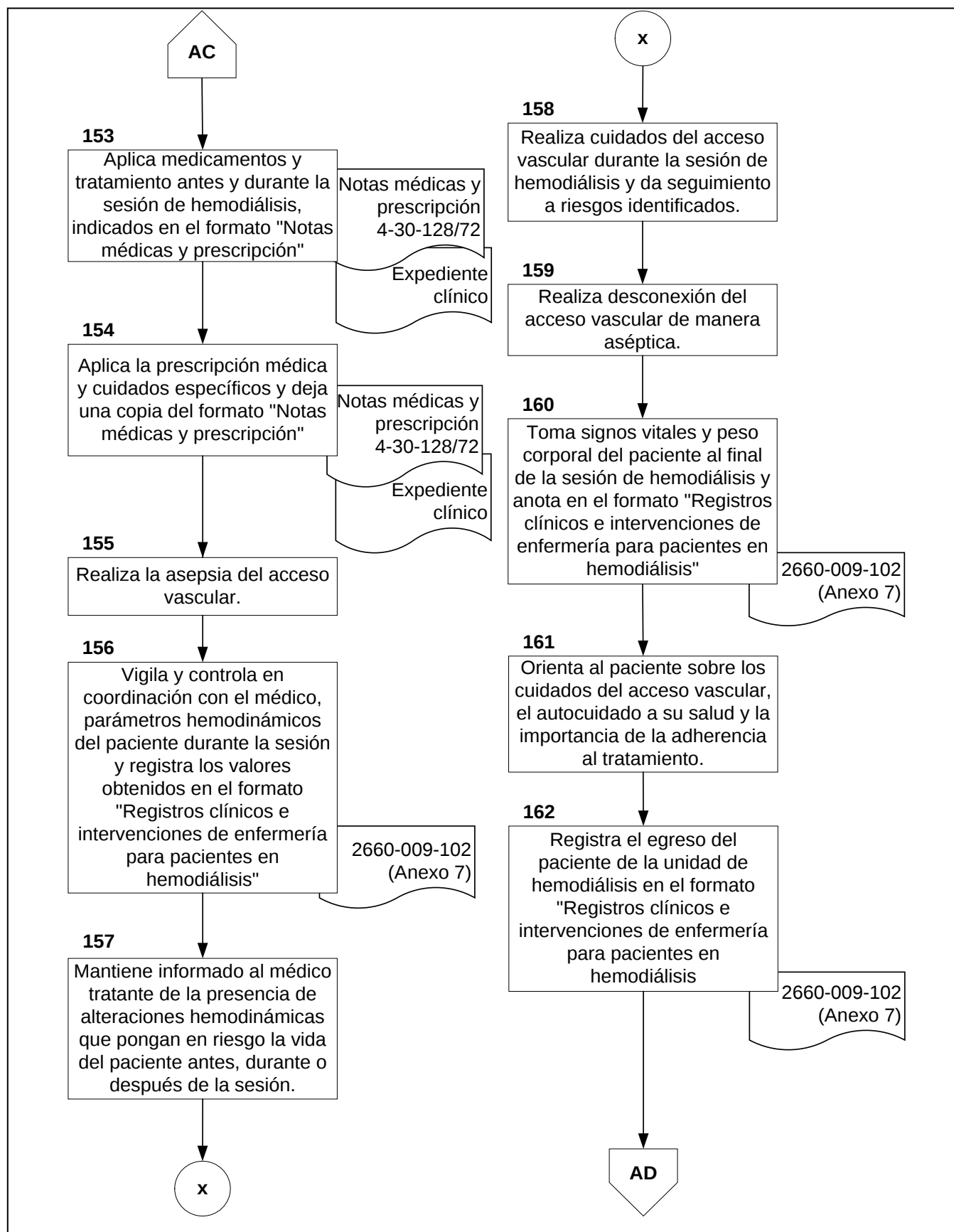


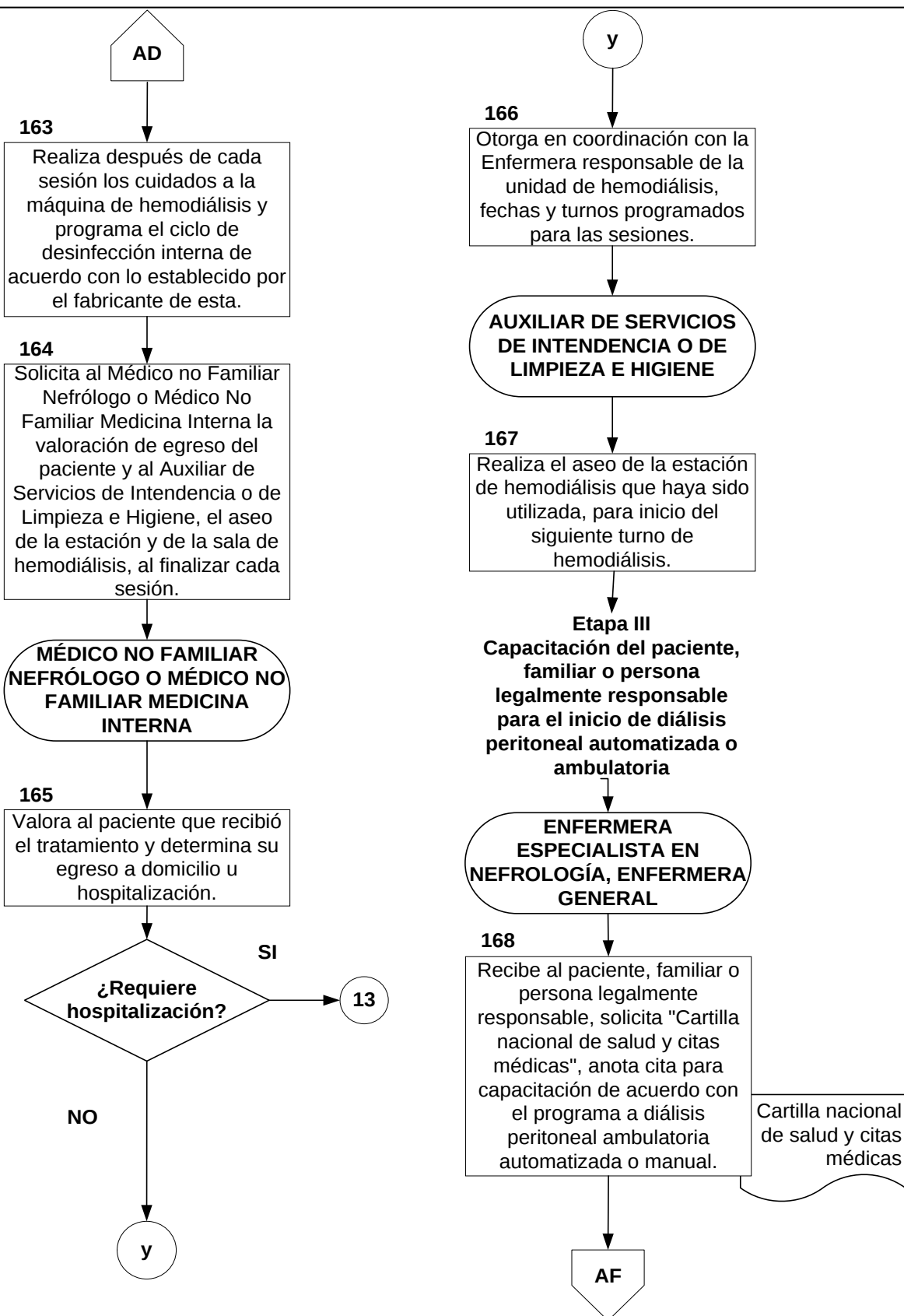


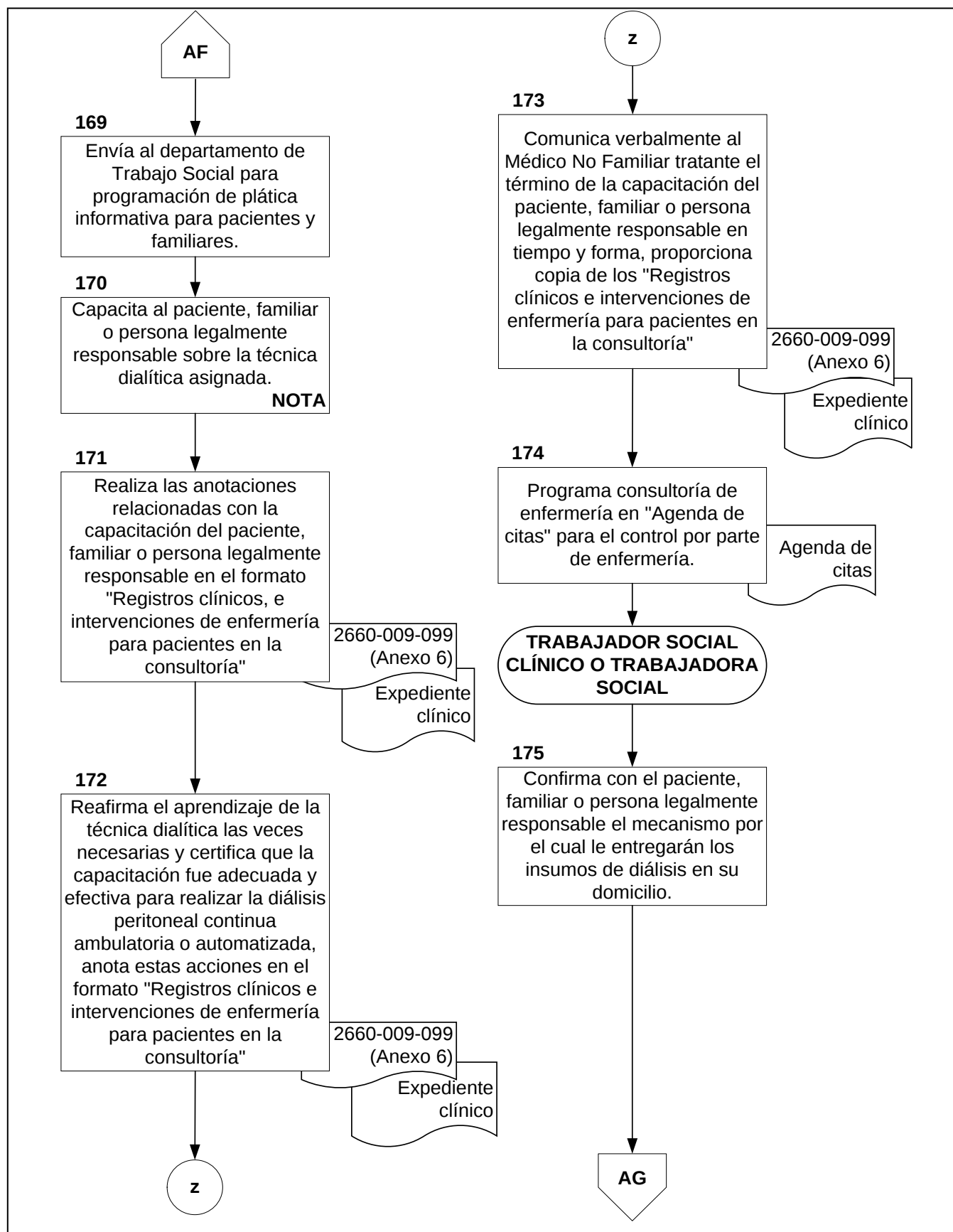


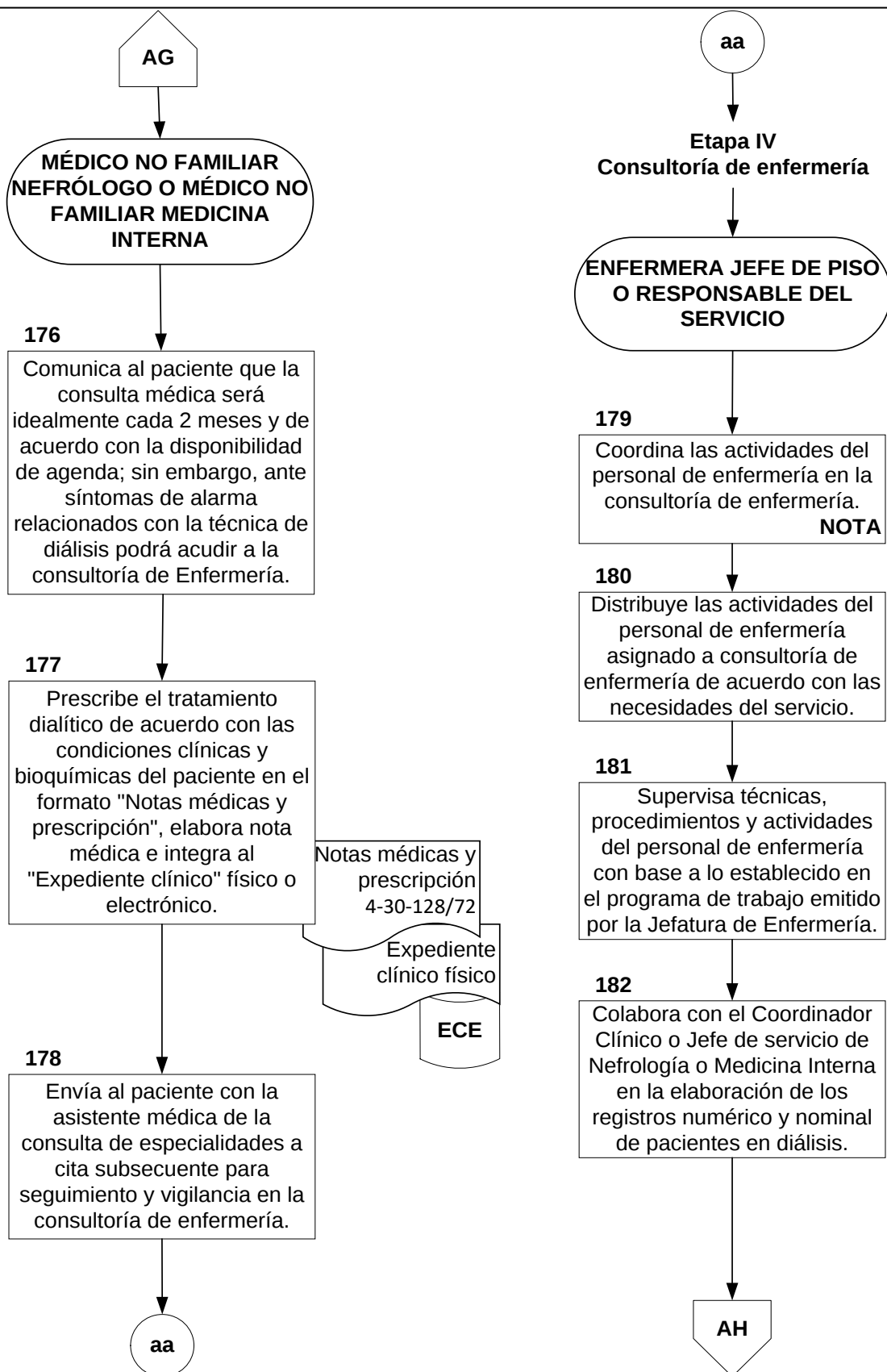


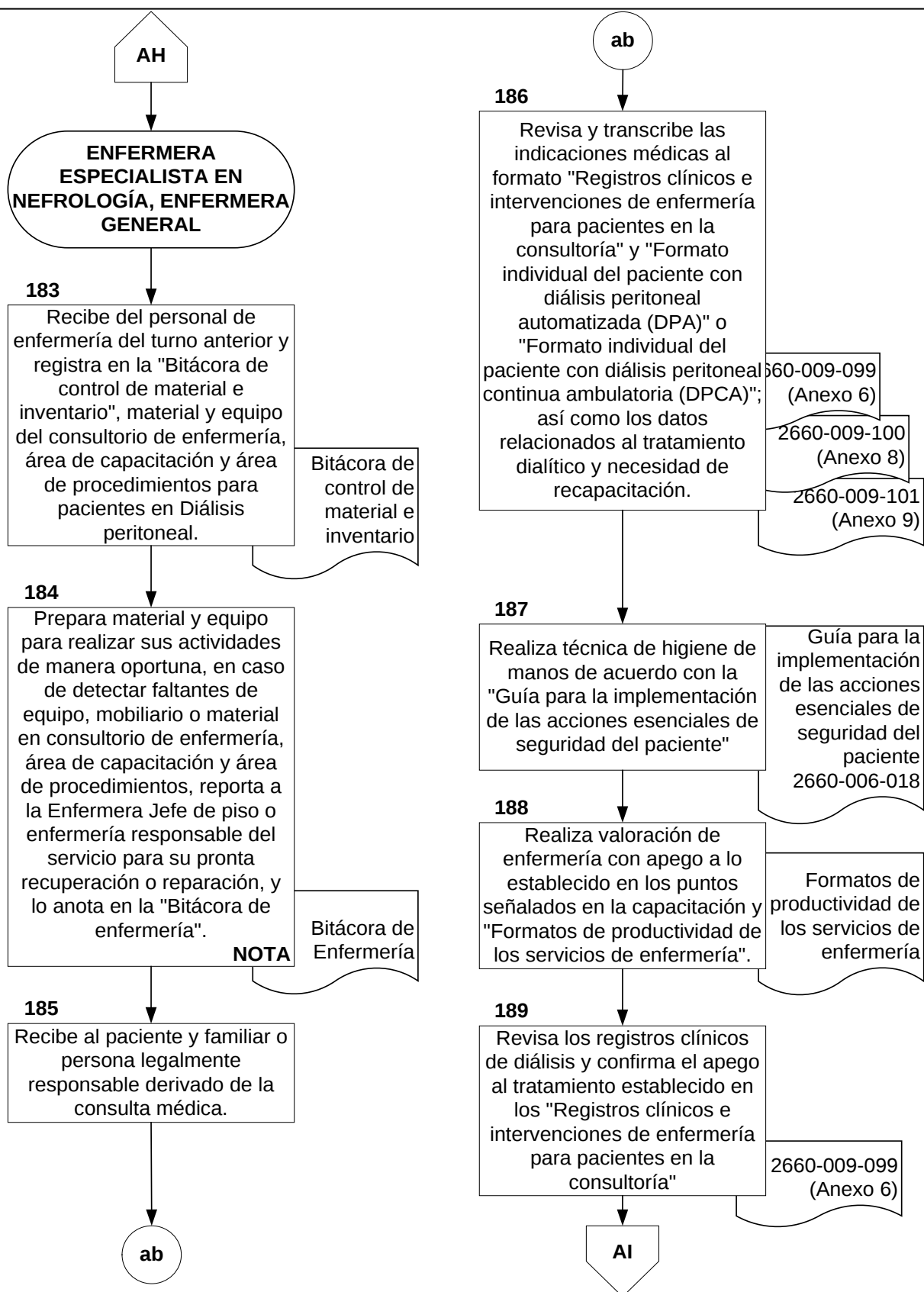


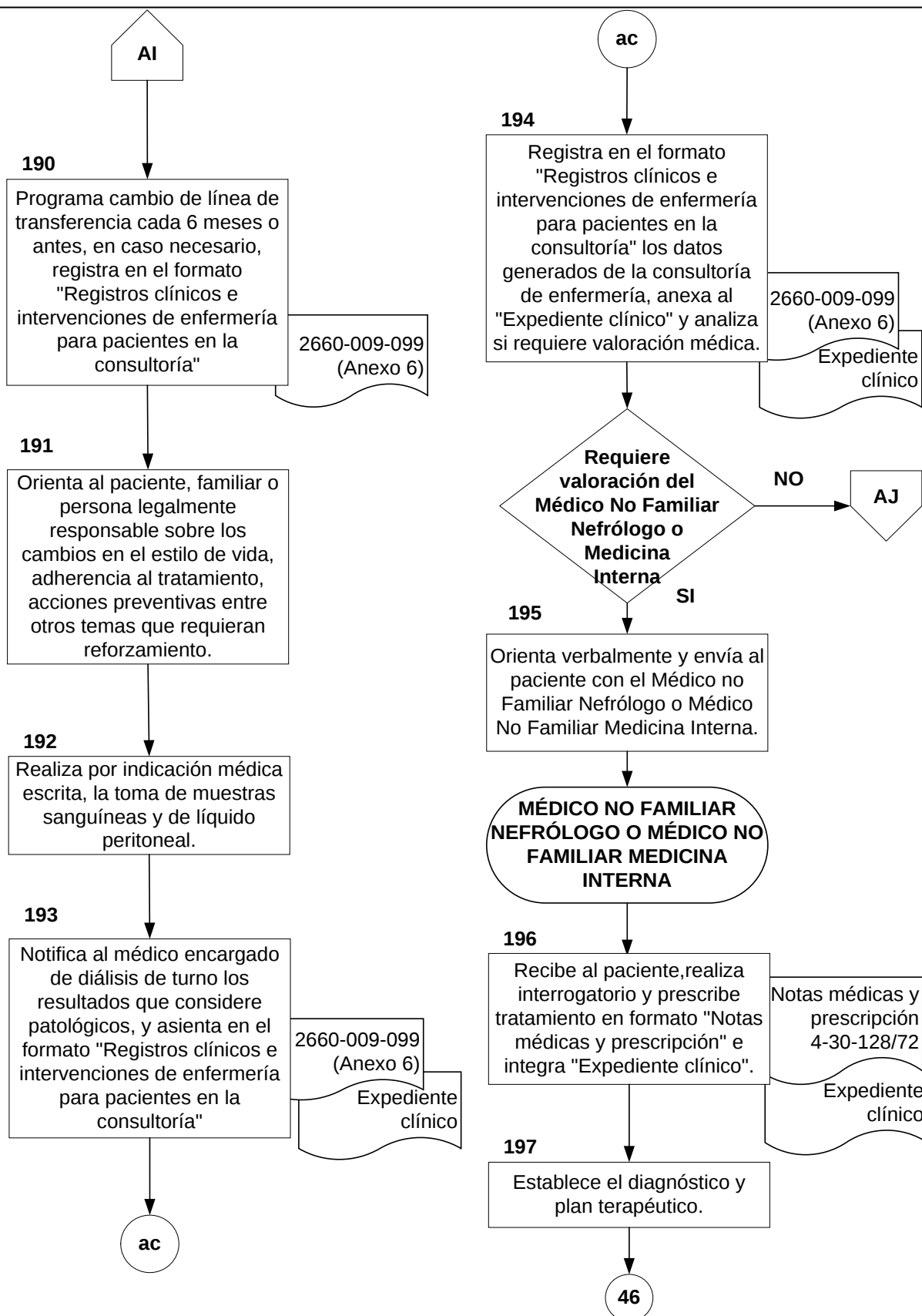


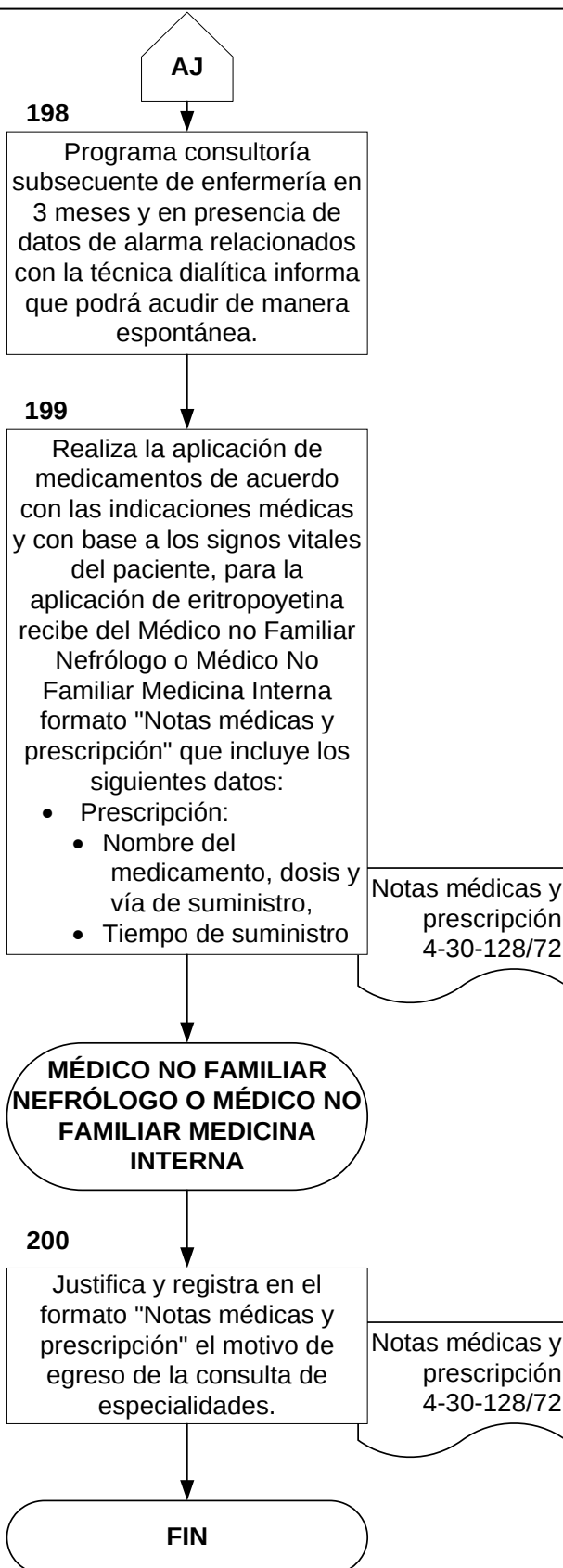














ANEXO 1

**Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades
2660-018-002**



ANEXO 1

Criterios médicos para otorgar diálisis en cualquiera de sus modalidades

1.- Diálisis Peritoneal

Modalidad Continua Ambulatoria. Criterios de inclusión

- Tasa de filtración glomerular estimada por las ecuaciones CKD EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) o MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) estadio 5, en presencia de alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y/o sobrecarga hídrica refractarias al tratamiento.
- Cavidad peritoneal útil.
- Estudio social que apruebe las condiciones mínimas de bioseguridad dentro de la vivienda para realizar el procedimiento en casa.
- Contar con red de apoyo familiar o persona legalmente responsable para llevar a cabo el tratamiento.
- Insuficiencia cardíaca congestiva no susceptible de recibir tratamiento con hemodiálisis.
- Padecimientos malignos fuera de tratamiento oncológico que por calidad de vida sean aptos para recibir el tratamiento o la cavidad peritoneal esté conservada.

Modalidad Automatizada. Criterios de inclusión

Todos los anteriores más:

- Pacientes con prueba de adecuación peritoneal con transporte alto.
