COPIA CONTROLADA

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

1.0 Propósito

1.1 Implementar un procedimiento estandarizado que guíe la atención segura para pacientes adultos y pediátricos 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 vigente.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Enfermería, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención Hospitalaria, Servicio de Hemato - Oncología, Servicio de Pediatría, Servicio de Medicina Interna, Área de Farmacia Hospitalaria, Área de Gerencia Social, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado, Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas y Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.

2.2 A nivel externo aplica a las Unidades de Referencia y Hospitales, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), Paciente, Cuidador, Familiar y/o Representante Legal del Paciente, Servicio Subrogado de Laboratorio y a los Servicios Subrogados del Inversionista Proveedor (IP).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

PERSONAL MÉDICO TRATANTE

Previo a Hospitalización

3.1 Realizar una evaluación integral del Paciente, previo a ingresar al protocolo de TCPH, de acuerdo con la Normativa y Recomendaciones Nacionales e Internacionales aplicables vigentes.

3.2 Evaluar criterios de indicación de trasplante y definir el tipo de trasplante (autólogo o alogénico) según el enfoque de la patología de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión conforme lo establecido en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Americana de Trasplante y Terapia Celular, y las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Trasplante de Médula Ósea.

3.3 Realizar la tipificación HLA al receptor y donador potencial en caso de trasplante alogénico.

3.4 Solicitar valoraciones integrales pre-trasplante del receptor:

a) Intrahospitalarias:
- Clínicas: Infectología, psicología, nutrición.
- No Clínicas: Gerencia social de trasplante, Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

b) Extrahospitalaria, en la unidad de referencia u hospital donde se atienda el Paciente:
- Clínica: Odontología ya que no se cuenta con especialista en el hospital u otros servicios interconsultantes de acuerdo con la condición clínica del Paciente.

3.5 Solicitar al Área de Gerencia Social del programa de trasplante, el agendar una cita a todo paciente posible candidato a donador sano para protocolo de trasplante en consulta externa con el Personal Médico Tratante para revisar estudios y definir si cumple con las condiciones para ser donador.

3.6 Solicitar valoraciones pre-trasplante del donador:
a) Intrahospitalarias:
- Clínica: Infectología, personal altamente capacitado para colocación de catéter y medicina interna (si corresponde).
- No Clínica: Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Clínica de Asesoría de Trasplante, Gerencia Social de trasplante y Psicología.

b) Extrahospitalaria, en la Unidad de Referencia u Hospital donde se atienda el Paciente:
- Clínica: Medicina interna para evaluar si puede someterse al procedimiento de cosecha de progenitores hematopoyéticos mediante aféresis u otros servicios interconsultantes de acuerdo con la condición clínica del Paciente.

3.7 Enviar al Paciente receptor adulto y cuidador acompañante del receptor pediátrico, a la plática educativa de inducción e información sobre procesos pre-trasplante, durante y post trasplante con el Área de Gerencia Social del Programa de TCPH.

3.8 Enviar al Paciente receptor adulto y cuidador acompañante del receptor pediátrico a la plática "Cuidados en Casa para Individuo Trasplantado", impartida por la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.

3.9 Presentar cada caso clínico al Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas al completar el protocolo de evaluación integral, donde se verifican insumos, medicamentos y personal disponible para el procedimiento.

3.10 Programar el procedimiento de trasplante y notificar las fechas de:
- Hospitalización en cuarto aislado de la presión positiva del Paciente receptor para inicio de quimioterapia de acondicionamiento y del donador para movilización y cosecha de células progenitoras hematopoyéticas (CPH); al Personal de Salud involucrado: Enfermería, Gerencia Social, Nutrición, Infectología y Medicina Interna o Pediatría, según corresponda.
- Colocación de acceso venoso central al donador/receptor bajo prescripción médica y, preferiblemente guiado por Ultrasonido, al Personal de Salud involucrado → Personal altamente capacitado para colocación de catéter.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

- Movilización de células progenitoras hematopoyéticas en paciente receptor (autólogo) o en donador (alogénico); al Personal de Salud involucrado → Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis.
- Infusión de células progenitoras hematopoyéticas del receptor; al Personal de Salud involucrado → Personal de Enfermería.

3.11 Solicitar la valoración por la clínica de trasplante y gerencia social del programa de trasplante para seguimiento pre, trans y post trasplante.

3.12 Informar al Subcomité de Trasplante del procedimiento para que el coordinador reporte ante el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS).

Hospitalización del Donador/Receptor

3.13 Indicar de forma electrónica en el sistema Klinic y de manera impresa en las indicaciones médicas: las fechas y horarios de la quimioterapia de acondicionamiento, profilaxis infecciosa, profilaxis inmunosupresora; así como, todos los medicamentos que se prescriban y la dieta específica del Paciente. (Anexo 10.1 Indicaciones médicas).

