

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 1 de 28

HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato–Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 2 de 28

1.0 Propósito

1.1 Implementar un procedimiento estandarizado que guíe la atención segura para pacientes que son candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), en apego a la normatividad y reglamentaciones, con la máxima calidad de atención y en búsqueda de los mejores resultados post trasplante.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica desde que el paciente es referido como candidato a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas hasta el seguimiento del paciente.

2.2 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Subdirección de Servicios Clínicos, Jefatura de Hemato - Oncología, Subdirección de Enfermería, Farmacia Intrahospitalaria, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y al Área de Puesto de Sangrado, Servicio de Transfusión y Aféresis.

2.3 A nivel externo aplica a las Unidades de Referencia y hospitales donde se atienden pacientes hematológicos, en donde el TCPH puede ser una opción de tratamiento, Servicio Subrogado de Laboratorio, Paciente y Donador.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Los pacientes candidatos a TCPH deberán presentarse ante el Subcomité correspondiente, en él se evaluará el caso clínico del paciente y en caso de contar con lo necesario determinará la fecha de programación de trasplante.

3.2 Realizar una evaluación integral del paciente, previo al procedimiento de TCPH, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

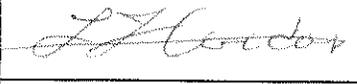
3.3 El médico especialista de TCPH, es el responsable de solicitar las interconsultas de manera inmediata para la programación de trasplante.

3.4 El médico especialista de TCPH, informa al Comité Interno de Trasplante del procedimiento realizado para su reporte ante el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSJO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 3 de 28

- 3.5 La sangre y componentes sanguíneos para uso terapéutico deberán reunir los requisitos de calidad necesarios para su uso y manejo, observando los lineamientos que establece la NOM-253-SSA1-2012 y demás disposiciones aplicables.
- 3.6 El procedimiento de aféresis para la obtención de las células progenitoras hematopoyéticas, se realizará en presencia del médico tratante del paciente o del responsable del procedimiento.
- 3.7 El médico responsable indica de forma escrita en el sistema y de manera impresa, las fechas y horarios de la quimioterapia de acondicionamiento.
- 3.8 El médico responsable de la colocación del catéter venoso central tipo Mahurkar, será el médico internista o pediatra, según corresponda.
- 3.9 El paciente deberá encontrarse con presencia de acceso venoso central para la administración de quimioterapia de acondicionamiento y en caso de ser autólogo para la cosecha de progenitores hematopoyéticos mediante aféresis.
- 3.10 A partir del día del procedimiento de trasplante (día cero) el paciente será hospitalizado en la Unidad de Presión Positiva del mismo Servicio de Trasplantes.
- 3.11 A partir del día cero del trasplante, el paciente recibirá el esquema de medicamentos profilácticos establecido.
- 3.12 El paciente se mantendrá hospitalizado en la Unidad de Presión Positiva hasta la documentación de injerto (recuperación hematológica).
- 3.13 Una vez ingresado el paciente al área de hospitalización, se realizará el tamizaje de riesgo nutricio utilizando la herramienta Detección de Riesgo Nutricio NRS-2002 (ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002).
- 3.14 De encontrarse el intestino funcional del paciente, se proporcionará por parte del Servicio de Alimentos una dieta con características de baja carga bacteriana (BCB).
- 3.15 En caso de que el paciente consuma menos del 60 a 70% de los alimentos proporcionados, se complementará la dieta con suplementos alimenticios con la finalidad de incrementar el aporte de nutrimentos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato–Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 4 de 28

- 3.16 Se indicará nutrición parenteral (NP) de consumir por vía oral menos del 60% del valor energético total (VET) por más de 5 días y se retirará cuando el consumo de alimentos sea mayor al 60%.
- 3.17 Todo componente sanguíneo a transfundirse deberá ser radiado y pasado con un equipo leucorreductor sin excepción alguna.
- 3.18 Se valoraran previamente 6 donadores de plaquetas aptos para cada paciente de su mismo grupo sanguíneo.
- 3.19 A partir del día más cinco o del día recomendado por el médico responsable del paciente se mantendrá un stock continuo de componentes irradiados compatibles que constará de cuatro Concentrados de Eritrocitos (CE) y dos unidades de aféresis plaquetarias (CP).
- 3.20 Todos los pacientes que se sometan a trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas, deben recibir profilaxis para EICH.
- 3.21 La profilaxis antibiótica y las complicaciones infecciosas del receptor serán manejadas de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica.
- 3.22 Para el ingreso a la Unidad de Presión Positiva (UPP), se deberá lavarse las manos con la técnica y antiséptico establecido por la UVEH (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria), y portar uniforme quirúrgico propio de la institución, sin prendas ajenas por debajo, limpio y de uso único, así como gorro y botas quirúrgicas.
- 3.23 El personal operativo solo ingresará a la UPP, los artículos de trabajo necesarios para dar cuidados y atención al paciente (tijera, pluma, marcadores, calculadora, etc.) y líquidos para la propia ingesta del personal.
- 3.24 No podrán ingresar a la UPP personas con signos y/o síntomas de enfermedades infecciosas (gripe, gastroenteritis, etc.).
- 3.25 Para cada ingreso a la habitación se realizará un lavado de manos, se colocará bata manga larga estéril y finalmente guantes estériles para la atención directa o indirecta del paciente (manipulación de equipos, entrega de dieta, etc.).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smoinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 5 de 28

- 3.26 El baño del paciente se realizará en regadera mientras su cuenta plaquetaria lo permita (30 mil). Una vez que se encuentre en plaquetopenia se deberá realizar en cama con toallas con clorhexidina.
- 3.27 En la habitación del paciente solo deberán permanecer los artículos mínimos necesarios para evitar el acumulo de polvo y facilitar la limpieza de las superficies.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 6 de 28