- Paciente con red de apoyo frágil que imposibilite su inclusión a diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Casos específicos que sean aprobados por el Comité de diálisis.

Criterios de no inclusión a cualquier modalidad peritoneal

- Cavidad peritoneal no útil por transporte bajo.
- Antecedentes quirúrgicos que impidan realizar diálisis.
- Reporte de adherencias intra-abdominales identificadas por hallazgo quirúrgico o algún otro método diagnóstico, con reporte en hoja quirúrgica.
- Estomas abdominales definitivos.
- Defectos de la pared abdominal no corregibles o con alto riesgo de recidiva.
- Neoplasia intra-abdominal que no permita la colocación de catéter de diálisis.
- Endometriosis peritoneal.
- Enfermedad diverticular, colitis ulcerativa crónica inespecífica o Enfermedad de Crohn.
- Tuberculosis peritoneal.
- Insuficiencia hepática Child Pugh C.
- Enfermedad psiquiátrica no controlable.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Fístulas no corregibles que comuniquen a la cavidad peritoneal.
- Trastornos severos y no corregibles de la columna dorso-lumbar.
- Válvulas de derivación ventrículo peritoneal.

Clave: 2660-018-002



Criterios de exclusión

- Peritonitis refractaria o procesos infecciosos de la pared abdominal.
- Paciente geriátrico con red de apoyo nula.
- Pacientes con secuelas de enfermedades crónicas con escala Karnofsky <35.
- Falta de adherencia al tratamiento documentado en el Comité de diálisis.
- Fístula pleuro-peritoneal o del piso pélvico (peritoneo-escrotal, peritoneo-vaginal, vesico-vaginal).