3.14 Indicar bajo prescripción médica la instalación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo; acorde a la edad del paciente y que sea funcional para el procedimiento de aféresis. Previa obtención del Carta de consentimiento informado específico y del Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos fuera de quirófano. (Anexo 10.2 Carta de consentimiento informado específico y Anexo 10.3. Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos o de alto riesgo fuera de quirófano).

3.15 Solicitar la colocación de catéteres donador/receptor por Personal altamente capacitado para la colocación de catéter, preferiblemente de forma guiada por Ultrasonido.

3.16 Solicitar la colocación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo, bajo las barreras máximas de seguridad de acuerdo con lo establecido en la NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.17 Indicar un esquema antibiótico de medicamentos profilácticos establecido en conjunto con el Personal Médico Tratante e Infectología en el día señalado según el protocolo.

3.18 Indicar un esquema de profilaxis para enfermedad injerto contra huésped (EICH) a todos los pacientes que se sometan a trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas según las guías de prácticas clínicas.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

3.19 Brindar información, llenar debidamente y solicitar la firma en la carta de consentimiento informado específico previo al procedimiento de trasplante para el receptor y cosecha de células progenitoras al donador. (Ver Anexo 10.2 Carta de consentimiento informado específico).

3.20 Valorar y evaluar que todo cuidador acompañante de paciente pediátrico, a través de pruebas de antígenos a COVID, INFLUENZA, SARAMPIÓN, etc. sean negativas, previo a su ingreso o cambio de cuidador (si se autoriza) como requisito indispensable.

3.21 Evaluar y valorar diariamente pruebas de función hepática, electrolitos séricos (3 veces a la semana), cargas virales de citomegalovirus -CMV- (semanales), Virus de Epstein-Barr -EBV- (quincenales) y niveles de inmunosupresores, pruebas de quimerismo y evaluación de la enfermedad (según la situación y evolución clínica de cada paciente). Así mismo, se deben tomar radiografías, tomografías o algún otro estudio de gabinete necesario de acuerdo con la Clínica del Paciente.

3.22 Autorizar las visitas de familiares bajo prescripción médica, individualizando por criterio médico y especificando en indicaciones médicas.

3.23 Supervisar junto con el Personal de Salud el ingreso del paciente hospitalizado en la Unidad de Presión Positiva, previo al inicio del protocolo de trasplante, donde permanece hasta su egreso hospitalario o cambio de servicio según indicación médica.

Post-Hospitalización

3.24 Otorgar el alta del paciente cuando su condición clínica lo permita.

3.25 Proporcionar el seguimiento en conjunto con los servicios auxiliares, de acuerdo con las necesidades del paciente en consulta externa. (Ver Anexo 10.4 Nota de egreso)

SUBCOMITÉ DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

3.26 Sesionar previamente los casos de Pacientes candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, donde se evalúa cada caso clínico y el cumplimiento de la evaluación integral del Paciente, en caso de cumplimiento, el Subcomité determina la fecha de programación del trasplante.

3.27 Revisar la existencia del recurso humano, infraestructura, material, medicamentos y equipo biomédico para brindar la atención del Paciente sometido a TCPH. (Ver Anexo 10.5 Recurso material para la atención (Insumos y equipo biomédico especializado)).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

COPIA CONTROLADA

CENTRO DE COLECTA, SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y AFÉRESIS

3.28 Realizar la cosecha en la unidad del Paciente / donador bajo monitorización por Personal de Enfermería de turno, Personal Médico Tratante y Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis.

3.29 Supervisar que la sangre y componentes sanguíneos para uso terapéutico deben reunir los requisitos de calidad necesarios para su uso y manejo, observando los lineamientos que establece la NOM-253-SSA1- 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás disposiciones aplicables (radiados y leuco-reducidos).

3.30 Valorar previamente al ingreso al protocolo de trasplante, a los donadores de plaquetas aptos para cada Paciente de su mismo grupo sanguíneo (mínimo 5).

3.31 Mantener un abasto de componentes que cuente con los lineamientos que establece la NOM-253-SSA1- 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás disposiciones aplicables.

ÁREA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y SERVICIO DE ALIMENTOS

3.32 Indicar en el sistema electrónico y de forma escrita, el tipo de dieta o alimentación del Paciente, acorde a su valoración inicial. (No se permitirá el ingreso de alimentos externos a la institución sin previa valoración y autorización del médico tratante y del Área de Nutrición Clínica y Servicio de Alimentos).