4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Recepción de referencia o interconsulta	Responsable: Médico tratante
<p>1.1 Recibe la referencia del Área de Referencia y Contrarreferencia, o interconsulta del sistema por ser paciente del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia. • Expediente electrónico. <p>1.2 Valora el caso clínico del paciente candidato a TCPH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia. 	
Etapa 2.0 Evaluación de pacientes	Responsable: Subcomité de TCPH
<p>2.1 Evalúa los criterios para candidatos a TCPH.</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es candidato al TCPH?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 4. No: Se registra en el formato de respuesta de referencia el motivo de rechazo y lo entrega al personal de Gerencia Social del Área de Control. Pasa a la etapa 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de contrarreferencia. 	
Etapa 3.0 Envío de rechazo de referencia	Responsable: Personal de Gerencia Social del Área de Control
<p>3.1 Se envía formato de respuesta y nota electrónica de rechazo vía fax o electrónica, con motivo de rechazo a la Unidad de Referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de contrarreferencia. • Nota electrónica de rechazo. <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 4.0 Agenda cita para consulta	Responsable: Personal de Gerencia Social del Área de Control

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 7 de 28

- 4.1 Agenda cita en sistema para consulta de primera vez con el médico especialista en TCPH.
- Kewan
- 4.2 Envía formato de respuesta vía fax o electrónica a la Unidad de Referencia, informando la aceptación de la referencia, e informa los requisitos que debe cumplir el paciente el día que acude a su cita.
- Hoja de contrarreferencia.

Etapa 5.0 Evaluación del paciente en Consulta Externa	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
---	--

- 5.1 Evalúa de forma integral al paciente con el propósito de corroborar que es candidato a TCPH, de acuerdo a lineamientos internacionales para las indicaciones de TCPH.

¿El paciente es candidato al protocolo de TCPH?

Si: ¿El origen de las células será de donante autólogo?

Si: Seguirá el receptor con preparación de donante de células autólogas. Pasa a etapa 7.0.

No: Pasa a la etapa 6.0

No: Informa al paciente que no cumple con los criterios de trasplante y se le entrega hoja de contrarreferencia.

- Hoja de contrarreferencia.

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 6.0 Búsqueda de donante alogénico	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
---	--

- 6.1 Realiza búsqueda de potencial donante HLA idéntico, como donante de células alogénicas.

¿Existe donante HLA idéntico?

Si: Solicita estudios y valoraciones pretrasplante de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica correspondiente. Pasa a la etapa 7.0

No: Elabora hoja de contrarreferencia y se la entrega al paciente para que informe a su Unidad de Referencia del resultado de su valoración.

- Hoja de contrarreferencia.

TERMINA PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 8 de 28

Etapa 7.0 Valoraciones y estudios pretrasplante	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
<p>7.1 Evalúa resultados de valoraciones y exámenes de laboratorio y gabinete para determinar la factibilidad del TCPH.</p> <p>7.2 Realiza nota de valoración pretrasplante en el Klinik.</p> <ul style="list-style-type: none"> Klinik. <p style="text-align: center;">¿Existe contraindicación?</p> <p>Si: Elabora hoja de contrarreferencia y se la entrega al paciente para que informe a su Unidad de Referencia del resultado de su valoración.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoja de contrarreferencia. <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p> <p>No: Pasa a etapa 8.0</p>	
Etapa 8.0 Presentación del caso al Subcomité de TCPH	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
<p>8.1 Presenta el caso en sesión del Subcomité de TCPH.</p> <p>8.2 Cita a donadores y/o paciente en Consulta Externa.</p>	
Etapa 9.0 Cita ambulatoria previa al trasplante	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
<p>9.1 Elabora nota pretrasplante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nota pretrasplante. <p>9.2 Explica al paciente y/o donadores el procedimiento propuesto, los riesgos, beneficios y alternativas para la firma del consentimiento informado, además de establecer la fecha de TCPH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consentimiento informado. Indicaciones médicas. <p>9.3 Envía al paciente y/o donadores al Puesto de Sangrado para las donaciones de componentes sanguíneos salvo los progenitores hematopoyéticos, según corresponda.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 9 de 28

Etapa 10.0 Hospitalización del receptor para el TCPH	Responsable: Personal de Gerencia Social de Admisión Hospitalaria
10.1 Recibe al receptor en la fecha y hora programada.	
10.2 Identifica al receptor de acuerdo al procedimiento "PR – DG – 106 Procedimiento para la identificación correcta del paciente".	
10.3 Solicita el servicio de camillería el traslado del paciente a Hospitalización, de acuerdo al "Procedimiento para el traslado intrahospitalario del paciente".	
Etapa 11.0 Traslado de paciente	Responsable: Personal de Camillería
11.1 Traslada al paciente de Admisión Hospitalaria hasta Hospitalización, en compañía de Gerente Social.	
Etapa 12.0 Recepción de paciente	Responsable: Personal de Enfermería de Área de Trasplantes
12.1 Recibe al paciente, según indicaciones del "HRAEB – SDE – MPAH – IH – 02 Procedimiento para ingreso de paciente a hospitalización".	
12.2 Identifica al receptor de acuerdo al procedimiento "PR – DG – 106 Procedimiento para la identificación correcta del paciente".	
12.3 Informa al médico responsable de piso sobre el ingreso del paciente.	
Etapa 13.0 Proporciona indicaciones de trasplante	Responsable: Personal Médico responsable de piso
13.1 Elabora nota de ingreso a hospitalización. <ul style="list-style-type: none"> • Clinic. 	
13.2 Solicita dieta en sistema. <ul style="list-style-type: none"> • Clinic 	
16.3 Solicita al personal de enfermería los insumos necesarios para colocar el catéter venoso central tipo Mahurkar.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 10 de 28