2.- Hemodiálisis. Criterios de inclusión

- Tasa de filtración glomerular estimada por las ecuaciones CKD EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) o MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) estadio 5, no candidatos a diálisis peritoneal, en presencia de alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y/o sobrecarga hídrica refractarias al tratamiento.
- Pérdida de cavidad peritoneal de forma permanente documentada por cirugía general.
- Peritonitis que requiere reposo de cavidad peritoneal (12 semanas).
- Cirugía abdominal programada o reciente (12 semanas).
- De manera temporal los pacientes en protocolo de estudio para trasplante renal de donador vivo (12 semanas).
- Hipoalbuminemia severa (12 semanas).
- Portador de acceso vascular definitivo tipo fístula arteriovenosa o injerto, previa valoración por comité.
- Padecimientos malignos fuera de tratamiento oncológico que por calidad de vida sean aptos para recibir hemodiálisis y sin posibilidad de ingreso a diálisis peritoneal.

Criterios de no inclusión

- Cavidad peritoneal útil para diálisis peritoneal.
- Cardiopatías con fracción de eyección <30%.

Criterios de exclusión

- Agotamiento de accesos vasculares.
- Insuficiencia Hepática Crónica Child Pugh C.
- Cardiopatías con fracción de eyección <30%.
- Falta de apego al tratamiento.
- Paciente geriátrico con red de apoyo nula.
- Pacientes con secuelas de enfermedades crónicas con escala Karnofsky <35.

NOTA: Los casos de patologías específicas, serán valorados por el especialista correspondiente.

Hemodiálisis temporal y reposo de cavidad peritoneal se entenderá por temporalidad un máximo de 12 semanas.

Clave: 2660-018-002



ANEXO 2

**Minuta del Comité de diálisis
2660-009-169**



ANEXO 2

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL/ DIVISIÓN DE HOSPITALES

MINUTA DEL COMITÉ DE DIALISIS

Número de Minuta. 1

Fecha. 2

Hora. 3

Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria. 4

Siendo las _____ del día _____, reunidos en Hospital _____, en _____, da inicio la sesión del **Comité de diálisis**, representado por los siguientes integrantes del comité:

- Director 5
- Subdirector Médico 6
- Subdirector Administrativo 7
- Coordinador Clínico de Medicina Interna, Jefe de Servicio de Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna 8

Objetivo: Verificar el Procedimiento para otorgar el tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención (2660-003-057), vigente.

Se sesionan los casos de pacientes que en el periodo de la semana correspondiente al día de Mes _____ del presente año, ingresos, egresos o modificaciones en base a la conducta médica a seguir respecto a la modalidad dialítica que amerite, número de pacientes en Censo de Insuficiencia Renal Crónica (CIRC) y número de pacientes enviados a estudio para trasplante renal.

TABLA 1. Nombre de los ingresos al programa de diálisis

No	Folio	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	NSS	Agregado	Modalidad	Observación
	9			10	11		12	13

Clave:2660-009-169



TABLA 2. Número de pacientes incluidos en las diferentes modalidades del Programa de diálisis

Modalidad de diálisis	Número pacientes en censo Numeral	Número pacientes en el CIRC Mes anterior	Ingresos	Egresos	Total	Número de pacientes enviados a Trasplante renal
DPCA	14	18	19	20	21	22
DPA	15					
Hemodiálisis interna	16					
Hemodiálisis externa	17					

TABLA 3. Casos clínicos con problemática médica o Social

No.	Nombre del paciente	NSS	Problemática presentada	Resolución del Comité
	23	24	25	26

COMITÉ DE DIALISIS

27 NOMBRE	CARGO EN EL COMITÉ	28 FIRMA
Director	Presidente	
Subdirector Médico Coordinador Clínico de Medicina Interna, Coordinador Clínico de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria Jefe de Nefrología	Secretarios Médicos	Clave: 2660-009-169



Jefa de Medicina Interna		
Médicos	Vocales	
Enfermeras	Vocales	
Nutrición	Nutriólogos	
Psiquiatría o Psicología Clínica	Vocales	
Trabajo Social	Vocales	

Clave: 2660-009-169



ANEXO 2
Minuta del Comité de diálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Numero de Minuta	El número de minuta en forma consecutiva.
2	Fecha	La fecha en que se llevara cabo el Comité. dd/mm/aaaa, ejemplo 2/10/2020.
3	Hora	La hora en la que se lleva cabo el Comité de diálisis.
4	Unidad Médica	El nombre de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención donde se lleva a cabo el Comité.
5	Nombre del Director	El Nombre del Director de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención donde se llevara a cabo el Comité.
6	Nombre del Subdirector Médico	El Nombre del Subdirector de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención donde se llevara a cabo el Comité.
7	Nombre del Subdirector Administrativo	El Nombre del Subdirector Administrativo de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención donde se llevara a cabo el Comité.
8	Nombre del Coordinador Clínico de Medicina Interna, Coordinador Clínico de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, Jefe de servicio o Medicina Interna	El Nombre del Coordinador Clínico de Medicina Interna, Coordinador Clínico de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna.
9	Folio	El folio que recibe el caso del paciente presentado en comité.
10	Nombre del paciente	El nombre del paciente que ingresa al programa comenzando por apellido paterno, materno y nombre(s).

Clave: 2660-009-169



ANEXO 2
Minuta del Comité de diálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	NSS	El número de seguridad social a 11 dígitos con agregado médico asignado por el IMSS al paciente.
12	Modalidad	El Nombre de la modalidad en la que fue aceptado el paciente en el Comité de diálisis.
13	Observaciones	Las Observaciones que resulten de la resolución del Comité de diálisis.
14	Número de pacientes en diálisis peritoneal modalidad ambulatoria	El número de pacientes existentes hasta la fecha del Comité de diálisis.
15	Número de pacientes en diálisis peritoneal modalidad automatizada	El número de pacientes existentes hasta la fecha del Comité de diálisis.
16	Número de pacientes en Hemodiálisis interna	El número de pacientes existentes hasta la fecha del Comité de diálisis.
17	Número de pacientes en hemodiálisis externa	El número de pacientes existentes hasta la fecha del Comité de diálisis.
18	Número de pacientes existentes en el censo de insuficiencia renal crónica (CIRC)	El número de pacientes existentes en el CIRC al mes anterior.
19	Número de ingresos	El número consecutivo de las observaciones de los casos que tengan problemática que atender.
20	Número de egresos	El número consecutivo de las observaciones de los casos que tengan problemática que atender.
21	Total	El número total de pacientes que resulten en cada modalidad resultado de ingresos y egresos

Clave: 2660-009-169



ANEXO 2
Minuta del Comité de diálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
22	Número de pacientes enviados a trasplante	El número de pacientes referidos para estudio de trasplante
23	Nombre del paciente	El Nombre del paciente
24	NSS	El número de seguridad social a 11 dígitos y agregados médico, asignado por el IMSS al paciente.
25	Problemática encontrada	De forma breve la problemática encontrada.
26	Resolución del Comité de diálisis	La solución a la que llegó el Comité de diálisis.
27	Nombre de los asistentes Comité de diálisis	El nombre de cada uno de los asistentes al Comité.
28	Firma de los asistentes al Comité de diálisis	La firma de cada uno de los asistentes al Comité.

Clave: 2660-009-169



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado
2660-009-103



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL
DIVISIÓN DE HOSPITALES

Carta de Consentimiento informado

Unidad Médica Hospitalar 1	Fecha: 2
Nombre del paciente: 3	Fecha de nacimiento: 4
Edad: 5	No. de Seguridad Social: 6
Domicilio: 7	Número telefónico particular: 8
Nombre del familiar o persona legalmente responsable: 9	Número telefónico del familiar o persona legalmente responsable: 10

Con fundamento en la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico
El paciente
con
número de seguridad social identificación oficial número
, en el pleno uso de mis facultades mentales y en el ejercicio de mi
capacidad legal, o en su caso, el familiar, tutor o persona legalmente responsable, con
nombre , con identificación
número , parentesco con el paciente
.

MANIFIESTO:

1.- Que es mi plena voluntad; o en su caso, mi familiar, tutor o persona legalmente responsable, otorgar la autorización para ingresar al Hospital, con la finalidad de recibir la atención médica requerida por parte del equipo multidisciplinario asignado.

2.- Que el médico en número de
matrícula , cédula profesional número , me ha
informado con lenguaje CLARO y SENCILLO, en forma completa, amplia, suficiente
y aclaró mis dudas, sobre el diagnóstico establecido en mi persona que

Clave: 2660-009-103



ANEXO 3
Carta de consentimiento informado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre de la Unidad Médica Hospitalaria de segundo nivel de atención que otorga la atención.
2	Fecha de firma	La fecha en que se firma la Carta de consentimiento informado con formato dd/mm/aaaa Ejemplo: 12/05/2013
3	Nombre del paciente	El nombre del paciente iniciar por apellido paterno, materno y nombre (s).
4	Fecha de nacimiento	La fecha de nacimiento del paciente en formato dd/mm/aaaa, anotada en la Cartilla Nacional de Salud y citas médicas. Ejemplo: 12/05/1998.
5	Edad	Los años del paciente cumplidos al momento del registro.
6	Número de seguridad social	El número de seguridad social a 11 dígitos con agregado médico asignado por el IMSS al paciente, de acuerdo con la Cartilla nacional de salud y citas médicas. Ejemplo: 5481 54 2100-4 1M54OR
7	Domicilio	El domicilio completo donde habita el paciente empezando por: Calle, No externo, No interno, Colonia, Alcaldía y Entidad Federativa.
8	Teléfono particular	El o los números(s) telefónico(s) con los que cuente el paciente para su localización.
9	Nombre del familiar o persona legalmente responsable	El nombre del familiar o persona legalmente responsable autorizada para realizar el procedimiento dialítico.

Clave: 2660-009-103



ANEXO 3
Carta de consentimiento informado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	Teléfono del familiar o persona legalmente responsable	El o los número(s) telefónico(s) del familiar o persona legalmente responsable para localización.
11	Nombre del paciente	El nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
12	Número Identificación oficial	Los dígitos del número de identificación oficial
13	Tutor o personal legalmente responsable	El nombre de la persona legalmente responsable del paciente
14	Número identificación oficial	Los dígitos del número de identificación oficial
15	Parentesco	La relación parental que guarda con el paciente en su representación
16	Nombre del médico	El nombre del médico a realizar atención o procedimiento
17	Matrícula	La matrícula de identificación del médico quien realiza atención o procedimiento.
18	Cédula profesional	La cédula profesional del médico quien realiza atención o procedimiento.

Clave: 2660-009-103



ANEXO 4

Carta de disentimiento informado
2660-009-170



	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	OOAD	1
		Unidad Médica	2
	Carta de disentimiento informado	Servicio	3
		Cama o camilla	4
Fundamentos: Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 80, 81, 82, 83; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, numerales 4.2, 10.1, 10.1.2, 10.1.3, y apéndice 7.		Nombre	5
		Número de Seguridad Social	6
		Edad	7
En _____; a _____ de _____ del _____; siendo _____ las _____ horas, el _____ que suscribe _____, en _____ mi carácter de _____ con identificación oficial _____ respecto a la atención de _____; hago constar, que el médico me ha proporcionado información completa de el padecimiento, su estado actual y los riesgos inherentes al mismo; por lo que se me ha propuesto el acto, procedimiento o intervención quirúrgica descrita con fines de diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación, paliativo o de investigación; lo anterior fue realizado en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, explicándome los beneficios, posibles riesgos, complicaciones y secuelas derivadas del acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta así como la existencia de alternativas de atención y riesgos o complicaciones que pudieran surgir en caso de no aceptar. Así mismo hago constar que se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido derivadas de la información proporcionada, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho y he comprendido cabalmente toda la información otorgada. Por lo anterior, en pleno uso de mis facultades mentales y en el ejercicio de mi capacidad legal, libre de coacción, manifiesto bajo protesta de decir la verdad que expreso mi libre voluntad para NO AUTORIZAR el acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta.			
Acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta:		Diagnóstico previo al acto procedimiento o intervención quirúrgica propuesta	
El acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta es		Urgente	
Beneficios		Riesgos	
Alternativas de atención		Riesgos o complicaciones en caso de no aceptar el acto, procedimiento o intervención quirúrgica	
Así mismo hago constar que el médico me informó el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento, manifestarla y en su caso formalizar mi decisión a través de la Carta de			

Clave: 2660-009-170



consentimiento informado. Por otro lado; con base a mi decisión, eximo a la Unidad Médica Hospitalaria así como a su personal médico, paramédico y administrativo de toda responsabilidad sobre el paciente.

Nombre completo y firma del paciente, familiar,
tutor o representante legal

20

Nombre completo y firma del testigo

22

Nombre completo, matrícula y firma del médico
tratante

21

Nombre completo y firma del testigo

23

Clave 2660-009-170



ANEXO 4
Carta de disentimiento informado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada a la que pertenece la Unidad Médica Hospitalaria.
2	Unidad Médica	El nombre y clave de la Unidad Médica Hospitalaria, ejemplo: Hospital General de Zona No. 27 Tlatelolco
3	Servicio	El nombre del Servicio de la Unidad Médica Hospitalaria; responsable del acto, procedimiento o intervención quirúrgica.
4	Cama o camilla	El número de cama o camilla del servicio donde se encuentra el paciente.
5	Nombre	El nombre completo del paciente iniciando con el nombre y apellidos
6	Número de seguridad social	El número de seguridad social a 11 dígitos y agregado médico, asignado al derechohabiente o usuario del servicio. Ejemplo: 0000 00 0000-5 1M0000 OR
7	Edad	La edad del paciente en años para personas adultas y mayores de 2 años; años y meses para menores de 2 años; semanas y días para menores de un mes; y días para menores de una semana. Ejemplo: 35 años; 2 años 3 meses; 4 semanas 3 días; y 5 días.
8	Lugar y fecha	El lugar, fecha y hora de la propuesta del acto, procedimiento o intervención quirúrgica Ejemplo: En Tecate, Baja California; a 03 de Septiembre del 2022, siendo las 23:30 horas
9	El que suscribe_____	El nombre completo del paciente y en su caso; familiar, acompañante o representante legal.
10	Parentesco	Ejemplo 1: En mi carácter de esposo Ejemplo 2: Paciente.