3.33 Realizar el tamizaje de riesgo nutricional en la valoración inicial utilizando la herramienta Detección de Riesgo Nutricional NRS-2002 (ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002). Si el paciente no presenta riesgo, el servicio de Nutrición es responsable de hacer el tamizaje de seguimiento a la semana, en caso de continuar hospitalizado.

3.34 Intervenir con estrategias individualizadas según el caso lo amerite, cuando el Paciente consuma menos del 60 a 70% de los alimentos proporcionados, con la finalidad de incrementar el aporte de nutrientes. (Realizar preparaciones de alta densidad calórica, fraccionar en varios tiempos las dietas o complementar la dieta con suplementos alimenticios de baja carga bacteriana -BCB-).

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

3.35 Indicar en el sistema electrónico y por escrito en la hoja de indicaciones médicas, previo consenso con el Personal Médico Tratante, el inicio de nutrición parenteral total (NPT), si el Paciente consume por vía oral menos del 60% del valor energético total (VET) por más de 5 días, así como indicar el retiro de la NPT cuando el consumo de alimentos sea mayor al 60%, en consenso con el Personal Médico Tratante. (Ver Anexo 10.1 Indicaciones médicas).

3.36 Proporcionar por parte del Servicio de Alimentos del Inversionista Proveedor, en caso de encontrarse el paciente en adecuadas condiciones clínicas, una dieta con características de baja carga bacteriana (BCB) e individualizada; previa valoración y cálculo dietético por el servicio de nutrición, la cual debe escribirse en las indicaciones médicas del expediente clínico. (En pacientes menores de 12 años se colocará SNG, individualizando su indicación en conjunto con el Personal Médico Tratante, según las condiciones del paciente).

PERSONAL DE GERENCIA SOCIAL DELPROGRAMA DE TRASPLANTE

3.37 Realizar el diagnóstico de necesidades sociales previo al trasplante (Paciente, Representante Legal y redes de apoyo).

3.38 Establecer comunicación continua con el personal de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes para el seguimiento de los Pacientes candidatos a TCHP.

3.39 Solicitar artículos de higiene personal que el Paciente y Familiar, en caso de que el Paciente pediátrico requiera durante su estancia hospitalaria.

3.40 Establecer comunicación estrecha con el Familiar o Representante Legal del Paciente en caso de situaciones de urgencia o de ayuda, con apoyo del Personal de Gerencia Social de piso de turno.

PERSONAL DE GERENCIA SOCIAL DE PISO DE TURNO

3.41 Dar a conocer el reglamento interno del área de hospitalización de cuarto piso Trasplantes y generar pases permanentes y pases especiales según indicaciones del Personal Médico.

3.42 Supervisar que un Familiar responsable del paciente receptor adulto debe estar disponible en menos de veinticuatro (24) horas para presentarse en el Hospital si es requerido.

3.43 Supervisar en caso de pacientes pediátricos, que el cuidador acompañé al Paciente durante toda su estancia hospitalaria, a quien se le debe proveer un área de descanso, baño, aseo personal

COPIA CONTROLADA

dentro de la Unidad de Presión Positiva, así como sus alimentos (el período de relevo puede realizarse únicamente bajo autorización del Personal Médico Tratante).

PERSONAL DE ENFERMERÍA

3.44 Cumplir con lo establecido en los lineamientos establecidos HRAEB-LI-DE-SE-03 Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la unidad de presión positiva.

3.45 Realizar las valoraciones al Paciente conforme lo establecido en: Escala de advertencia temprana (NEWS 2 adaptada al HRAEB) o Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) y notificar oportunamente al Personal Médico. (Ver Anexo 10.7 Escala de advertencia temprana (NEWS 2 adaptada al HRAEB) y 10.8 Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT))

3.46 Realizar el baño del paciente en regadera mientras su cuenta plaquetaria lo permita (por encima de 20 mil plaquetas) y una vez que el paciente se encuentre en plaquetopenia (menos de 20 mil plaquetas) se valora realizar baño en seco con toallas con clorhexidina.

3.47 Supervisar que el Personal de Salud, Inversionista Proveedor y Personal en general, que al ingresar a la Unidad de Presión Positiva se apegue al documento HRAEB-LI-DE-SE-03 Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la unidad de presión positiva.

PERSONAL DE SALUD

3.48 Es responsabilidad del Personal de Salud, brindar atención especializada al receptor / donador durante la hospitalización. (Ver Anexo 10.6 Equipo y competencias del personal de atención).

3.49 Es responsabilidad del Personal Médico Internista, dar seguimiento al Paciente donador sano adulto, durante su hospitalización para el procedimiento de cosecha.

3.50 Es responsabilidad del Personal Médico Pediatra, dar seguimiento a los Pacientes donadores sanos/receptores pediátricos hospitalizados (peso superior de 45 Kg).