Etapa 14.0 Solicitud de medicamentos e insumos	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplantes
14.1 Solicita medicamentos para movilización. <ul style="list-style-type: none"> • Kewan. 	
14.2 Solicita material para colocación de catéter venoso central. <ul style="list-style-type: none"> • Kewan. 	
Etapa 15.0 Colocación de catéter	Responsable: Personal Médico responsable de piso / de Enfermería de CLICAV
15.1 Coloca el catéter venoso central al paciente, con los cuidados indicados en el "MP – SE – CLICAV – 01 Manual de Procedimientos de la Clínica al Cuidado de los Accesos Vasculares".	
15.2 Solicita control radiográfico post colocación. <ul style="list-style-type: none"> • Clinic. 	
Etapa 16.0 Preparación del donador	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplantes
16.1 Se comunica con el Servicio de Aféresis para realizar procedimiento de obtención de células progenitoras hematopoyéticas.	
<p>¿El TCPH es autólogo?</p> <p>Si: Solicita al servicio de camillería el traslado del paciente al Servicio de Aféresis, de acuerdo al "Procedimiento para el traslado intrahospitalario del paciente". Pasa a etapa 17.0.</p> <p>No: El donador acude directamente al Servicio de Aféresis. Pasa a etapa 18.0.</p>	
Etapa 17.0 Traslado de paciente	Responsable: Personal de Camillería
17.1 Traslada al paciente de Hospitalización hasta el Servicio de Aféresis, en compañía de personal de Enfermería, quien informa al personal de aféresis de su ingreso.	
Etapa 18.0 Obtención de células	Responsable: Personal de Aféresis
18.1 Conecta al paciente con el equipo de aféresis, obteniendo las células progenitoras hematopoyéticas.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 11 de 28

18.2 Resguarda las células progenitoras hematopoyéticas en el Servicio de Aféresis.	
Etapa 19.0 Atención al paciente y/o donante	Responsable: Personal de Aféresis
19.1 Revisa que se haya realizado correctamente la obtención de células. ¿El TCPH es autólogo? Si: Solicita al servicio de camillería el traslado del paciente, de acuerdo al "Procedimiento para el traslado intrahospitalario del paciente". Pasa a etapa 20.0. No: El donador se retira de las instalaciones del hospital. Pasa a etapa 21.0.	
Etapa 20.0 Traslado del paciente	Responsable: Personal de Camillería
20.1 Traslada al paciente del Servicio de Aféresis a Hospitalización, en compañía de personal de Enfermería de Aféresis.	
Etapa 21.0 Indicaciones para terapia de acondicionamiento	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
21.1 Proporciona las indicaciones para la terapia de acondicionamiento al personal de enfermería. • Hoja de indicaciones.	
Etapa 22.0 Solicitud de terapia de acondicionamiento	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplantes
22.1 Solicita el apoyo a Farmacia mediante hoja de indicaciones, la preparación de quimioterapia de acondicionamiento, de acuerdo al "PR – SE – 22 Procedimiento de recepción y conservación de quimioterapia en las áreas de hospitalización". • Hoja de indicaciones.	
Etapa 23.0 Envío de quimioterapia	Responsable: Personal de Farmacia
23.1 Elabora la quimioterapia de acuerdo a la hoja de indicaciones. 23.2 Envía quimioterapia de acondicionamiento al Área de Trasplantes.	
Etapa 24.0 Administración y seguimiento de quimioterapia de acondicionamiento	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplantes

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 12 de 28

24.1 Recibe la quimioterapia de acondicionamiento.

24.2 Administra la quimioterapia de acondicionamiento al paciente a través del catéter.

24.3 Da seguimiento y vigila la administración de quimioterapia de acondicionamiento.

Etapa 25.0 Solicitud de camillería	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplante
------------------------------------	--

25.1 Solicita a personal de camillería, el traslado del paciente a la Unidad de Presión Positiva para el TCPH.

Etapa 26.0 Traslado de paciente a Unidad de Presión Positiva	Responsable: Personal de camillería
--	--

26.1 Traslada al paciente a la Unidad de Presión Positiva para el TCPH, en compañía de personal de enfermería de trasplantes, quien informa al personal de la Unidad de Presión Positiva de su ingreso.

Etapa 27.0 Solicitud de células progenitoras hematopoyéticas	Responsable: Personal de Enfermería de Unidad de Presión Positiva
--	--

27.1 Solicita las células progenitoras hematopoyéticas al Servicio de Aféresis.

Etapa 28.0 Indicaciones de infusión	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
-------------------------------------	--

28.1 Proporciona las indicaciones necesarias al personal de enfermería a cargo, para la infusión de las células en paciente.

Etapa 29.0 Infusión de células progenitoras hematopoyéticas	Responsable: Personal de Enfermería de Trasplantes
---	---

29.1 Reciben las células progenitoras hematopoyéticas del Servicio de Aféresis.

29.2 Se infunden las células al paciente, de acuerdo a indicaciones proporcionadas por el personal médico especialista en TCPH.

Etapa 30.0 Vigilancia de TCPH durante estancia hospitalaria	Responsable: Personal de Enfermería / Médico Especialista en TCPH / Médico
---	---