Clave 2660-009-170



ANEXO 4
Carta de disentimiento informado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR			
11	Con identificación oficial _____	La identificación oficial con la que se identifica el paciente, familiar, acompañante o representante legal.			
12	Respecto a la atención de _____	El nombre completo del paciente.			
13	Acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta:	Ejemplo 1 (Acto): Ingreso al Área de Observación del Servicio de Urgencias. Ejemplo 2: (Procedimiento o Intervención quirúrgica): Colocación de Sonda Endopleural Colocación de Catéter Central			
14	Diagnóstico previo al acto procedimiento o intervención quirúrgica propuesta	El diagnóstico previo al acto procedimiento o intervención quirúrgica propuesta			
15	El acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta:	Una (X) si es acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta es: urgente o programada. Ejemplo: <table><tr><td>X</td><td>Urgente</td><td>Programada</td></tr></table>	X	Urgente	Programada
X	Urgente	Programada			
16	Beneficios	Los beneficios que podrá obtener el paciente al aceptar el acto, procedimiento o intervención quirúrgica.			
17	Riesgos	Los posibles riesgos a los que está expuesto el paciente al realizar el procedimiento o intervención quirúrgica.			
18	Alternativas de atención	Las posibles alternativas respecto al acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta.			
19	Riesgos o complicaciones en caso de no aceptar el acto,	Los posibles riesgos o complicaciones en caso de no aceptar el acto, procedimiento o intervención quirúrgica			

Clave 2660-009-170



ANEXO 4
Carta de disentimiento informado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

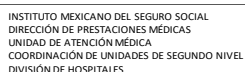
No.	DATO	ANOTAR
	procedimiento o intervención quirúrgica	
20	Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o representante legal	El nombre completo seguido por los apellidos, con firma o huella digital. Ejemplo: José Luis Sosa Marín.
21	Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante	El nombre completo, seguido por los apellidos, con número de matrícula y firma de la o el médico tratante. Ejemplo: Dr. Ramón Jiménez Flores 2732637
22	Nombre completo y firma del testigo	El nombre completo seguido por los apellidos, con firma o huella digital de las personas testigos. Ejemplo: Jorge Martín Espinoza
23	Nombre completo y firma del testigo	El nombre completo seguido por los apellidos, con firma o huella digital de las personas testigos. Ejemplo: Jorge Martín Espinoza

Clave 2660-009-170



ANEXO 5

**Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
2660-009-174**



FORMATO DE CONTROL DE DIALISIS PERITONEAL INTRAHOSPITALARIA

OOAD _____ ① _____ UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA _____ ② _____
 NOMBRE DEL PACIENTE _____ ③ _____ NO. DE AFILIACIÓN: _____ ④ _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ ⑤ _____
 EDAD: _____ ⑥ _____ SEXO: M _____ ⑦ _____ F _____ PESO INICIAL: _____ ⑧ _____ KG. PESO FINAL: _____ ⑨ _____ KG.
 CONCENTRACIÓN SOLUCIÓN DE DIÁLISIS: ☐ 1.0 _____ ⑩ _____ 2.5% ☐ 4.25% VOLUMEN DE SOLUCIÓN _____ ⑪ _____ ML. TIEMPO DE ESTANCIA: _____ ⑫ _____
 FECHA DE INGRESO: _____ / _____ / _____ ⑬ _____ ALERGIAS: No _____ ⑮ _____ Si _____ Cual _____ NÚMERO DE CAMA: _____ ⑭ _____

[illegible]

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	Con tinta de color azul, registrar el nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. Ejemplo: Estado de México Oriente NOTA: La tinta de los turnos corresponderá de la siguiente forma: turno matutino – azul, turno vespertino – verde y turno nocturno – rojo.
2	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	Con tinta del color azul, el número y nombre de la Unidad de Atención Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No. 1 “Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas”
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Con tinta del color azul, el nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el “Expediente clínico”. Ejemplo 1: Negrete Velasco María de la Luz. En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre las iniciales R/N y la palabra “Hombre” o “Mujer” según corresponda. Ejemplo 1: Ruíz Ramos R/N “Hombre.
4	NO. DE FILIACIÓN	Con números arábigos y tinta de color azul, el número de filiación y los dígitos (números y letras) que conforman el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá transcribirse del formato “Hoja de Alta Hospitalaria”, Alta 1/21 clave 2E10-009-013, contenido en el expediente clínico.
5	FECHA DE NACIMIENTO	Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año de nacimiento del paciente, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: <u>20 / 04 / 2001.</u>

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
6	EDAD	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años. En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses. Ejemplo 3: 10 meses.
7	SEXO	Con tinta de color azul, el signo convencional (✓) según sea el caso sobre la línea según "H" HOMBRE o "M" MUJER Ejemplo 1: H ✓ Ejemplo 2: M ✓
8	PESO INICIAL	El peso del paciente en kilogramos obtenido antes de la diálisis
9	PESO FINAL	El peso del paciente en kilogramos obtenido al final de la diálisis
10	CONCENTRACIÓN SOLUCIÓN DE DIÁLISIS	Con tinta de color al turno correspondiente, el signo convencional según sea el caso sobre la concentración de la solución dializante prescrita. Ejemplo: 1.5%. ✓
11	VOLUMEN DE SOLUCIÓN	Con número arábigo la cantidad de solución a infundir de acuerdo con la prescripción médica.
12	TIEMPO DE ESTANCIA	Con número arábigo el tiempo de permanencia de los recambios de acuerdo con la prescripción médica.
13.	FECHA DE INGRESO	Con números arábigos, día, mes y año, en el que el paciente es ingresado, en con tinta de color al turno correspondiente el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																								
		un “0” a la izquierda. Ejemplo: 09 / 04 / 2018																								
14	NUMERO DE CAMA	Con números arábigos y con tinta de color al turno correspondiente , el número de cama asignada para la estancia hospitalaria																								
15	ALERGIAS	El signo convencional () de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo al interrogatorio y en caso de alergia, especificar con tinta de color rojo. Ejemplo 1: <table><tr><td colspan="6">ALERGIAS</td></tr><tr><td>NO</td><td>☒</td><td>SI</td><td></td><td>CUAL</td><td></td></tr></table> Ejemplo 2: <table><tr><td colspan="6">ALERGIAS</td></tr><tr><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>☒</td><td>CUAL</td><td>Penicilina</td></tr></table>	ALERGIAS						NO	☒	SI		CUAL		ALERGIAS						NO		SI	☒	CUAL	Penicilina
ALERGIAS																										
NO	☒	SI		CUAL																						
ALERGIAS																										
NO		SI	☒	CUAL	Penicilina																					
16	FECHA	Fecha de inicio del tratamiento intrahospitalario																								
17	NÚMERO DE RECAMBIO	Con número arábigo el número de recambio a realizarse del total de recambios prescritos por el médico.																								
18	CONCENTRACIÓN (1.5%) (2.5%) (4.25%)	Con numero arábigo el número correspondiente al % de concentración de la solución dializante de acuerdo con la prescripción médica. Ejemplo: 1.5%																								
19	VOLUMEN EN ML.	Con número arábigo la cantidad total de solución dializante infundida durante el recambio realizado. Ejemplo: 2000																								
20	HORA DE INICIO	Con números arábigos y con sistema de 24 horas, la hora de inicio de la infusión del líquido de diálisis.																								

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 22:00 horas.
21	HORA DE TERMINO	Con números arábigos y con sistema de 24 horas, la hora de término de la infusión del líquido de diálisis. Ejemplo: 22:15 horas.
22	HORA DE INICIO	Con números arábigos y con sistema de 24 horas la hora de inicio del egreso de la solución dializante. Ejemplo: 06:00 horas.
23	HORA DE TERMINO	Con números arábigos y con sistema de 24 horas la hora de término del egreso de la solución dializante. Ejemplo: 06:15 horas.
24	VOLUMEN EN ML.	Con número arábigo la cantidad total de solución dializante que egresa durante el recambio realizado. Ejemplo: 2000
25	BALANCE PARCIAL	Con números arábigos la cantidad que resulte de la diferencia de los mililitros infundidos menos los mililitros egresados anteponiendo el signo positivo o negativo según corresponda. Ejemplo 1: Mililitros infundidos.....2000 ml restar Mililitros egresados.....2500 ml Balance parcial.....-500 ml Ejemplo 2: Mililitros infundidos.....2000 ml restar Mililitros egresados.....1500 ml Balance parcial.....+500 ml

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
26	TOTAL	Con números arábigos la cantidad que resulte de la suma o resta de los mililitros con relación al balance total inmediato anterior y el resultado del balance parcial actual obtenido del último recambio de acuerdo con la siguiente regla de signos: Signos iguales se suman y se queda el mismo signo: Ejemplo 1: Balance Total anterior.....-3000 sumar Balance parcial actual.....-200 Balance Total a registrar...-3200 Ejemplo 2: Balance Total anterior.....+3000 sumar Balance parcial actual.....+200 Balance Total a registrar...+3200 Signos diferentes se restan y se queda el signo del número mayor. Ejemplo 1: Balance Total anterior.....+3000 restar Balance parcial actual.....-200 Balance Total a registrar...+2800 Ejemplo 2: Balance Total anterior.....-3000 restar Balance parcial actual.....+200 Balance Total a registrar...-2800
27	T A	Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial al paciente; arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica, con tinta de color de acuerdo al turno.

Ejemplo:

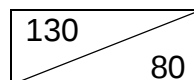
T.A.

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------



28	OBSERVACIONES	Los datos e información complementaria que se considere necesaria, así como los aspectos relevantes no observados en otros apartados.
----	---------------	---

NOTA: Únicamente registrar aspectos inherentes al paciente.

29	FECHA	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el llenado del formato, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.
----	-------	---

Ejemplo: 01 / 04 / 23.

30	DÍA DE TRATAMIENTO	El número de días que tiene con el tratamiento el paciente, con número arábigo, con tinta de color rojo y en forma progresiva.
----	--------------------	--

Ejemplo: 3

NOTA: Los pacientes que ingresen minutos antes de las 24 horas, anotar (1) en el espacio correspondiente y (0) si el ingreso ocurre después de las 24 horas.

31	E.G./A.E.G.	La inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido de la Enfermera Especialista o Enfermera General responsable de la atención del paciente.
----	-------------	--

Ejemplo: N. De la Rosa.

32	EJP	La inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido de la Enfermera Jefe de Piso responsable del servicio o área que supervisa el cumplimiento del esquema terapéutico, las actividades de cuidado e intervenciones, así como el registro oportuno, suficiente, preciso, confiable y legible de los datos.
----	-----	---

Clave: 2660-009-174



ANEXO 5
Formato de control de diálisis peritoneal intrahospitalaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

Ejemplo: I. Montes.

33	SJE	
----	-----	--

La inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido de la Subjefe de Enfermeras, responsable del servicio o área que supervisa este formato.

Ejemplo: D. Gómez.

Clave: 2660-009-174



ANEXO 6

**Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en la consultoría
2660-009-099**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL
DIVISIÓN DE HOSPITALES

FORMATO REGISTROS CLÍNICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN LA CONSULTORÍA

OOAD: 1		UNIDAD DE ATENCIÓN: 2	
NOMBRE DEL PACIENTE: 3		No DE SEGURIDAD SOCIAL: 4	
EDAD: 6		FECHA: 5	
SEXO: 7		TALLA: 8	
GRUPO Y RH: 9		UMF: 10	
TURNO: 11		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA: 12	
FECHA DE CAPACITACIÓN INICIAL: 14		FECHA DE REFORZAMIENTO DE LA CAPACITACIÓN: 15	
TIPO DE CATÉTER: 16		MODALIDAD: 17	
DIAGNOSTICO MEDICO: 18		FECHA DEL ÚLTIMO PANEL VIRAL: 21	
SEROPOSITIVIDAD: 19		ALERGIAS: 20	
VHC: 19		CUAL: 21	
PARÁMETROS		FECHA: 22	
SIGNOS VITALES		PRESIÓN ARTERIAL: 23	
		FRECUENCIA CARDIACA: 24	
		FRECUENCIA RESPIRATORIA: 25	
		TEMPERATURA: 26	
		EVA: 27	
		SATURACIÓN DE OXÍGENO: 28	
GLUCEMIA		29	
PESO		PESO REAL: 30	
		PESO SECO: 31	
		PESO IDEAL: 32	
BALANCE HÍDRICO		POSITIVO: 33	
		NEGATIVO: 34	
SINTOMATOLOGÍA		DISNEA: 35	
		REPOSO: 36	
		ACTIVIDAD: 37	
		INSOMNIO: 38	
		DEBILIDAD: 39	
		DISGEUSIA: 40	
		ANOREXIA: 41	
		NAUSEA: 42	
		VÓMITO: 43	
		OTROS: 44	
VALORACIÓN DEL SITIO DE SALIDA		SANO: 45	
		NO SANO: 46	
VALORACIÓN PODOLOGICA		INTEGRIDAD DE LA PIEL: 47	
		LLENADO CAPILAR: 48	
PRESCRIPCIÓN DPCA		SOLUCIÓN 1.5%: 49	
		SOLUCIÓN 2.5%: 50	
		SOLUCIÓN 4.25%: 51	
PRESCRIPCIÓN DPA		VOLUMEN TOTAL: 52	
		TIEMPO TRATAMIENTO: 53	
		VOLUMEN INFUNDIDO: 54	
		VOLUMEN ÚLTIMA INFUSIÓN: 55	
		RECAMBIO DIURNO: 56	
EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN		FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: 57	
		MOTIVO: 58	
		DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 59	
CAMBIO DE CATÉTER		FECHA: 60	
		MOTIVO DE CAMBIO DE CATÉTER: 61	
		TÉCNICA DE COLOCACIÓN: 62	
PRUEBA DE ADECUACIÓN PERITONEAL		FECHA DE PRUEBA DE ADECUACIÓN: 63	
		TIPO DE TRANSPORTADOR: 64	
RESULTADO DE PRUEBA DE EQUILIBRIO		ALTO (A), PROMEDIO ALTO (PA), PROMEDIO BAJO (PB) Y: 65	
RIESGOS DE INFECCIÓN AV: 63			
HD		UF TOTAL: 64	
PRESCRIPCIÓN MÉDICA		KTV: 65	
SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS POR EL PACIENTE		66	