3.51 Los roles de guardia y valoración de Pacientes deben ser coordinados con el Personal Médico de guardia de Pediatría (pacientes pediátricos) y Medicina Interna (pacientes adultos), para fortalecer la continuidad de la atención.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

3.52 Es responsabilidad del Personal Médico Tratante, Personal de Medicina Interna, Personal de Pediatría acompañados de Personal de Gerencia Social de piso en turno, dar informes médicos diario en la Unidad de Presión Positiva a los Familiares de lunes a viernes a las 12 y 18 horas y en jornada acumulada a las 17hrs, así como recabar la firma en la bitácora.

3.53 Es responsabilidad del Personal Médico, manejar de forma multidisciplinaria a los Pacientes que presenten alguna complicación secundaria (sepsis, neutropenia febril, falla de injerto, hemorragia, choque séptico, etc.). Estos Pacientes se manejan en el servicio que requiera para su atención integral.

3.54 Es responsabilidad del Personal de Salud, reunir la documentación indispensable para la atención del Paciente y la comunicación efectiva entre el equipo, que a continuación se enlista:

- Historia clínica. (Ver Anexo 10.9 Historia clínica).
- Carta de consentimiento informado para hospitalización. (Ver Anexo 10.10 Carta de consentimiento informado para Hospitalización).
- Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados. (Ver Anexo 10.11 Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados).
- Carta de Consentimiento Informado Específico. (Ver Anexo 10.2).
- Nota de evolución médica. (Ver Anexo 10.12 Nota de evolución médica).
- Nota de interconsulta. (Ver Anexo 10.13 Nota de interconsulta).
- Indicaciones médicas. (Ver Anexo 10.1).
- Hoja de referencia / traslado. (Ver Anexo 10.14 Hoja de referencia / traslado).
- Hoja de contrarreferencia. (Ver Anexo 10.15 Hoja de contrarreferencia).
- Hoja de registros clínicos de enfermería. (Ver Anexo 10.16 Hoja de registros clínicos de enfermería).
- Nota de gerencia social / entrevista. (Ver Anexo 10.17 Nota de Gerencia Social / entrevista).
- Nota de psicología. (Ver Anexo 10.18 Nota de Psicología).
- Base de datos de pacientes trasplantados. (Ver Anexo 10.19 Base de datos de pacientes TCPH).
- Bitácora de informes médicos. (Ver Anexo 10.20 Bitácora de informes médicos).

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Evaluación de criterios de indicación de TCPH	Responsable: Personal Médico Tratante

1.1 Evalúa criterios de indicación del paciente a trasplantar según guías clínicas de TCPH.
- Hoja de referencia / traslado.

¿Cumple criterios?

Si: Pasa a etapa 2.0.
No:

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 2.0 Definición de tipo de TCPH	Responsable: Personal Médico Tratante

2.1 Define el tipo de trasplante según guías clínicas de TCPH: Autólogo o alogénico.

¿El tipo de TCPH es alogénico?

Si: Registra en nota clínica que el TCPH es alogénico. Pasa a etapa 3.0.
- Nota Clínica.

No: Registra en nota clínica que el TCPH es autólogo. Pasa a etapa 4.0.
- Nota Clínica.

Etapa 3.0 Tipificación HLA y grupo Rh	Responsable: Personal Médico Tratante

3.1 Realiza tipificación de HLA y grupo Rh sanguíneo al receptor y a los posibles candidatos a donador sano.
- Solicitud de Laboratorio.

3.2 Solicita al Personal de Gerencia Social del programa de TCPH, agendar cita en consulta externa con médico tratante a los posibles candidatos a donador sano para revisar estudios.

¿Se encuentra donador compatible?

Si: Pasa a etapa 4.0.
No:

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 4.0 Solicitud de Laboratorios	Responsable: Personal Médico Tratante

4.1 Realiza la solicitud de pruebas de serología al receptor / donador y registra en el sistema.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

- Sistema Klinic.
- Solicitud de Laboratorio.

Etapa 5.0 Valoraciones integrales pre TCPH	Responsable: Personal Médico Tratante

5.1 Indica las valoraciones integrales pre-trasplante del receptor y donador (TCPH alogénico).
- Solicitud de Interconsultas en sistema Klinic.

¿Existe contraindicación para ingresar al protocolo de TCPH?

Si:

TERMINA PROCEDIMIENTO

No: Pasa a etapa 6.0.

Etapa 6.0 Finalización del proceso de evaluación integral de caso	Responsable: Personal Médico Tratante

6.1 Envía al Paciente receptor y al cuidador acompañante de Paciente receptor pediátrico a la plática educativa de inducción e información con Personal Gerencia Social del Programa de TCPH.