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

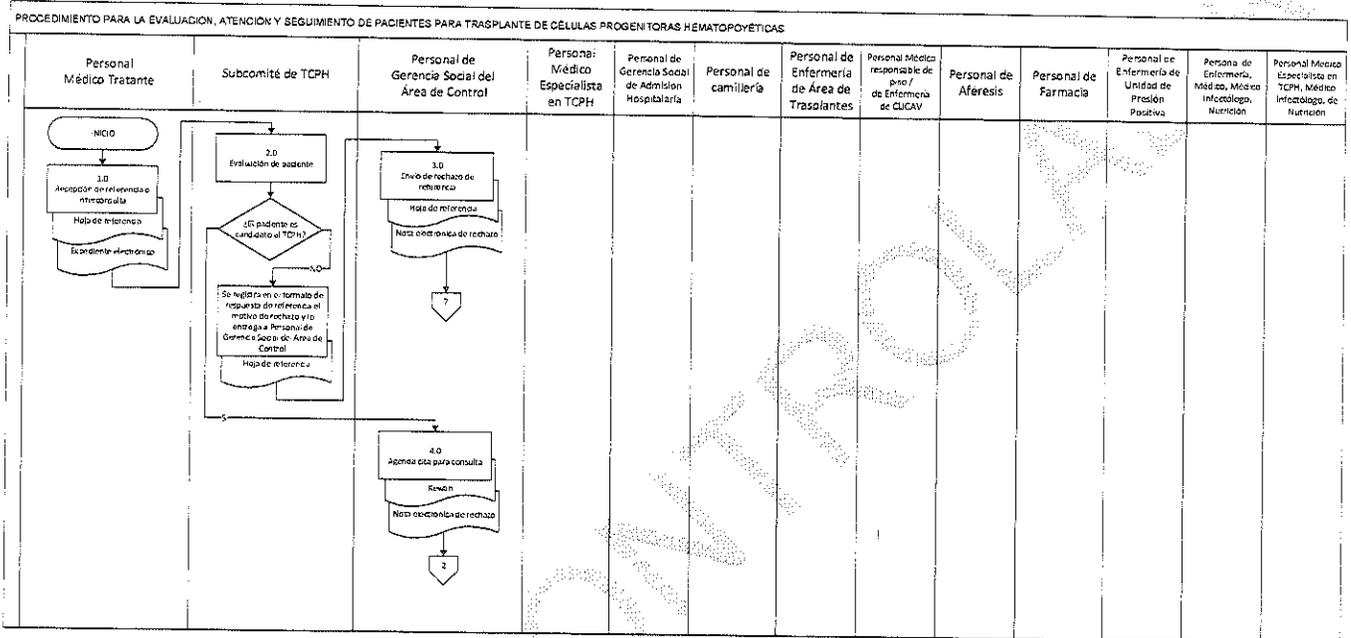
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 13 de 28

	responsable de piso / Médico de Infectología / de Nutrición
30.1 Vigilan diario y por turno, al paciente posterior a infusión de células progenitoras hematopoyéticas.	
30.2 Evalúan comportamiento clínico y de laboratorio del paciente según Guía de Práctica Clínica.	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de enfermería. • Clinic. 	
30.3 En caso de que el paciente presente alguna complicación infecciosa durante su estancia, se manejará por médicos especialistas en infectología, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica.	
Etapa 31.0 Alta de Unidad de Presión Positiva	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH
31.1 Valora el estado clínico del paciente para su egreso.	
<p>¿El paciente está en condiciones de ser dado de alta del servicio?</p> <p>Sí: Elabora nota e indicaciones de alta y receta médica. Pasa a etapa 32.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinic. • Receta médica. <p>No: Continúa en la Unidad de Presión Positiva hasta su estabilización y mejoría. Pasa a etapa 30.0.</p>	
Etapa 32.0 Seguimiento del paciente en Área de Consulta Externa	Responsable: Personal Médico Especialista en TCPH/ Médico de Infectología / de Nutrición
32.1 Valora y da seguimiento al paciente post TCPH en forma periódica de acuerdo a lo establecido en Guía de Práctica Clínica.	
TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 14 de 28