Clave: 2660-009-099



CAMBIO DE LINEA DE TRANSFERENCIA			
FECHA DE INSTALACIÓN	67		
FECHA DE PROGRAMACIÓN PARA EL CAMBIO	68		
MOTIVO DEL CAMBIO LINEA DE TRANSFERENCIA	69		
EVENTOS DE PERITONITIS			
FECHA DE PRIMER EVENTO DE PERITONITIS	70		
FECHA DE RECURRENCIA	71		
TOMA DE CITOLOGIA	72		
TOMA DE CULTIVO	73		
TRATAMIENTO MEDICO	74		
COMPLICACIÓN RELACIONADA APERITONITIS	75		
CONSULTA DE ENFERMERÍA			
FECHA	76		
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	77		
PROBLEMAS O NECESIDADES DETECTADAS	78		
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	79		
ACTIVIDADES EDUCATIVAS	80		
RESULTADOS	81		
OBSERVACIONES	82		
FECHA PROXIMA CITA	83		
ENFERMERA RESPONSABLE	84		
EJP/SJE	85		

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	Con tinta de color azul, registrar el nombre del OOAD. Ejemplo: Estado de México Oriente NOTA: La tinta de los turnos corresponderá de la siguiente forma: turno matutino – azul, turno vespertino – verde y turno nocturno – rojo.
2	UNIDAD DE ATENCIÓN	El tipo, número y nombre de la Unidad de Atención correspondiente. Con tinta del color azul, el número y nombre de la unidad de atención médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No. 1 “Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas”
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Con tinta del color azul, el nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con tarjeta de salud y expediente clínico. Ejemplo 1: Negrete Velasco María de la Luz. En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre las iniciales R/N y la palabra “Hombre o Mujer” según corresponda. Ejemplo 1: Ruíz Ramos R/N Hombre.
4	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL	Con números arábigos y tinta de color azul, el número de seguridad social y los dígitos (números y letras) que conforman el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá transcribirse del formato “Hoja de Alta Hospitalaria”, Alta 1/21 clave 2E10-009-013, contenido en el expediente clínico. Ejemplo: 3091-73-80121m1976or

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
5	FECHA	Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda. Ejemplo: <u>20 / 04 / 2001.</u>
6	EDAD	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años. En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses. Ejemplo 3: 10 meses.
7	SEXO	Con tinta de color azul, el signo convencional () según sea el caso sobre la línea según "H Hombre o M Mujer" ✓ Ejemplo 1: H_____ Ejemplo 2: M_____ ✓
8	TALLA	Con tinta de color azul, el valor obtenido de la medición de la estatura del paciente en metro y centímetros o en su caso en centímetros, al ingreso. Ejemplo 1: 1.70 cm. Ejemplo 2: 0.50 cm.
9	GRUPO Y RH	Con tinta de color azul, el grupo sanguíneo del paciente de acuerdo a la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB, etc. Así como el antígeno Rh: Negativo o Positivo. ejemplo: O Negativo

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	UMF	La Unidad de Medicina Familiar de adscripción
11	TURNO	El turno en el que se realiza el procedimiento para la valoración.
12	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	Números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el que el paciente es ingresado al programa en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda. Ejemplo: <u>09/04/2023</u>
13.	FECHA DE INSTALACIÓN DEL CATÉTER	La fecha de instalación del catéter en formato dd/mm/aa Ejemplo: <u>08/09/2023</u>
14	FECHA DE CAPACITACIÓN INICIAL	La fecha en la que el paciente recibe la primera capacitación relacionado con su tratamiento y patología, en formato dd/mm/aa Ejemplo: 02/06/2022
15	FECHA DE REFORZAMIENTO DE CAPACITACIÓN	La fecha en la que el paciente recibió reforzamiento de la capacitación realcionada con su tratamiento y patología, en formato, dd/mm/aa Ejemplo: 25/10/2022
16	TIPO DE CATÉTER	El tipo de catéter: recto o espiral, en su caso, si es HD el tipo de catéter temporal o definitivo.
17	MODALIDAD	En el caso de diálisis peritoneal, la modalidad que recibe el paciente, ya sea DPCA o DPA.

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																								
18	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Con tinta de color azul, el diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado en el formato “Notas Médicas y Prescripción”, clave: 4-30-128/72.																								
19	SEROPOSITIVIDAD	Ejemplo: Rnfermedad Renal Crónica. El signo convencional (✓) de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo a Seropositividad a VHB, VHC, VIH u otro.																								
20	ALERGIA	El signo convencional (✓) de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo al interrogatorio y en caso de alergia, especificar con tinta de color rojo. Ejemplo 1: <table border="1"><tr><td colspan="6">Alergias</td></tr><tr><td>No</td><td>✓</td><td>Si</td><td></td><td>cual</td><td></td></tr></table> Ejemplo 2: <table border="1"><tr><td colspan="6">Alergias</td></tr><tr><td>No</td><td></td><td>Si</td><td>✓</td><td>cual</td><td>penicilina</td></tr></table>	Alergias						No	✓	Si		cual		Alergias						No		Si	✓	cual	penicilina
Alergias																										
No	✓	Si		cual																						
Alergias																										
No		Si	✓	cual	penicilina																					
21	FECHA DEL ÚLTIMO PANEL VIRAL	Con números arábigos y de color azul día, mes y año, en el que se realizó el último estudio de panel viral, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda en caso de contar con este dato. Ejemplo: 05/07/2019.																								
22	FECHA	La fecha de la consulta de enfermería en formato dd/mm/aaaa																								
23	PRESIÓN ARTERIAL	Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro al paciente. Ejemplo: 130/90																								

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
25	FRECUENCIA RESPIRATORIA	El valor obtenido de la cuantificación de la frecuencia respiratoria del paciente
26	TEMPERATURA	El valor obtenido de la cuantificación de la temperatura axilar del paciente por tres minutos
27	EVA	El resultado obtenido de la aplicación de la herramienta elegida para evaluar el dolor, de acuerdo a la edad y características clínicas del paciente de manera estandarizada. Utilice la escala visual análoga en mayores de 8 años; solicite al paciente seleccionar en escala del 0 al 10, el número que mejor evalúe la intensidad del dolor, donde 0 representa ausencia de dolor y el 10 el peor dolor. Pregunte al paciente, la frecuencia, localización y duración del dolor y registre en este apartado. ejemplo: 8.
28	SATURACIÓN DE OXIGENO	El valor obtenido de la cuantificación de la saturación de oxígeno
29	GLUCEMIA CAPILAR	El resultado obtenido de la toma de glucosa capilar
30	PESO REAL	El peso del paciente en kilogramos obtenido durante la Consulta
31	PESO SECO	El peso del paciente en kilogramos libre de edema e hipertensión
32	PESO IDEAL	El peso del paciente en kilogramos con base en su índice de masa corporal
33	BALANCE HÍDRICO POSITIVO	La cantidad estimada en mililitros, resultado del cálculo entre los ingresos y egresos que den como resultado un balance positivo
34	BALANCE HÍDRICO NEGATIVO	La cantidad estimada en mililitros, resultado del cálculo entre los ingresos y egresos que den como resultado

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
35	DISNEA CON REPOSO	un balance negativo La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la disnea en estado de reposo y la palabra no cuando suceda lo contrario
36	DISNEA CON ACTIVIDAD	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la disnea con actividad del paciente y la palabra “no” cuando suceda lo contrario
37	INSOMNIO	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la sintomatología descrita y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
38	DEBILIDAD	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la sintomatología descrita y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
39	DISGEUSIA	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la sintomatología descrita y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
40	ANOREXIA	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la sintomatología descrita y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
41	NAUSEAS	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración física de enfermería, se encuentre presente la sintomatología descrita y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
42	VÓMITO	La palabra “sí” cuando al interrogatorio y la exploración y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
43	OTROS	Todos los síntomas subjetivos referidos por el paciente
44	VALORACIÓN DEL SITIO DE SALIDA SANO	La palabra “sí” cuando a la exploración física de enfermería, se observe un sitio de salida sin datos de infección o datos de alarma y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
45	VALORACIÓN DEL SITIO DE SALIDA NO SANO	La palabra “sí” cuando a la exploración física de enfermería, se observe un sitio de salida sin datos de infección o datos de alarma y la palabra “no” cuando suceda lo contrario. Se considera la siguiente tabla:

Evaluación Clínica del sitio de salida

Hallazgo	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos
Hinchazón	No	< 0.5 cm	> 0.5 en túnel
Costra	No	< 0.5 cm	> 0.5 cm
Eritema	No	< 0.5 cm	> 0.5 cm
Dolor	No	Leve	Importante
Secreción	No	Seroso	Purulento

Clasificación del sitio de salida

Hallazgo físico	Perfecto	Bueno	Equívoco	Infección aguda (<4 semanas)	Infección crónica (>4 semanas)
-----------------	----------	-------	----------	------------------------------	--------------------------------

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO ANOTAR

Hinchazón	No	No	No	Puede estar presente	Puede estar presente
-----------	----	----	----	----------------------	----------------------

Costra	No	No o pequeña y fácil de remover	No o pequeña fácil de remover	Presente	presente y difícil de desprender
--------	----	---------------------------------	-------------------------------	----------	----------------------------------

Eritema	No	No	Rosa brillante < de 13 mm	Rosa brillante o rojizo > de 13 mm	Rosa brillante o rojizo < 13 mm
---------	----	----	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Dolor	No	No	No	Puede estar presente	Raro, puede estar presente sobre el cojinete
-------	----	----	----	----------------------	--

Secreción	No	Externa: No Seno: Escasa y clara	Externa: No Seno: Purulento o sanguinolenta	Externa y seno: Purulenta o sanguinolenta espontanea a la presión	Externa y seno: Purulenta o sanguinolenta
-----------	----	-------------------------------------	--	---	---

46 INTEGRIDAD DE LA PIEL La palabra “sí” cuando a la exploración física de enfermería, se observe integra y sin evidencia de daño aparente o lesión, la piel de los pies del paciente y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.

47 LLENADO CAPILAR Con números arábigos los segundos que tarda la sangre en regresar al tejido, indicado por el retorno del color rosado a la uña.
Ejemplo: 2”

Nota: El llenado capilar normal debe ser menor a 2”, cuando exista retardo en el llenado capilar mayor a 5 segundos se deberá avisar inmediatamente al médico tratante.

PRESCRIPCIÓN DPCA

48 SOLUCIÓN 1.5%, 2.5% Y 4.25% Con número arábigo la cantidad de bolsas de solución de diálisis de acuerdo a la concentración indicada por el médico, en la fila correspondiente. Ejemplo:

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

Prescripción DPCA	1.5	2
	2.5	2
	4.25	0
Prescripción DPA	1.5	2
	2.5	2
	4.25	0
	Prescripción para el recambio	1:1

PRESCRIPCIÓN DPA

- | | | |
|----|-------------------------|--|
| 49 | VOLUMEN TOTAL | Con número arábigo la cantidad total de solución infundida durante la sesión prescrita por el médico |
| 50 | TIEMPO DE TRATAMIENTO | Con número arábigo el tiempo de permanencia de cada recambio |
| 51 | VOLUMEN INFUNDIDO | Con número arábigo la cantidad de solución de diálisis que se infunde en cada recambio |
| 52 | VOLUMEN ÚLTIMA INFUSIÓN | Con número arábigo la cantidad de mililitros que se infunden al final de la sesión |
| 53 | RECAMBIO DIURNO | Con número arábigo la cantidad de recambios diurnos prescritos por el médico |

EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 54 | FECHA DE HOSPITALIZACIÓN | La última fecha en la que el paciente fue hospitalizado antes de la consulta actual de enfermería, en formato dd/mm/aaaa |
| 55 | MOTIVO | El motivo de hospitalización derivado del interrogatorio al paciente. |
| 56 | DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN | Con número arábigo el número total de días que el paciente permaneció hospitalizado. |

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		CAMBIO DE CATÉTER
57	FECHA	La fecha en la que el catéter fue cambiado en formato dd/mm/aaaa, actualizándose de manera continua.
58	MOTIVO DE CAMBIO CATÉTER	La causa por la cual se cambió el catéter: mecánica (obstrucción, disfunción, ruptura), infecciosa (colonización) u otra.
59	TÉCNICA DE COLOCACIÓN	La técnica empleada en la colocación del catéter ya sea percutánea y/o quirúrgica

PRUEBA DE ADECUACIÓN PERITONEAL

60	FECHA PRUEBA DE ADECUACIÓN PERITONEAL	La fecha en que se realiza la prueba, en formato dd/mm/aaaa. La cual se deberá realizar al primer mes de ingresar a una modalidad domiciliaria y cada 6 meses. Nota: La prueba de adecuación peritoneal determina el tipo de transporte de la membrana peritoneal, basado en la concentración de solutos y el transporte de agua en el dializado y el plasma (D/P).
61	TIPO DE TRANSPORTADOR	El tipo de transportador de acuerdo con la siguiente clasificación: (A) alto, (PA) promedio alto, (PB) promedio bajo y (B) bajo.

	Ultrafiltración	Aclaramiento	Volumen drenaje en ml	Prescripción de terapia dialítica
A) alto	Pobre	Adecuado	1.580 - 2.084	DPA-DPCA
(PA) promedio alto	Adecuada	Adecuada	2.085-2.367	DPCA
(PB) promedio bajo	Alta	Adecuada	3,369-2.650	DPCA
		Inadecuada		DPCA altas dosis DPA
(B) Bajo	Excelente	Inadecuada	2.651-3.326	DPA-Hemodiálisis

62	RESULTADO DE LA	Registre el resultado (A) alto, (PA) promedio alto, (PB)
----	-----------------	--

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	PRUEBA DE EQUILIBRIO	promedio bajo y (B) bajo.
		HEMODIÁLISIS (HD)
63	RIESGOS DE INFECCIÓN AV	Los riesgos de infección identificados en el sitio de inserción del acceso vascular o fístula arteriovenosa.
64	ULTRAFILTRACIÓN TOTAL	El total en mililitros de la última ultrafiltración obtenida en la sesión de hemodiálisis.
65	Kt/V	El cálculo de la dosis de diálisis otorgada y registrada en la prescripción médica.
66	SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS POR EL PACIENTE	Los signos y síntomas referidos por el paciente antes durante y después de su sesión de hemodiálisis.