6.2 Envía al Paciente receptor y al cuidador acompañante de Paciente receptor pediátrico a la plática informativa por parte de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en trasplante.

6.3 Envía al Paciente receptor y al Cuidador Acompañante de Paciente receptor pediátrico al Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis para valoración de los donadores.

6.4 Elabora la carta de consentimiento informado específico de procedimiento de TCPH.
- Carta de Consentimiento Informado Específico.

6.5 Presenta caso del Paciente al Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas para verificación de insumos, medicamentos y personal disponible para el procedimiento.
- Nota Clínica.

Etapa 7.0 Sesión del Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas	Responsable: Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas

7.1 Revisa el caso del Paciente.

7.2 Verifica que se cuente con los recursos necesarios para el trasplante.

¿Se cuenta con los recursos?

Si: Pasa a etapa 8.0.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

No: Registra a Paciente en nota clínica y queda en espera hasta contar con los recursos necesarios.
- Nota Clínica.

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 8.0 Programación del Protocolo de TCPH	Responsable: Personal Médico Tratante

8.1 Programa procedimiento de TCPH y establece fechas de hospitalización, colocación de accesos venosos del RECEPTOR/DONADOR (TCPH alogénico), movilización e infusión de células progenitoras hematopoyéticas.
- Nota Clínica.

8.2 Elabora Carta de consentimiento informado para hospitalización.
- Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización.

Etapa 9.0 Hospitalización del receptor	Responsable: Personal Médico Tratante

9.1 Hospitaliza al Paciente receptor a la Unidad de Presión Positiva del Servicio de Trasplante y solicita el quimerismo basal.
- Solicitud de Laboratorio.

9.2 Solicita valoración inicial por Área de Nutrición Clínica y Servicio de Alimentos para tamizaje de riesgo nutricional.
- Nota de Interconsulta.

9.3 Indica bajo prescripción médica la instalación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo para el receptor.
- Sistema Klinic.
- Indicaciones médicas impresas.

9.4 Indica las fechas y horarios de la quimioterapia de acondicionamiento, profilaxis infecciosa, profilaxis inmunosupresora; así como medicamentos de soporte y la dieta específica del Paciente.
- Sistema Klinic.
- Indicaciones médicas impresas.

9.5 Inicia quimioterapia de acondicionamiento.

Etapa 10.0 Movilización de CPH	Responsable: Personal Médico Tratante

10.1 Indica bajo prescripción médica movilización de CPH en paciente receptor (autólogo) o en el paciente donador (alogénico).
- Sistema Klinic.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

- Indicaciones médicas impresas.

10.2 Hospitaliza al paciente donador (TCPH alogénico).

10.3 Indica bajo prescripción médica la colocación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo para el donador (TCPH alogénico).
- Sistema Klinic.
- Indicaciones médicas impresas.

Etapa 11.0 Cosecha de CPH	Responsable: Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis

11.1 Realiza cosecha de células progenitoras hematopoyéticas.

Etapa 12.0 Evaluación de cosecha de CPH	Responsable: Personal de Enfermería y Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis

12.1 Monitoriza a Paciente durante la aféresis de CPH.
- Hoja de registros clínicos de enfermería.

Etapa 13.0 Conteo de cosecha CD34	Responsable: Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis

13.1 Envía a Laboratorio la aféresis de células progenitoras hematopoyéticas para conteo final de CD34 previo a infundir.

¿Se tiene un adecuado conteo de CD34?

Si: Pasa a etapa 14.0.
No: Programa nueva cosecha. Regresa a etapa 11.0.
- Sistema Klinic.

Etapa 14.0 Infusión de CPH	Responsable: Personal Médico Tratante, Personal Médico en Infectología y

14.1 Inicia el esquema de medicamentos profilácticos infecciosos establecido según el protocolo, valorado e indicado por infectología en conjunto con el Personal Médico Tratante.
- Nota Clínica

14.2 Realiza infusión de células progenitoras hematopoyéticas al receptor, según indicado en el protocolo de trasplante en el día cero (0).