5.0 Diagrama de flujo

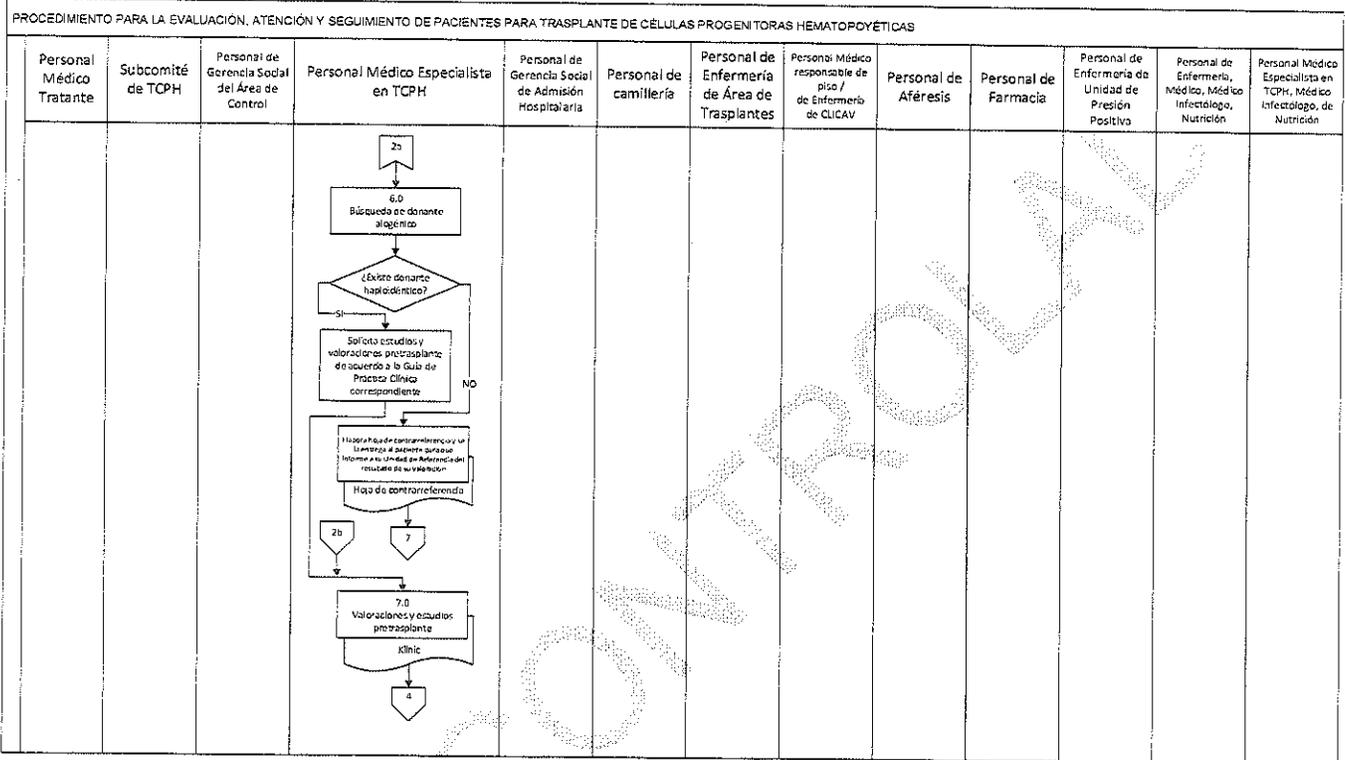


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

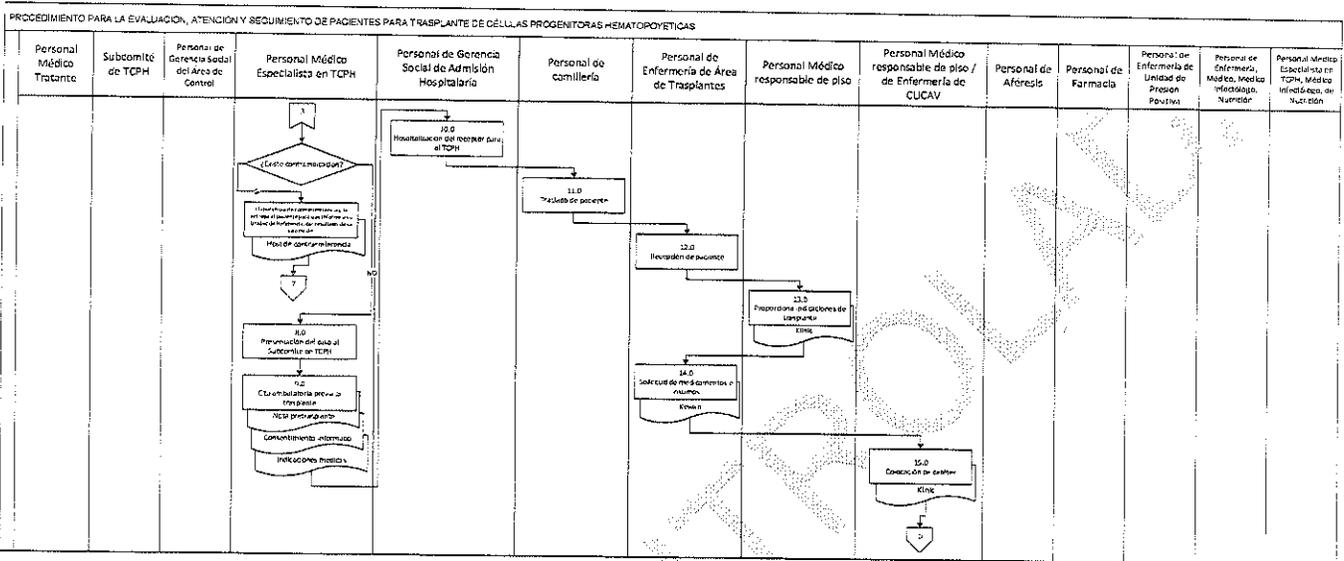
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 15 de 28

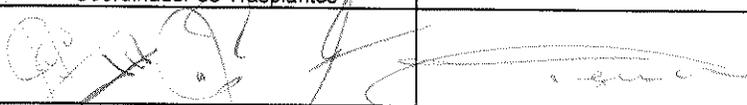
PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS												
Personal Médico Tratante	Subcomité de TCPH	Personal de Gerencia Social del Área de Control	Personal Médico Especialista en TCPH	Personal de Gerencia Social de Admisión Hospitalaria	Personal de camillería	Personal de Enfermería de Área de Trasplantes	Personal Médico responsable de piso / de Enfermería de CLICAV	Personal de Aféresis	Personal de Farmacia	Personal de Enfermería de Unidad de Presión Positiva	Personal de Enfermería, Médico, Médico Infectólogo, Nutrición	Personal Médico Especialista en TCPH, Médico Infectólogo, de Nutrición
			<p>1</p> <p>5.0 Evaluación de paciente en Consulta Externa</p> <p>¿El paciente cumple con los criterios de TCPH?</p> <p>NO</p> <p>Informa al paciente que no cumple con los criterios de trasplante y se le entrega hoja de contraindicación.</p> <p>SI</p> <p>7</p> <p>¿Cloran de las células autólogas?</p> <p>NO</p> <p>Seguirá el receptor con preparación de donante de células autólogas.</p> <p>3b</p> <p>3a</p>									