CAMBIO DE LÍNEA DE TRANSFERENCIA

67	FECHA DE INSTALACIÓN	La fecha de instalación de la línea de transferencia en formato dd/mm/aaaa.
68	FECHA DE PROGRAMACIÓN PARA CAMBIO DE LÍNEA	La fecha de programación para cambio de línea de transferencia cada 6 meses o cuando sea necesario de acuerdo con la prescripción médica.
69	MOTIVO DE CAMBIO DE LÍNEA DE TRANSFERENCIA	La causa por la que fue necesario el cambio de línea, incluyendo el cambio programado.

EVENTO DE PERITONITIS

70	FECHA DEL PRIMER EVENTO DE PERITONITIS	La fecha en la que el paciente haya presentado un evento confirmado de peritonitis posterior a 4 semanas de concluido el tratamiento con el mismo germen, en formato dd/mm/aaaa
----	--	---

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
71	FECHA DE RECURRENCIA	La fecha en la que el paciente haya presentado un evento confirmado de peritonitis posterior a 4 semanas de concluido el tratamiento con el mismo germen, en formato dd/mm/aaaa
72	TOMA DE CITOLOGÍA	La palabra “sí” cuando al paciente le hayan tomado el estudio citológico correspondiente al evento de peritonitis y la palabra “no” cuando suceda lo contrario
73	TOMA DE CULTIVO	La palabra “sí” cuando al paciente le hayan tomado el cultivo correspondiente al evento de peritonitis y la palabra “no” cuando suceda lo contrario
74	TRATAMIENTO MÉDICO	La palabra “sí” cuando el paciente haya recibido tratamiento médico para el evento de peritonitis y la palabra “no” cuando suceda lo contrario
75	COMPLICACIÓN RELACIONADA AL EVENTO DE PERITONITIS	El nombre de la complicación derivada del evento de peritonitis: pérdida de cavidad peritoneal, sepsis, defunción, otra.

CONSULTA DE ENFERMERÍA

76	FECHA	El día, mes y año correspondientes a la fecha en la que se otorga la consulta de Enfermería, la cual debe coincidir con la descrita en el numeral 3 del presente instructivo.
77	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	Los datos por orden de prioridad, derivados de la exploración física céfalo-caudal y la entrevista con el paciente, los signos y síntomas que se registren estarán basados en una cuidadosa valoración y comunicación efectiva con el paciente, familia o persona legalmente responsable.

Clave: 2660-009-099



ANEXO 6
Formato registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en la
consultoría
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
78	PROBLEMAS O NECESIDADES DETECTADAS	Las respuestas humanas del paciente por orden de prioridad a los problemas de salud reales y/o de alto riesgo.
79	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Los cuidados e intervenciones específicas proporcionados durante la consulta de enfermería, dirigidas a resolver o mitigar las respuestas humanas del paciente.
80	ACTIVIDADES EDUCATIVAS	Las actividades específicas de educación y auto cuidado a la salud proporcionadas al paciente, familia o persona legalmente responsable durante la consulta de enfermería.
81	RESULTADOS	La evolución y respuesta del paciente derivada de los cuidados de enfermería, así como el avance en el aprendizaje y el auto cuidado a la salud.
82	OBSERVACIONES	Las observaciones e información complementaria que se considere necesaria del caso, así como los aspectos relevantes no considerados en otros apartados.
83	FECHA PRÓXIMA CITA	La fecha programada para la consulta de enfermería subsecuente, en formato dd/mm/aaaa
84	ENFERMERA RESPONSABLE	La inicial del nombre, el primer apellido y matrícula de la Enfermera responsable de la atención del paciente. Ejemplo: M. Gómez 9087652
85	E.J.P / S.J.E	La inicial del nombre, el primer apellido y matrícula de la Enfermera Jefe de Piso, responsable del servicio o Subjefe de Enfermeras. Ejemplo: A. Silva 10726934

Clave: 2660-009-099



ANEXO 7

**Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes en hemodiálisis
2660-009-102**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL
DIVISIÓN DE HOSPITALES

REGISTROS CLÍNICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

OOAD:	1	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA:	2							
NOMBRE DEL PACIENTE:	3	No. DE SEGURIDAD SOCIAL:	4	FECHA DE NACIMIENTO:	5					
EDAD:	6	SEXO: H	7	M	TALLA:	8	GRUPO Y RH:	9	No. DE SESIONES POR SEMANA:	10
TURNO:	11	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA :	12	FECHA DE INSTALACIÓN DEL ACCESO VASCULAR:	13					
TIPO DE ACCESO VASCULAR:	CON COJINETE	14	SIN COJINETE	FISTULA ARTERIOVENOSA (FAVI)	AUTÓLOGA	15	PROTÉSICA			
SEROPOSITIVIDAD:	16	ALERGIAS:	17	FECHA DEL ÚLTIMO PANEL VIRAL:	18					
VHB	VHC	VIH	NO	SI	CÚAL:	DIAGNÓSTICO MÉDICO:	19			
FECHA DE SESIÓN	20									
LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO	21									
NÚMERO DE SESIÓN	22									
NÚMERO DE MÁQUINA	23									
DIALIZADOR	24									
HORA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	25									
HORA DE TÉRMINO DEL TRATAMIENTO	26									
TIEMPO DE TRATAMIENTO	27									
FECHA DE LA PRÓXIMA SESIÓN	28									
PESO SECO	29									
PESO INICIAL	30									
PESO FINAL	31									
CONCENTRACIÓN DE SODIO (NA)	32									
CONCENTRACIÓN DE POTASIO (K)	33									
CONCENTRACIÓN DE BICARBONATO (HCO ₃)	34									
HEPARINA CEBADO	35									
HEPARINA INICIAL	36									
HEPARINA HORARIA	37									
DOSIS ERITROPOYETINA	38									
HORARIO / VALORES	39									
PRESIÓN ARTERIAL	40									
FRECUENCIA CARDIACA	41									
FRECUENCIA RESPIRATORIA	42									
TEMPERATURA	43									
GLUCEMIA CAPILAR	44									
SATURACIÓN DE OXÍGENO	45									
FLUJO SANGÜÍNEO ML/MIN (QB)	46									
FLUJO DEL DIALIZANTE ML/MIN (QD)	47									
TEMPERATURA DEL DIALIZANTE	48									
PRESIÓN TRANSMEMBRANA (PTM)	49									
ULTRAFILTRACIÓN PROGRAMADA	50									
ULTRAFILTRACIÓN FINAL	51									
TIEMPO DE COAGULACIÓN LEE WHITE	52									
VALOR DE LA HEMOGLOBINA	53									
ÚLTIMOS LABORATORIOS										

Clave: 2660-009-102



Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	Con tinta de color azul, registrar el nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. Ejemplo: Estado de México Oriente NOTA: La tinta de los turnos corresponderá de la siguiente forma: turno matutino – azul, turno vespertino – verde y turno nocturno – rojo.
2	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	Con tinta del color azul, el número y nombre de la Unidad de Atención Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No. 1 “Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas”
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Con tinta del color azul, el nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el “Expediente clínico”. Ejemplo 1: Negrete Velasco María de la Luz. En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre las iniciales R/N y la palabra “Hombre” o “Mujer” según corresponda. Ejemplo 1: Ruíz Ramos R/N “Hombre.
4	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL	Con números arábigos y tinta de color azul, el número de Seguridad Social y los dígitos (números y letras) que conforman el agregado médico de identidad del paciente.
5	FECHA DE NACIMIENTO	Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año de nacimiento del paciente, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: <u>20 / 04 / 2001.</u>

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
6	EDAD	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años. En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses. Ejemplo 3: 10 meses.
7	SEXO	Con tinta de color azul, el signo convencional (✓) según sea el caso sobre la línea según H" HOMBRE o "M" MUJER Ejemplo 1: H ✓ Ejemplo 2: M ✓
8	TALLA	Con tinta de color azul, el valor obtenido de la medición de la estatura del paciente en metro y centímetros o en su caso en centímetros, al ingreso. Ejemplo 1: 1.70 cm. Ejemplo 2: 0.50 cm.
9	GRUPO Y RH	Con tinta de color azul, el grupo sanguíneo del paciente de acuerdo a la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB; así como el antígeno Rh: negativo o positivo. Ejemplo: O negativo
10	No. SESIONES POR SEMANA	Con números arábigos y tinta de color azul, el número de sesiones indicadas por semana. Ejemplo: 3
11	TURNO	Con tinta de color azul matutino, vespertino o nocturno, de acuerdo al turno en que se ingresa al paciente para el inicio de su tratamiento.

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

Ejemplo: vespertino

- | | | |
|----|------------------------------|---|
| 12 | FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA | Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el que el paciente es ingresado al programa en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda. |
|----|------------------------------|---|

Ejemplo:

09 / 04 / 2022

- | | | |
|----|--|---|
| 13 | FECHA DE INSTALACIÓN DEL ACCESO VASCULAR | Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el que se instaló el acceso vascular, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda. |
|----|--|---|

Ejemplo: 08 / 09 / 2022

- | | | |
|----|-------------------------|--|
| 14 | TIPO DE ACCESO VASCULAR | El signo convencional (✓) de color azul en el recuadro correspondiente, con cojinete o sin cojinete. |
|----|-------------------------|--|

Ejemplo:

TIPO DE ACCESO VASCULAR	CON COJINETE ✓	SIN COJINETE
-------------------------	----------------	--------------

- | | | |
|----|------------------------------|---|
| 15 | FISTULA ARTERIOVENOSA (FAVI) | El signo convencional (✓) de color azul en el recuadro correspondiente. |
|----|------------------------------|---|

Ejemplo:

FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAVI)	AUTÓLOGA ✓	PROTÉSICA
------------------------------	------------	-----------

- | | | |
|----|-----------------|---|
| 16 | SEROPOSITIVIDAD | El signo convencional (✓) de color azul en el recuadro correspondiente con base en el resultados del último panel viral |
|----|-----------------|---|

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
------------	-------------	---------------

Ejemplo:

SEROPOSITIVIDAD		
VHB ✓	VHC	VIH

17 ALERGIA

El signo convencional (✓ de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo al interrogatorio y en caso de alergia, especificar con tinta de color rojo.

Ejemplo 1:

ALERGIAS					
NO	✓	SI		CUAL	

Ejemplo 2:

ALERGIAS					
NO		SI	✓	CUAL	Penicilina

18 FECHA DEL ÚLTIMO
PANEL VIRAL

Con números arábigos y de color azul día, mes y año, en el que se realizó el último estudio de panel viral, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda.

Ejemplo: 05 / 07 / 2022.

19 DIAGNÓSTICO MÉDICO

Con tinta de color azul, el diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72.

Ejemplo: Enfermedad renal crónica.

20 FECHA DE LA SESIÓN

Con números arábigos y tinta del color del turno, día, mes y año, en el que se realiza la sesión, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda.

Ejemplo: 08 / 01 / 2020.

NOTA 1: La tinta de los turnos corresponderá de la siguiente forma: turno matutino – azul, turno vespertino – verde y turno nocturno – rojo.

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		NOTA 2: A partir de este punto se continuarán los registros con la tinta de turno correspondiente.
21	LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO	La palabra “sí” cuando se haya realizado la lista de verificación pre-procedimiento (Consejo de Salubridad General), y la palabra “no” cuando suceda lo contrario.
22	NÚMERO DE LA SESIÓN	Con números arábigos en forma progresiva, el número de sesión. Ejemplo: 3
23	NÚMERO DE MÁQUINA	Con números arábigos, el asignado a la máquina de hemodiálisis con la que se lleva a cabo el procedimiento dialítico, en el caso de que se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: 09.
24	DIALIZADOR	El tipo de filtro dializante así como la superficie en metros cuadrados. Ejemplo 1: sintético 1.4m2
25	HORA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	Con números arábigos y con sistema de 24 horas la hora de inicio del tratamiento dialítico. Ejemplo: 22:00 horas.
26	HORA DE TÉRMINO DEL TRATAMIENTO	Con números arábigos y sistema de 24 horas la hora de término del tratamiento dialítico. Ejemplo: 01:00 horas
27	TIEMPO DE TRATAMIENTO	Con número arábigo la cantidad de horas y minutos de duración del tratamiento. Ejemplo: 3 horas 40 minutos

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
28	FECHA DE LA PRÓXIMA SESIÓN	La fecha programada para la próxima sesión, en formato dd/mm/aaaa. Ejemplo: 04/03/2022
29	PESO SECO	Con número arábigo el peso final de la diálisis, cuando ya se ha extraído el exceso de líquido y con el cual el paciente se siente bien, probablemente cambie según la evolución de la patología. Ejemplo: 76.00 kg.
30	PESO INICIAL	El valor obtenido del peso del paciente en kilos y gramos al inicio del tratamiento de hemodiálisis Ejemplo: 74.500 kg.
31	PESO FINAL	El valor obtenido del peso del paciente en kilos y/o gramos al término del tratamiento de hemodiálisis Ejemplo: 73.200 kg
32	CONCENTRACIÓN DE SODIO (Na)	Con números arábigos la concentración de sodio calculada en la máquina de hemodiálisis. Ejemplo: 140 mEq/L
33	CONCENTRACIÓN DE POTASIO (K)	Con número arábigo el total de potasio prescrito para el tratamiento dialítico que se encuentra dentro de las indicaciones médicas. Ejemplo: 2 mEq/L
34	CONCENTRACIÓN DE BICARBONATO (HCO ₃)	Con número arábigo el total de bicarbonato prescrito para el tratamiento dialítico. Ejemplo: 13.4 g.