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Etapa 15.0 Evaluación de infusión de CPH	Responsable: Personal de Enfermería
15.1 Monitoriza al Paciente con constantes vitales durante la infusión. • Hojas de Enfermería.	
Etapa 16.0 Inmunosupresión profiláctica del Paciente	**Responsable: Personal Médico Tratante**
16.1 Inicia inmunosupresores profilácticos para Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) según indicación del protocolo de trasplante. • Nota Clínica. • Indicaciones médicas.	
Etapa 17.0 Evolución del injerto mieloide	**Responsable: Personal Médico Tratante**
17.1 Brinda cuidados de soporte al paciente RECEPTOR hasta el injerto de las células progenitoras. • Nota Clínica. • Indicaciones médicas. 17.2 Solicita Quimerismo el día del injerto mieloide. • Solicitud de laboratorio.	
Etapa 18.0 Quimerismo	**Responsable: Personal de Laboratorio**
18.1 Realiza quimerismo y registra en sistema Modulab. • Modulab.	
Etapa 19.0 Revisión de resultados de quimerismo	**Responsable: Personal Médico Tratante**
19.1 Revisa el reporte del quimerismo en Modulab. • Modulab. ¿Paciente cursa con injerto mieloide estable? Si: Pasa a etapa 20.0. No: Pasa a etapa 22.0.	
Etapa 20.0 Seguimiento hospitalario pos TCPH	**Responsable: Personal de Salud**
20.1 Evalúan evolución clínica del Paciente y monitorizar biometría hemática completa (diario), pruebas de función hepática, electrolitos séricos (3 veces a la semana), cargas virales de citomegalovirus - CMV- (semanales), Virus de Epstein-Barr -EBV- (quincenales) y niveles de inmunosupresores, • Modulab.	

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

20.2 Realiza estudios de gabinete necesarios de acuerdo con la evolución clínica del paciente.
- Radicom

Etapa 21.0 Monitorización de Paciente	Responsable: Personal de Enfermería

21.1 Monitoriza al paciente con constantes vitales.
- Modulab.
- Radicom.

Etapa 22.0 Evolución del Paciente	Responsable: Personal de Salud

22.1 Interconsulta de forma multidisciplinaria en caso se presente alguna complicación secundaria (sepsis, neutropenia febril, falla de injerto, hemorragias, choque séptico).
- Interconsulta Sistema Klinic.

22.2 Proporciona informes médicos a familiares de Paciente.
- Bitácora de informes.

Etapa 23.0 Alta de Paciente	Responsable: Personal Médico Tratante

23.1 Otorga el alta del paciente cuando su condición clínica lo permita para brindar seguimiento en consulta externa por el médico tratante.
- Nota de egreso.

Etapa 24.0 Seguimiento de Paciente	Responsable: Personal de Salud

24.1 Genera consulta de seguimiento en Clínica de TCPH y los servicios auxiliares de acuerdo con las necesidades del paciente y Unidad de Atención y Seguimiento en Trasplante.
- Nota Clínica.
- Indicaciones Médicas.

Etapa 25.0 Cuidados ambulatorio postrasplante	Responsable: Personal Médico Tratante

25.1 Brinda seguimiento ambulatorio postrasplante según indicación médica.
- Nota Clínica.

25.2 Agrega el alta del paciente en la base de datos de paciente TCPH.
- Base de datos de pacientes TCPH.

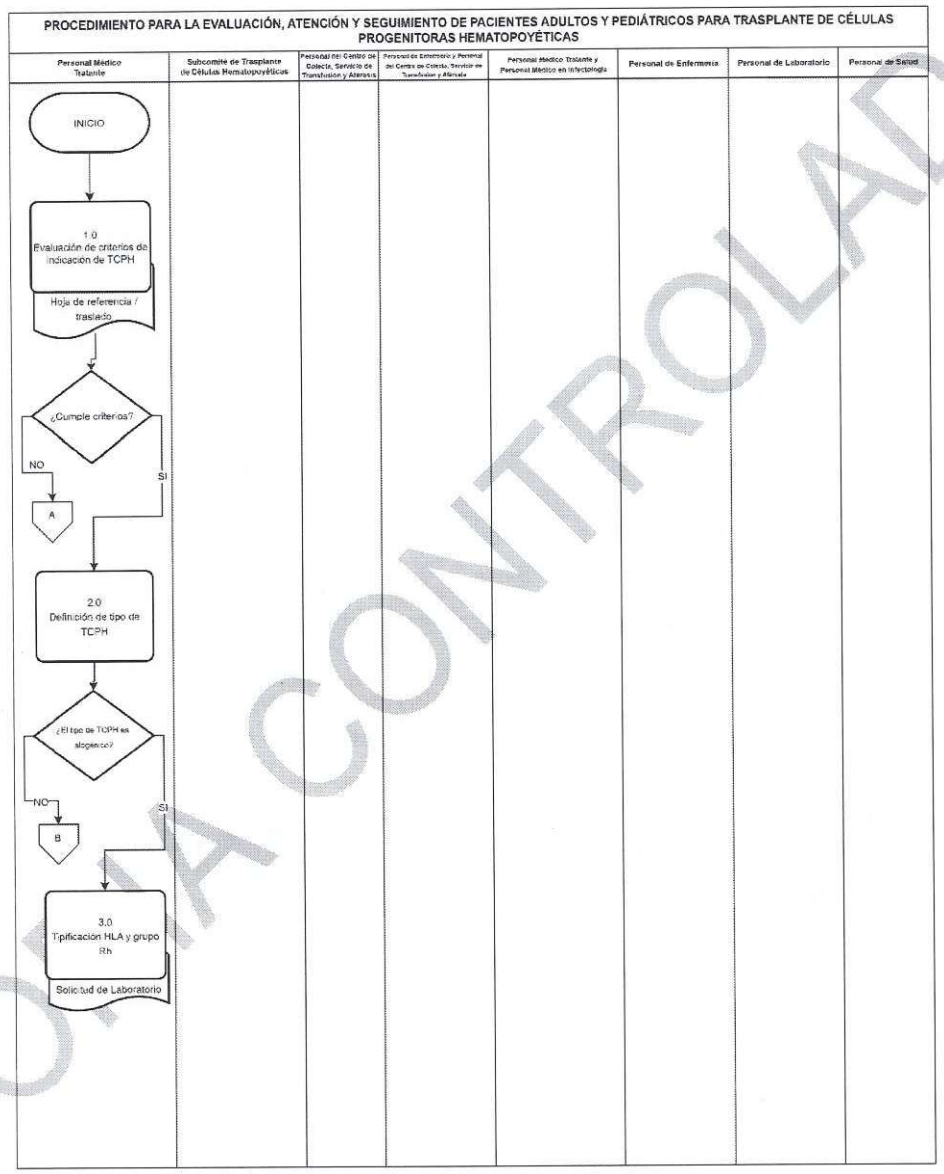
25.3 Reporta por correo electrónico ante el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea el procedimiento.