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

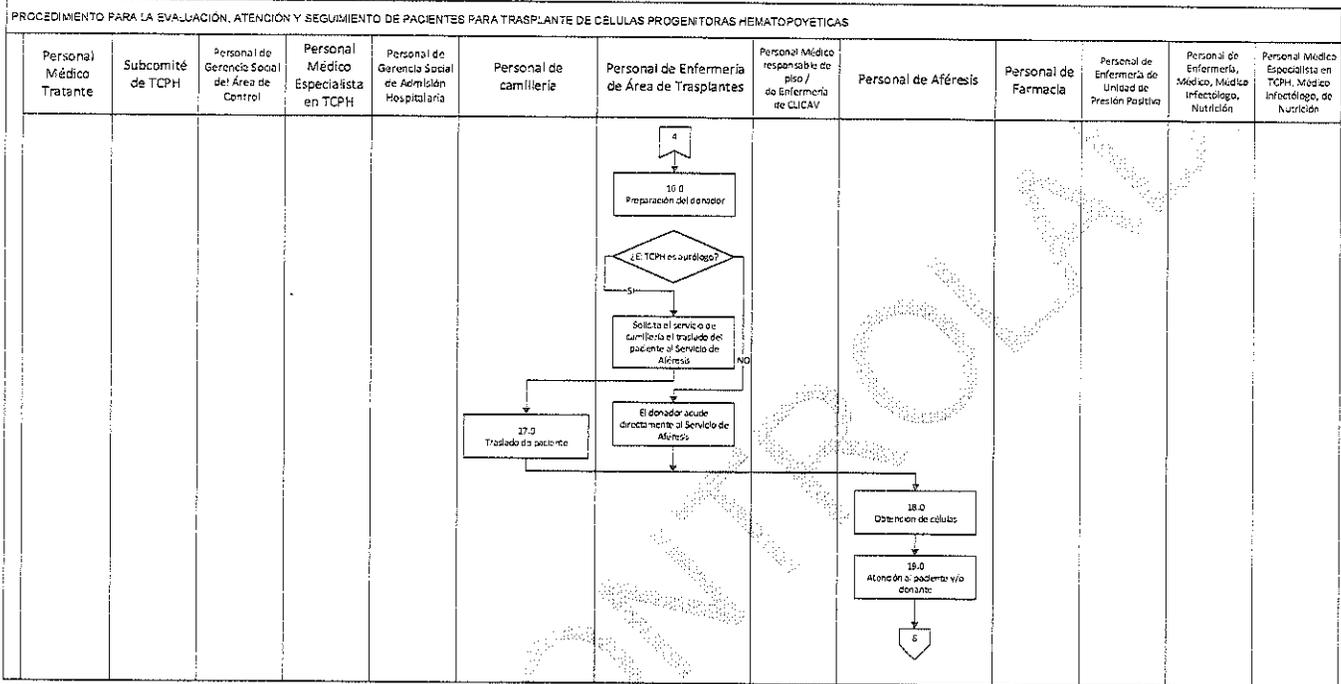


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

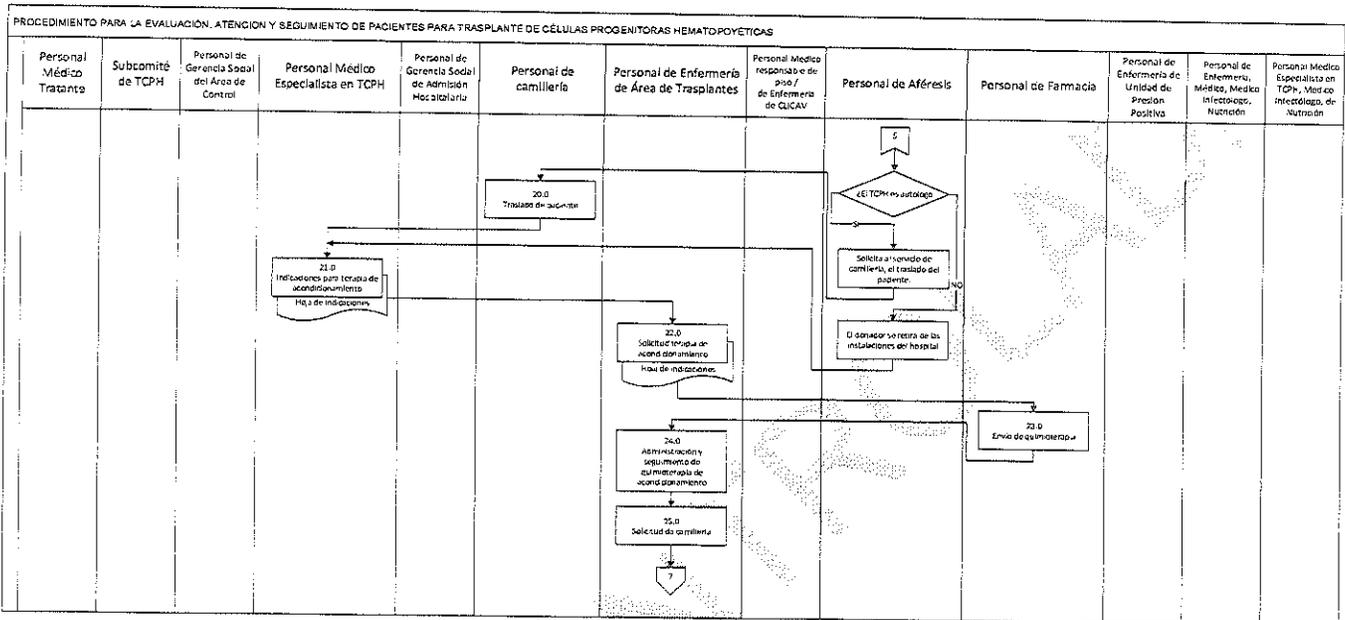


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

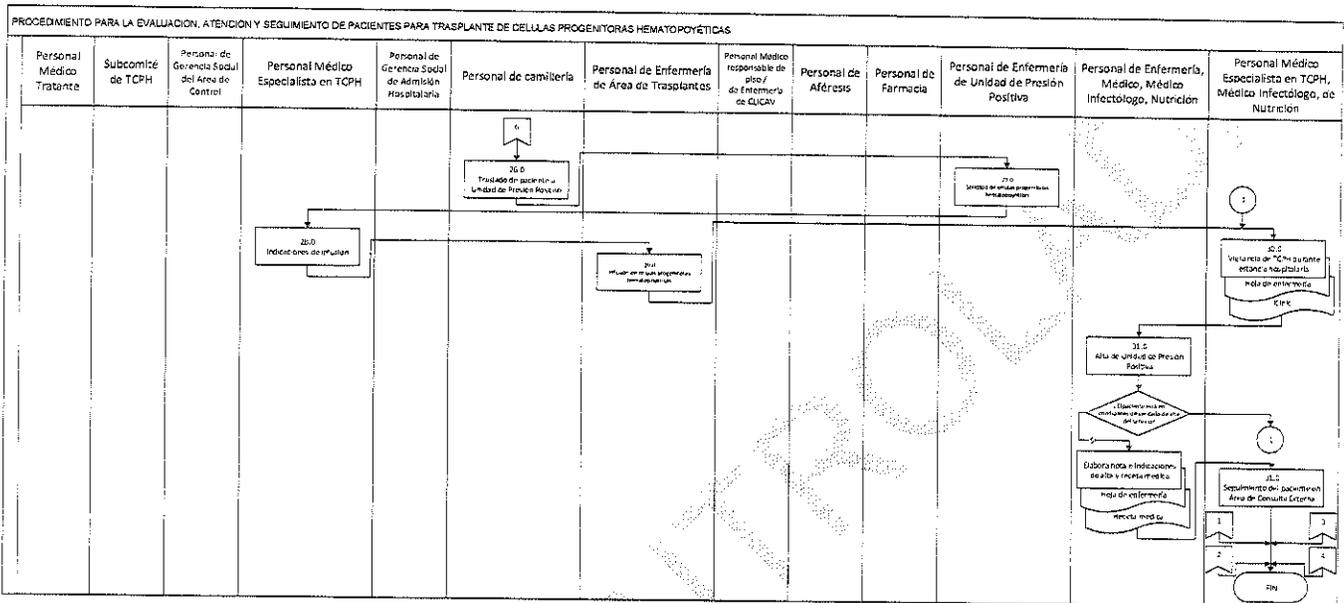
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAES – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 18 de 28



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 21 de 28

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ljungman P, Bregni M, Brune M. et al. (2010). Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: Current practice in Europe 2009. Bone Marrow Transplant. 45:219-234.	No Aplica
Apperley J, Carreras E, Gluckman E, Masszi T. (2012 Revised Edition). Haematopoietic Stem Cell Transplantation. The EBMT Handbook 6 th Edition.	No Aplica
Hamadani M, Craig M, Awan FT, Devine SM. (2010). How we approach patient evaluation for hematopoietic stem cell transplantation Bone Marrow Transplantation. 45: 1259–1268.	No Aplica
Bensinger W, DiPersio JF, McCarty JM (2009). Improving stem cell mobilization strategies: future directions. Bone Marrow Transplantation. 43, 181–195.	No Aplica
Guía técnica para elaboración de manual de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	POP-DDO-PO-005-02
Procedimiento para la identificación correcta del paciente	PR – DG – 106
Procedimiento para el traslado intrahospitalario del paciente	No Aplica
Procedimiento para ingreso de paciente a hospitalización	HRAEB-SDE-MPAH-IH-02
Manual de Procedimientos de la Clínica al Cuidado de los Accesos Vasculares	MP – SE – CLICAV – 01
Procedimiento de recepción y conservación de quimioterapia en las áreas de hospitalización	PR – SE – 22

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 22 de 28

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Kewan	Indefinido	Subdirección de Tecnologías de Información	No Aplica
Expediente clínico	5 años	Subdirección de Tecnologías de Información / Área de Archivo Clínico	No aplica

8.0 Glosario

- 8.1 Aféresis:** Técnica mediante la cual se separan los componentes de la sangre para su uso terapéutico y la devolución al torrente sanguíneo de lo no utilizado.
- 8.2 Autólogo:** Dícese del trasplante donde el tejido y/o células a trasplantar provienen de la misma persona que se trasplanta.
- 8.3 Células Progenitoras Hematopoyética:** Células que tienen las propiedades de autoregeneración, proliferación y diferenciación hacia células maduras, con recuperación completa de la médula ósea y la sangre periférica.
- 8.4 Movilización:** Proceso en el cuál la célula progenitora hematopoyética, que de manera natural reside en la médula ósea, sale a la circulación sanguínea.
- 8.5 Plaquetopenia:** Descenso patológico del número de plaquetas.
- 8.6 Trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas:** Las células progenitoras hematopoyéticas provienen de un donante sano, emparentado (geno-idéntico cuando sea posible), o no emparentado. En ausencia de un donante se utilizan células a partir de sangre de cordón umbilical. El origen del donante más frecuente es un miembro de la familia (geno-idéntico).