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
35	HEPARINA CEBADO	Con número arábigo la cantidad de heparina empleada en el cebado del equipo y dializador (Circuito) que se van a utilizar para el tratamiento de Hemodiálisis Ejemplo: 1,000 UI.
36	HEPARINA INICIAL	Con número arábigo el total de heparina que se utiliza al inicio del tratamiento considerando las unidades internacionales de heparina convencional, heparina de bajo peso molecular. Ejemplo: 1,500 UI.
37	HEPARINA HORARIA	Con número arábigo la cantidad de heparina utilizada por hora, y programada con base en las indicaciones médicas. Ejemplo: 1000 UI/hora.
38	DOSIS ERITROPOYETINA	La cantidad de eritropoyetina en unidades internacionales utilizada de acuerdo a la prescripción médica.
39	HORARIO/VALORES	La hora con el sistema de 24 horas en el que se monitoriza y realizan los registros. Ejemplo: 16 horas.
40	PRESIÓN ARTERIAL	Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial al paciente; arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica. Ejemplo: 130 ----- 90 NOTA: Colocar con número arábigo cada uno de los valores de los signos vitales.
41	FRECUENCIA	El valor obtenido de la cuantificación de la frecuencia Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	CARDIACA	cardiaca del paciente. Ejemplo: 85 x´.
42	FRECUENCIA RESPIRATORIA	El valor obtenido de la cuantificación de la frecuencia respiratoria del paciente. Ejemplo: 18 x´.
43	TEMPERATURA	El valor obtenido de la cuantificación de la temperatura Ejemplo: 36.5°C
44	GLUCEMIA CAPILAR	El valor obtenido de la cuantificación de la glicemia capilar
45	SATURACIÓN DE OXIGENO	El valor obtenido de la cuantificación de la saturación de oxígeno
46	FLUJO SANGUÍNEO mL/min (Qb)	El valor obtenido de la cuantificación del flujo sanguíneo. Ejemplo: 200 mL/min
47	FLUJO DIALIZANTE mL/min (Qd)	El valor obtenido de la cuantificación del flujo dializante obtenido de la lectura del módulo de información de la máquina de hemodiálisis. Ejemplo: 600 mL/min
48	TEMPERATURA DIALIZANTE	El valor reportado de la temperatura dializante obtenido del módulo de información de la máquina de hemodiálisis. Ejemplo: 36°C
49	PRESIÓN TRANSMEMBRANA (PTM)	El valor reportado en pantalla de la presión transmembrana del módulo de información de la máquina de hemodiálisis. Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 80
50	ULTRAFILTRACIÓN PROGRAMADA	El valor de la ultrafiltración programa obtenido de la lectura del módulo de información de la máquina de hemodiálisis.
		Ejemplo: 1500 ml
51	ULTRAFILTRACIÓN FINAL	El valor de la ultrafiltración final obtenido de la lectura del módulo de información de la máquina de hemodiálisis.
		Ejemplo: 1420 ml
52	TIEMPO DE COAGULACIÓN LEE WHITE	El valor del tiempo de coagulación Lee White obtenido de la sangre de recirculación.
		Ejemplo: 13 min
53	VALOR DE LA HEMOGLOBINA ÚLTIMOS LABORATORIOS	El valor de la hemoglobina reportado en los últimos exámenes de laboratorio.
54	LÍQUIDOS PARENTERALES Y ELECTROLITOS	Sol. Cloruro de Sodio al 0.9% SF Solución Fisiológica al Medio SF ½ Sol. Hartman SH Electrólitos Concentrados (Medicamentos de Alto Riesgo) abreviaturas Cloruro de Potasio 14.9% KCl cloruro de Sodio 17.7% NaCl Gluconato de Calcio 10% Gluconato Ca Sulfato de Magnesio 10% So4Mg Bicarbonato de Sodio 7.5% NaHCO3 Fosfato de Potasio 15% KPO4

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Durante la entrega de turno, anotar la cantidad de solución instalada pendiente por infundir, anteponiendo la letra “R” que indica la cantidad de solución que resta. Ejemplo: R=200 ml. En caso se suspensión de la prescripción de la solución y/o electrolitos concentrados, colocar la palabra “Susp”. Ejemplo 2: SG 5% 1000 ml. + 20 mEq de kCl p/8 h. I: 08:00 h T: 16:00 h Susp.
55	SANGRE/HEMODERIVADOS	El tipo, cantidad de sangre o hemoderivado, tiempo de duración, hora de inicio y término y/o suspensión de los mismos. Ejemplo 1: Plasma 0+, 200 ml. p/2 h. I: 15:00 h. T: 17:00 h. En la entrega de turno, anteponga la letra “R” que indica la cantidad de sangre o hemoderivado que resta por trasfundir, seguido de la cantidad en ml. Ejemplo 2: R= 200 ml.
56	TOTAL DE LÍQUIDOS INFUNDIDOS	El total de líquidos infundidos al paciente durante el tratamiento.
57	ESTUDIOS DE LABORATORIO	Las abreviaturas de los estudios de laboratorio realizados durante la sesión de hemodiálisis Ejemplo: BH, QS, ES, etc. Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
58	REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD	Los datos clínicos que presente el paciente, en caso de reacción de hipersensibilidad, en caso contrario anotar la Palabra “no”.
59	HORA DE VALORACIÓN	La hora en la que se realiza la valoración del riesgo de caída y escala de dolor.
60	RIESGO DE CAÍDAS	Con números arábigos, hora de evaluación y riesgo de caídas durante la estancia hospitalaria, utilice la siguiente escala que valora la funcionalidad en todas sus esferas.

Valoración del estado del paciente		
factores de riesgo		Puntos
limitación física		2
estado mental alterado		3
tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
problemas de comunicación o socioculturales		2
paciente sin factores de riesgo evidentes		1
total de puntos		10
determinación del grado de riesgo de caídas		
nivel de riesgo	puntos	Código
riesgo alto	4 – 10	Rojo
riesgo medio	2 – 3	Amarillo
riesgo bajo	0 – 1	Verde
NOTA 1: Sume cada uno de los puntos obtenidos en la escala y con base en el resultado determine el nivel de riesgo de acuerdo a la tabla de determinación del grado de riesgo de caídas.		
NOTA 2: Realice la valoración al ingreso del paciente, cada cambio de turno, cada movimiento intrahospitalario, en los cambios de estado de gravedad.		

61	ESCALA DEL DOLOR	El resultado obtenido de la aplicación de la herramienta elegida para evaluar el dolor, de acuerdo
----	------------------	--

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		con la edad y características clínicas del paciente de manera estandarizada. Utilice la Escala Visual Análoga en mayores de 8 años; solicite al paciente seleccionar en escala del 0 al 10, el número que mejor evalúe la intensidad del dolor, donde 0 representa ausencia de dolor y el 10 el peor dolor. Pregunte al paciente, la frecuencia, localización y duración del dolor y registre en este apartado. Ejemplo: 8.
62	MEDICAMENTOS	Nombre del medicamento (sin abreviaturas), dosis, vía de administración y horarios prescritos, circule con tinta del color que corresponda al turno la hora de administración, para antibióticos efectúe el registro de prescripción con tinta roja. Evite la administración simultánea de antibióticos. Ejemplo 1: (I) Dicloxacilina ámpula 500mg IV C/6H 6 12 18 24 Cuando se suspenda un medicamento por indicación médica, anotar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp). Ejemplo 2: Dicloxacilina ámpula 500mg IV C/6 H 12 18 24 (susp). Cuando no se tenga disponible el medicamento, coloque una diagonal (/) en el horario del medicamento, notifique al médico tratante y registre en el apartado de observaciones. Ejemplo 3: Diclofenaco tableta 100 mg VO C/12H 6 12 Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
63	SIGNOS Y SÍNTOMAS	Las manifestaciones objetivas y subjetivas detectadas en el paciente, es decir; "Identificación de la necesidad o problema" y con números arábigos la hora en que se refieren u observan. Ejemplo: Diaforesis 12:00 HORAS Cianosis Peri Bucal 15:00 HORAS. Diarrea: 18:00 22:00 HORAS. NOTA 1: Los síntomas y signos registrados deben estar basados en una cuidadosa valoración, de acuerdo con las "Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización", clave: 2660-005-008 (Anexo 7) y una comunicación efectiva con el paciente y familiar, con énfasis en la identificación de: disnea de reposo, disnea con actividad, insomnio, debilidad, disgeusia, anorexia, náuseas, vómito, entro otros. NOTA 2: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%).
64	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	La situación clínica que se presenta como consecuencia de una enfermedad y/o pruebas diagnósticas o tratamientos médico quirúrgicos, en donde enfermería colabora con el personal de salud y realiza intervenciones para la prevención, resolución o reducción de un problema real o de riesgo de salud. NOTA 1: En los problemas interdependientes reales se necesita del Problema, de la Etiología del problema y Sintomatología (al redactarlos deberá considerar el formato PES). Para unir el Problema a Etiología se recomienda utilizar las palabras "secundario a" y para integrar la Sintomatología a la formulación se utilizarán las palabras "manifestado por". NOTA 2: Los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del Problema y de la Etiología del problema. Para redactar se recomienda utilizar las palabras "riesgo de", al inicio de su formulación; para unir el Problema a Etiología se recomienda utiliza las palabras

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		“secundario a”.
		Ejemplos de problemas interdependientes reales: 1. Insuficiencia respiratoria, secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por disnea, taquipnea, taquicardia y aleteo nasal. Alteración en el nivel de conciencia, secundaria a encefalopatía hepática, manifestada por somnolencia y delirio.
65	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	La forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad (reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos, conductas). NOTA 1: Para su elaboración tome en cuenta las respuestas del paciente tanto reales como de riesgo. NOTA 2: Para su registro debe considerarse el formato NANDA (Etiqueta diagnóstica, Factor relacionado y Características definitorias). Ejemplo1: Trastorno de la autoestima relacionado con el abandono por parte de los familiares, manifestado por: tristeza, dificultad en la toma de decisiones y resistencia al cambio. Ejemplo 2: Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la continuidad ósea m/p limitación de la amplitud del movimiento. Ejemplo 3: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. NOTA 3: Registrará por turno el o los diagnósticos enfermeros prioritarios tomando en cuenta la vinculación entre el problema valorado y el juicio emitido. NOTA 4: Anotar las conexiones Relacionado con: r/c y Manifestado por: m/p, para elaborar el diagnóstico de enfermería real. Para el diagnóstico de riesgo utilizar solo la conexión r/c.

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
66	INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN	Las actividades que lleva a cabo en el paciente y que previamente fueron prescritas por otro integrante del personal de salud (Médico, Inhaloterapia, Rehabilitación) Ejemplo 1: Terapia respiratoria Ejemplo 2: Tipo de reposo y posiciones Ejemplo 3: Micro nebulizaciones Además, la hora en que se realizaron, en el espacio correspondiente a cada turno. NOTA 1: Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración, de la aplicación del pensamiento crítico y del juicio clínico. NOTA 2: Registrará el signo convencional (=), cuando la prescripción continúe. NOTA 3: Cuando se suspenda registrar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp).
67	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	Las acciones que realiza el personal de enfermería al paciente, de acuerdo con la identificación y priorización de necesidades y problemas detectados, para llevar a cabo cuidados específicos. Las acciones que realiza el personal de enfermería al paciente para llevar a cabo una intervención de forma independiente. NOTA: la Educación e información que se proporcione al paciente, familiar o persona legalmente responsable deberá ser registrada en este apartado.

Clave: 2660-009-102



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
68	RESPUESTA EVOLUCIÓN	Y La respuesta del paciente al esquema terapéutico e intervenciones de enfermería proporcionadas durante su estancia hospitalaria. NOTA: Anotar con números arábigos, la hora en que se realiza la evaluación.
69	OBSERVACIONES	Los datos e información complementaria que se considere necesaria, así como los aspectos relevantes no observados en otros apartados. NOTA: Únicamente registrar aspectos inherentes al paciente.
70	PLAN DE ALTA	Las recomendaciones (higiénico-dietéticas, cuidados específicos, horarios de medicamentos, ejercicios de rehabilitación, signos y síntomas de alarma y otras) que se proporcionen al paciente o familiar o persona legalmente responsable al momento del egreso, para responder adecuadamente a las necesidades generadas por el padecimiento, prevenir recaídas, complicaciones o la aparición de nuevas enfermedades y adoptar prácticas de auto cuidado.
71	EG/EEN	La inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido y matrícula de la Enfermera General o Enfermera Especialista Nefróloga responsable de la atención del paciente. Ejemplo: R. Pulido 20304593
72	EJP	La matrícula, Inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido de la Enfermera Jefe de Piso responsable del servicio o área que supervisa el cumplimiento del esquema terapéutico, las actividades de los cuidado e intervenciones de Enfermería, así como el registro oportuno, suficiente, preciso, confiable y legible de los datos. Clave: 2660-009-102 Ejemplo: A. Silva



ANEXO 7
Registros clínicos e intervenciones de enfermería para pacientes
en hemodiálisis
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		10726934
73	SJE	La matrícula, inicial del nombre con mayúscula y el primer apellido de la Subjefe de Enfermeras, responsable del servicio o área que supervisa este formato. Ejemplo: H. Gamboa. 3949578

Clave: 2660-009-102



ANEXO 8

**Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA)
2660-009-100**



FORMATO INDIVIDUAL DEL PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA: 1
NOMBRE DEL PACIENTE: 2
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: 3
NÚMERO DE HOJA: 7 TIPO DE MÁQUINA CICLADORA: 8 ALERGIAS: Si 9 No 9 Cual 9
PRESCRIPCIÓN MÉDICA: 4
SEXO: 5 EDAD: 6

DÍA	FECHA	PRESIÓN ARTERIAL	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO	DRENAJE RECAMBIO CERO (INICIAL)	DRENADO TOTAL	UF TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA	RECAMBIO DIURNO		LÍQUIDOS VIA ORAL EN 24 HORAS	ORINA DE 24 HORAS	GLUCEMIA CAPILAR	BALANCE TOTAL
										VOLUMEN DE INGRESO	VOLUMEN DE EGRESO				
LUNES	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>
MARTES															
MIÉRCOLES															
JUEVES															
VIERNES															
SÁBADO															
DOMINGO															

OBSERVACIONES

25

DÍA	FECHA	PRESIÓN ARTERIAL	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	HR DE INICIO	HR DE TÉRMINO	DRENAJE RECAMBIO CERO (INICIAL)	DRENADO TOTAL	UF TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA	RECAMBIO DIURNO		LÍQUIDOS VIA ORAL EN 24 HORAS	ORINA DE 24 HORAS	GLUCEMIA CAPILAR	BALANCE TOTAL
										VOLUMEN DE INGRESO	VOLUMEN DE EGRESO				
LUNES															
MARTES															
MIÉRCOLES															
JUEVES															
VIERNES															
SÁBADO															
DOMINGO															