TERMINA EL PROCEDIMIENTO

COPIA CONTROLADA

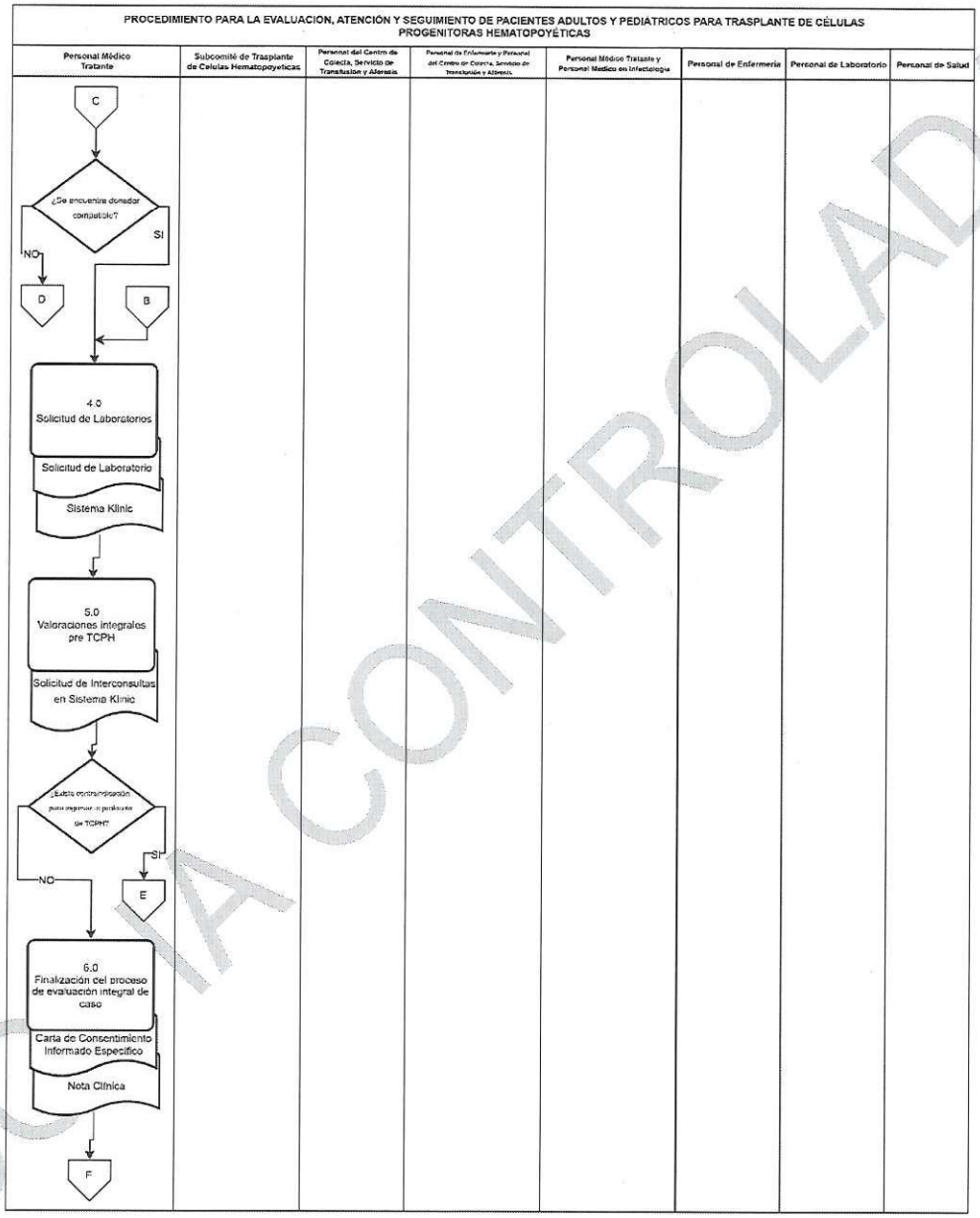
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