- 8.7 Trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas:** Las células progenitoras hematopoyéticas son obtenidas del mismo paciente, idealmente en una situación de enfermedad residual mínima.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 23 de 28

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica

10.0 Anexos

10.1 Receta médica.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO



RECETA DIGITAL

Folio: _____

Nombre: _____ Expediente: _____ Fecha: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

Número de afiliación: _____ Vigencia de póliza: _____

Diagnósticos: _____

Prescripción: _____

Observaciones: _____

Médico Emisor: _____

Cédula Médico: _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO - ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 24 de 28

10.2 Consentimiento informado

		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO GARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 77 BIS. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034 SSA/2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.3.			
Nombre del (de la) paciente:		Edad:	
Fecha de nacimiento: 16/05/1986		Fecha y hora:	
Acepto que el/la Dr./Dra. _____ quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi diagnóstico presuntivo de ingreso es: Linfoma de Hodgkin.			
Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento: Colocación de catéter Mahurak.			
Entiendo que el procedimiento señalado consiste en: Analgesia local, punción y colocación del catéter.			
Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento para que se me realice el mismo, sabiendo que los beneficios del procedimiento propuesto son: Trasplante de células madre hematopoyéticas.			
Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones inmediatas o tardías:			
Riesgos más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico): Hemorragia, lesión a tejidos blandos, neumotórax, infección asociada a catéter.			
Riesgos personalizadas (mencionar en base a las características dinicas específicas del paciente):			
Así mismo, estoy enterado (a) que el procedimiento propuesto es la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen las siguientes opciones: Ninguna.			
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.			
Si el médico idemifica alguna urgencia derivada del acto médico señalado, le otorgo mi autorización para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, standiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.			
Estoy enterado (a) de que no existe garantía sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que no cure mi enfermedad. Así mismo conozco que se pueden presentar las siguientes molestias durante mi recuperación: Dolor.			
Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE	
"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por ser menor de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud."			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE HEMATO – ONCOLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS		Hoja: 25 de 28