OBSERVACIONES

Clave: 2660-009-100



DÍA	FECHA	PRESIÓN ARTERIAL	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	HR DE INICIO	HR DE TÉRMINO	DRENAJE RECAMBIOCERO (INICIAL)	DRENADO TOTAL	UF TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA	RECAMBIO DIURNO		LÍQUIDOS VÍA ORAL EN 24 HORAS	ORINA DE 24 HORAS	GLICEMIA CAPILAR	BALANCE TOTAL
										VOLUMEN DE INGRESO	VOLUMEN DE EGRESO				
LUNES															
MARTES															
MIÉRCOLES															
JUEVES															
VIERNES															
SÁBADO															
DOMINGO															
OBSERVACIONES															

DÍA	FECHA	PRESIÓN ARTERIAL	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	HR DE INICIO	HR DE TÉRMINO	DRENAJE RECAMBIOCERO (INICIAL)	DRENADO TOTAL	UF TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA	RECAMBIO DIURNO		LÍQUIDOS VÍA ORAL EN 24 HORAS	ORINA DE 24 HORAS	GLICEMIA CAPILAR	BALANCE TOTAL
										VOLUMEN DE INGRESO	VOLUMEN DE EGRESO				
LUNES															
MARTES															
MIÉRCOLES															
JUEVES															
VIERNES															
SÁBADO															
DOMINGO															
OBSERVACIONES															

DÍA	FECHA	PRESIÓN ARTERIAL	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	HR DE INICIO	HR DE TÉRMINO	DRENAJE RECAMBIOCERO (INICIAL)	DRENADO TOTAL	UF TOTAL	TIEMPO DE ESTANCIA	RECAMBIO DIURNO		LÍQUIDOS VÍA ORAL EN 24 HORAS	ORINA DE 24 HORAS	GLICEMIA CAPILAR	BALANCE TOTAL
										VOLUMEN DE INGRESO	VOLUMEN DE EGRESO				
LUNES															
MARTES															
MIÉRCOLES															
JUEVES															
VIERNES															
SÁBADO															
DOMINGO															
OBSERVACIONES															

Clave: 2660-009-100



ANEXO 8
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	Con tinta de color azul, el tipo, número y nombre de la Unidad de Atención Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No.1 “Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas.
2	NOMBRE DEL PACIENTE	El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista directa con el paciente y verificarse con el expediente clínico, cartilla nacional de salud.
3	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social a 11 dígitos y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico, cartilla nacional de salud.
4	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Con letra clara y legible, la prescripción médica correspondiente al tratamiento de diálisis peritoneal automatizada indicada por el médico.
5	SEXO	Con tinta de color azul, según sea el caso sobre la línea H” HOMBRE o “M” MUJER.
6	EDAD	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años. En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses. Ejemplo 3: 10 meses.
7	NÚMERO DE HOJA	El número progresivo de hoja
8	TIPO DE MÁQUINA	El modelo de máquina cicladora

Clave: 2660-009-100



ANEXO 8

Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA) INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																								
	CICLADORA	Ejemplo 1: 1.70 cm. Ejemplo 2: 0.50 cm.																								
9	ALERGIAS	El signo convencional ✓ de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo al interrogatorio y en caso de alergia, especificar con tinta de color rojo. Ejemplo 1: <table><tr><td colspan="6">ALERGIAS</td></tr><tr><td>NO</td><td>✓</td><td>SI</td><td></td><td>CUAL</td><td></td></tr></table> Ejemplo 2: <table><tr><td colspan="6">ALERGIAS</td></tr><tr><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>✓</td><td>CUAL</td><td>Penicilina</td></tr></table>	ALERGIAS						NO	✓	SI		CUAL		ALERGIAS						NO		SI	✓	CUAL	Penicilina
ALERGIAS																										
NO	✓	SI		CUAL																						
ALERGIAS																										
NO		SI	✓	CUAL	Penicilina																					
10	FECHA	El día, mes y año correspondientes a la fecha de tratamiento, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 05 / 08 / 21																								
11	PRESIÓN ARTERIAL	Los valores obtenidos de la toma de prensión arterial al final del tratamiento, en el espacio arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica.																								
12	DIALIZANTE INDICADO POR EL MÉDICO	La concentración en porcentaje del líquido dializante indicado por el médico. Ejemplo: 1.5%, 2.5% o 4.25%																								
13	HORA DE INICIO	La hora en que se inicia el tratamiento																								
14.	HORA DE TERMINO	La hora en que termina el tratamiento																								
15	DRENAJE RECAMBIO CERO (INICIAL)	El total del líquido que egresa de cavidad en el momento de iniciar el tratamiento.																								
16	DRENADO TOTAL	Los resultados de drenaje total al final del tratamiento que se muestra en la pantalla de la máquina cicladora.																								

Clave: 2660-009-100



ANEXO 8
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal automatizada (DPA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

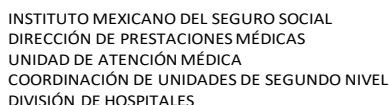
No.	DATO	ANOTAR
17	UF TOTAL	Los resultados de ultrafiltración total al final del tratamiento que se muestran en la pantalla de la máquina cicladora.
18	TIEMPO DE ESTANCIA	Los resultados del tiempo de estancia en cavidad, al final del tratamiento que se muestran en la pantalla de la máquina cicladora.
19	VOLUMEN INGRESO	La cantidad de solución dializante en mililitros que ingresa durante el recambio diurno.
20	VOLUMEN EGRESO	La cantidad en mililitros de volumen final que egresa durante el recambio diurno.
21	LÍQUIDOS VÍA ORAL EN 24H	El total de líquidos ingeridos durante el día, incluyendo los de las comidas (bebidas y comidas caldosas).
22	ORINA DE 24 HORAS	La cantidad total de orina de 24 horas (día y noche).
23	GLUCEMIA CAPILAR	La cifra de glicemia capilar.
24	BALANCE TOTAL	Los resultados del balance al final del tratamiento, que se muestran en la pantalla de la máquina cicladora y el balance diurno.
25	OBSERVACIONES	Los datos e información complementaria que se considere necesaria, así como los aspectos relevantes no observados en otros apartados.

Clave: 2660-009-100



ANEXO 9

**Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)
2660-009-101**



FORMATO INDIVIDUAL DEL PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA: 1										2										3										4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
NOMBRE DEL PACIENTE: 5										6										7										8										9										10										11										12										13										14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
EDAD: 5										SEXO: 6										M 7										TALLA: 7										GRUPO Y RH: 8										UMF: 9										FECHA DE NACIM: 4										10										11										12										13										14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA: 10										11										12										13										14										15										16										17										18										19										20										21										22										23										24										25										26										27										28										29										30										31										32										33										34										35										36										37										38										39										40										41										42										43										44										45										46										47										48										49										50										51										52										53										54										55										56										57										58										59										60										61										62										63										64										65										66										67										68										69										70										71										72										73										74										75										76										77										78										79										80										81										82										83										84										85										86										87										88										89										90										91										92										93										94										95										96										97										98										99										100									
FECHA DE INSTALACIÓN DE CATETER: 11										12										13										14										15										16										17										18										19										20										21										22										23										24										25										26										27										28										29										30										31										32										33										34										35										36										37										38										39										40										41										42										43										44										45										46										47										48										49										50										51										52										53										54										55										56										57										58										59										60										61										62										63										64										65										66										67										68										69										70										71										72										73										74										75										76										77										78										79										80										81										82										83										84										85										86										87										88										89										90										91										92										93										94										95										96										97										98										99										100																			
FECHA DE CAPACITACIÓN INICIAL: 12										13										14										15										16										17										18										19										20										21										22										23										24										25										26										27										28										29										30										31										32										33										34										35										36										37										38										39										40										41										42										43										44										45										46										47										48										49										50										51										52										53										54										55										56										57										58										59										60										61										62										63										64										65										66										67										68										69										70										71										72										73										74										75										76										77										78										79										80										81										82										83										84										85										86										87										88										89										90										91										92										93										94										95										96										97										98										99										100																													
PRESCRIPCIÓN MÉDICA: 14										15										16										17										18										19										20										21										22										23										24										25										26										27										28										29										30										31										32										33										34										35										36										37										38										39										40										41										42										43										44										45										46										47																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

[illegible]

Observaciones: 29

Clave: 2660-009-101



ANEXO 9
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria
(DPCA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	Con tinta de color azul, el tipo, número y nombre de la Unidad de Atención Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No.1 "Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas"
2	NOMBRE DEL PACIENTE	El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista directa con el paciente y verificar con el expediente clínico, cartilla nacional de salud.
3	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social a 11 dígitos y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico, cartilla nacional de salud.
4	FECHA DE NACIMIENTO	Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año de nacimiento del paciente, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: <u>20/04/2001</u> .
5	EDAD	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años. En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses. Ejemplo 3: 10 meses.
6	SEXO	Con tinta de color azul, colocar el signo convencional (✓) según sea el caso sobre la línea

Clave: 2660-009-101



ANEXO 9
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria
(DPCA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Ejemplo 1: H <u>✓</u>
		Ejemplo 2: M <u>✓</u>
7	TALLA	Con tinta de color azul colocar el valor obtenido de la medición de la estatura del paciente en metro y centímetros o en su caso en centímetros, al ingreso. Ejemplo 1: 1.70 cm.
8	GRUPO Y RH	Con tinta de color azul colocar el grupo sanguíneo del paciente de acuerdo a la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB. Así como el antígeno Rh: negativo o positivo. Ejemplo: O negativo
9	UMF	Con números arábigos y tinta de color azul, el número de la Unidad de Medica Familiar que le corresponde corroborando los datos con la Cartilla Nacional de Salud Ejemplo: UMF N° 68
10	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	Con números arábigos, día, mes y año, en el que ingresa al programa, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08/09/2023
11	FECHA DE INSTALACIÓN DE CATETER	Los valores obtenidos de la toma de presión arterial Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el que se instaló el catéter peritoneal, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un "0" a la izquierda.

Clave: 2660-009-101



ANEXO 9
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria
(DPCA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																								
		Ejemplo: 08/09/2023,																								
12	FECHA DE CAPACITACIÓN INICIAL	Con números arábigos y tinta de color azul colocar, día, mes y año, en el que se dio termino a la capacitación del manejo de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: 08/09/2023																								
13	FECHA DE REFORZAMIENTO DE LA CAPACITACIÓN	Con números arábigos y tinta de color azul colocar si se realizó el reforzamiento de la capacitación, día, mes y año, en el que se dio termino el reforzamiento de la capacitación del manejo de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), si fuera el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: <u>08/09/2023</u>																								
14	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Con letra clara y legible la prescripción médica del tratamiento sustitutivo.																								
15	ALERGIAS	El signo convencional ✓ de color azul en el recuadro correspondiente, de acuerdo al interrogatorio y en caso de alergia, especificar con tinta de color rojo. ejemplo 1: <table border="1"><tr><td colspan="6">Alergias</td></tr><tr><td>No</td><td>✓</td><td>si</td><td></td><td>Cual</td><td></td></tr></table> ejemplo 2: <table border="1"><tr><td colspan="6">Alergias</td></tr><tr><td>No</td><td></td><td>si</td><td>✓</td><td>Cual</td><td>penicilina</td></tr></table>	Alergias						No	✓	si		Cual		Alergias						No		si	✓	Cual	penicilina
Alergias																										
No	✓	si		Cual																						
Alergias																										
No		si	✓	Cual	penicilina																					
16	HORARIOS	La hora en que se realiza el tratamiento considerando la indicación médica.																								

Clave: 2660-009-101



ANEXO 9
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria
(DPCA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Cada 4 horas 7 horas 11 horas 15 horas
17	FECHA	Con números arábigos y tinta de color azul colocar , día, mes y año, en el que se realiza la diálisis, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: <u>08/09/2023</u>
18	NÚMERO DE INTERCAMBIO	Con números arábigos, el número de intercambio realizado a manera de control según el tratamiento prescrito.
19	GLUCEMIA CAPILAR	Ejemplo: 1 El resultado obtenido de la toma de glucosa capilar por medio de tamizaje. Ejemplo: 80 mg/dl
20	TENSIÓN ARTERIAL	Ejemplo: Rnfermedad Renal Crónica. Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial al paciente; arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica.
21	SOLUCIÓN DIALIZANTE INDICADA POR EL MÉDICO	La concentración en porcentaje del liquido dializante indicado por el medico. Ejemplo: 1.5%
22	HORA DE ENTRADA	Con número árábigo la hora en que se infunde el líquido de diálisis peritoneal. Ejemplo: 7:00 horas

Clave: 2660-009-101



ANEXO 9
Formato individual del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria
(DPCA)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
23	VOLUMEN INICIAL	Con número arábigo la cantidad en mililitros del líquido de la bolsa de diálisis peritoneal que ingresa a cavidad peritoneal. Ejemplo: 2000 ml
24	HORA DE SALIDA	Con número arábigo la hora en que se drena por gravedad el líquido de diálisis peritoneal. Ejemplo: 11:00 horas
25	VOLUMEN FINAL	Con número arábigo escribir la cantidad en mililitros del líquido de la bolsa de diálisis peritoneal que egresa de la cavidad peritoneal. Ejemplo: 1800 ml
26	INGRESO DE LÍQUIDO VIA ORAL	La cantidad total de líquidos ingeridos en cada 24 horas, en mililitros. Ejemplo: 600 ml.
27	ORINA EN 24 HORAS	Con número arábigo escribir la cantidad en mililitros de la orina producida en 24 horas Ejemplo: 1800 ml
28	BALANCE TOTAL	La cantidad que resulte del balance en 24 horas ejemplo: total de ingresos:2000 ml total de egresos:.....2250 ml balance de líquidos:..... -250 ml
29	OBSERVACIONES	Los datos e información complementaria que se considere necesaria, así como los aspectos relevantes no observados en otros apartados.

Clave: 2660-009-101