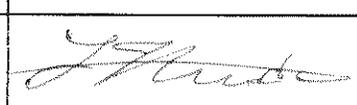
10.3 HRAEB-SE-017 v5 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Página 1 Anverso.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:		Fecha:	Cama:	Servicio:
Nombre:		Expediente:		Edad:
Pesar:		Talla:		Fecha de ingreso:
Superficie corporal:		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> / Femenino <input type="checkbox"/>		Escolaridad:
Buenas para la alimentación y el aprendizaje: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Especifico:		Raigón:
Diagnóstico médico:		Otra entidad:		
Procedimientos realizados:				
Medico tratante:				
MARCAJE ESPECIAL	ESTADO DE CONCIENCIA:	ADRE:	Alergias:	CONSTITUCIÓN:
	COLOREACIÓN:	ACTIVIDAD:	CONDICIÓN PSÍQUICA:	CONFORMACIÓN:
Conciencia: M V N Desorientación: M V N Confusión: M V N Entorpecido: M V N No responde: M V N	Normal: M V N -Fiebre: M V N -Fórmula: M V N -Edematosa: M V N -Otra: M V N	Normal: M V N -Pálida: M V N -Ictericos: M V N -Rubicundo: M V N -Otra: M V N	Análisis adaptativo: M V N -Voluntaria: M V N -Forzada: M V N -Involuntaria: M V N -Pasiva: M V N	Grueso y seroso: M V N -Buena: M V N -Pobre: M V N -Otra: M V N
Temperatura: MATUTINO (M) VESPERTINO (V) NOCTURNO (N) 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40	SIGNOS VITALES Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal TA Sistólica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal TA Diastólica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal TA Media: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal F. Cardíaca: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal F. Respiratoria: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			
Saturación O2: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Ventilación: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal F.L.O2: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal P.V.C: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal P.A.S: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal P.A.D: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal P.A.M: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	OTROS PARÁMETROS Glucosa capilar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Glucosa: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Diámetro pupilar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Reflejo pupilar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Papedema: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Tipo de dieta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			
SERVICIO DE CUIDADOS: Valoración de factores de riesgo <input type="checkbox"/> Limpieza de piel <input type="checkbox"/> Higiene bucal adecuada <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas <input type="checkbox"/> Cuidado de vías de acceso <input type="checkbox"/> Manejo de comunicación <input type="checkbox"/> Educación al paciente	Nivel: M V N Tipo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Intensidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	SERVICIO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: Valoración de factores de riesgo <input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física <input type="checkbox"/> Inmovilidad en la actividad física <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Alteración de la percepción sensorial <input type="checkbox"/> Alteración de la percepción de dolor	Nivel: M V N Tipo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Intensidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Valoración: M V N Con dependencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Limitaciones personales y físicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIAGNÓSTICO: P001 P002 P003 P004 P005	EXÁMENES DE LABORATORIOS / INSTRUMENTALES			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

HRAEB-SE-017 v5 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Página 1 Reverso.

DIAGNÓSTICOS SIGNIFICATIVOS PARA EL "DRE"	DIMENSIONES HUMANAS ALTERADAS																													
	MADURACIÓN				VESPERTINIDAD				NOCTURNIDAD																					
DATOS SIGNIFICATIVOS PARA EL "DRE"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DRE)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión</td> <td><input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión</td> <td><input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno</td> <td><input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno</td> <td><input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas</td> <td><input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas</td> <td><input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión</td> <td><input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión</td> <td><input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión</td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno	<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno	<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno	<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas	<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas	<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas	<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión
<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> A) Dolor: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico																												
<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Determino de la integridad cutánea/lesión																												
<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Riesgo de infección del acceso vascular																												
<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno	<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno	<input type="checkbox"/> D) Riesgo de infección y lesión en tracto interno																												
<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas	<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas	<input type="checkbox"/> E) Riesgo de caídas																												
<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Riesgo de úlceras por presión																												
INTERVENCIONES ACTIVIDADES	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección</td> <td><input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección</td> <td><input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección</td> <td><input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección</td> <td><input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio</td> <td><input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio</td> <td><input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas</td> <td><input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas</td> <td><input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas</td> <td><input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas</td> <td><input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas</td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor	<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor	<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor	<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas	<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas	<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas	<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas	<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas	<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas
<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor	<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor	<input type="checkbox"/> A) Manejo y valoración periódica del dolor																												
<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	<input type="checkbox"/> B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección																												
<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	<input type="checkbox"/> C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección																												
<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	<input type="checkbox"/> D) Mantener sistema funcional y sitio limpio																												
<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas	<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas	<input type="checkbox"/> E) Prevención de caídas, barreras elevadas																												
<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas	<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas	<input type="checkbox"/> F) Cuidados de la piel: Baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas																												
RESULTADOS OBTENIDOS	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión</td> <td><input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión</td> <td><input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular</td> <td><input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno</td> <td><input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno</td> <td><input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión</td> <td><input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión</td> <td><input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión</td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor	<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor	<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor	<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno	<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno	<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno	<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión
<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor	<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor	<input type="checkbox"/> A) Reducir el nivel de dolor																												
<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión	<input type="checkbox"/> B) Lograr la integridad cutánea/lesión																												
<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> C) Evitar la infección del acceso vascular																												
<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular	<input type="checkbox"/> D) Evitar infección del acceso vascular																												
<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno	<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno	<input type="checkbox"/> E) Evitar caídas durante el turno																												
<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión	<input type="checkbox"/> F) Evitar úlceras por presión																												

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Lauro Fabián Amador Medina	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Javier Moisés Castellanos Martínez / Dr. Luis Alberto Tavares de la Paz / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Médico Especialista A y Coordinador del Subcomité de TCPH	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos / Jefe de Servicio de Hemato-Oncología / Coordinador de Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