5.0 Diagrama de flujo



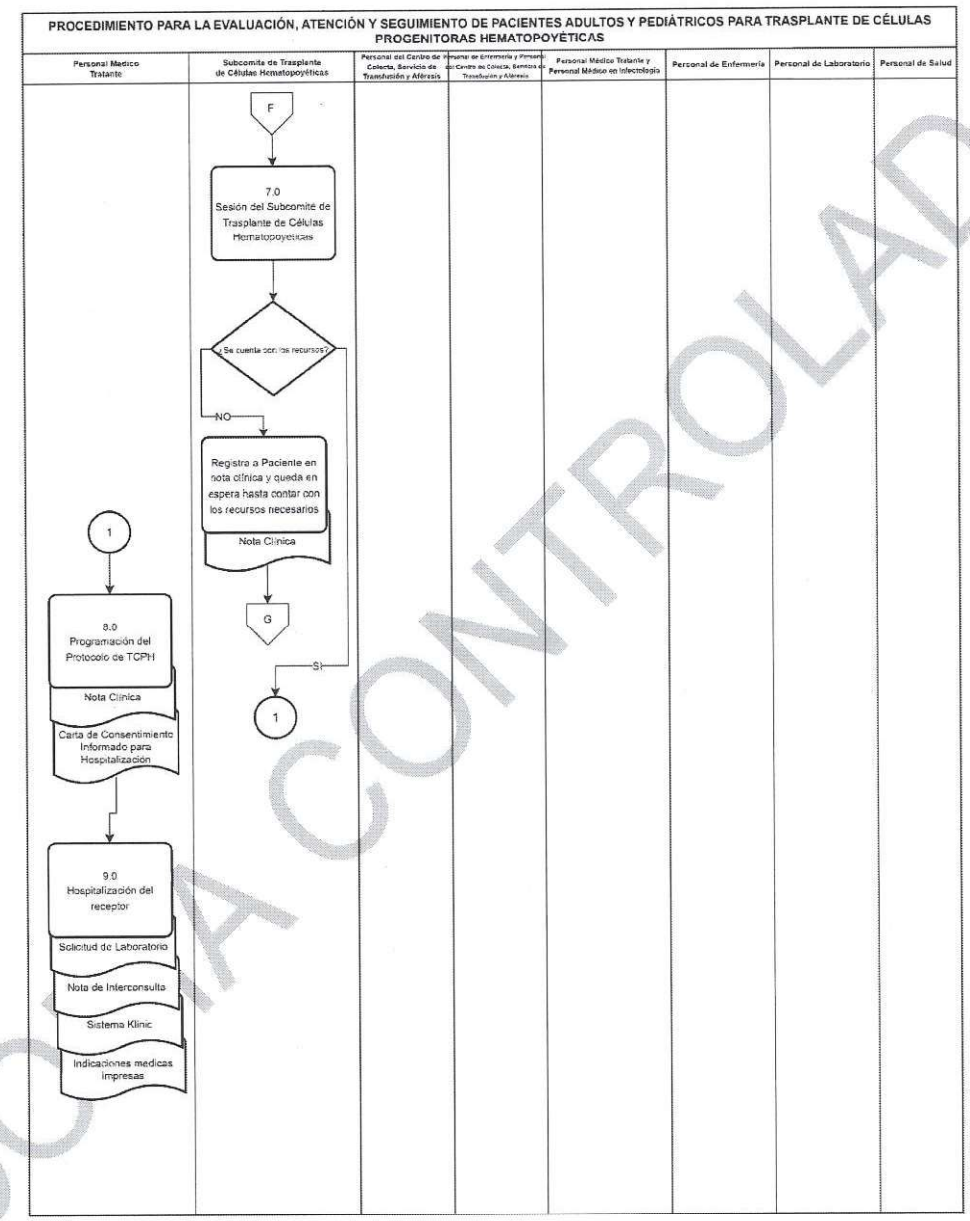
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



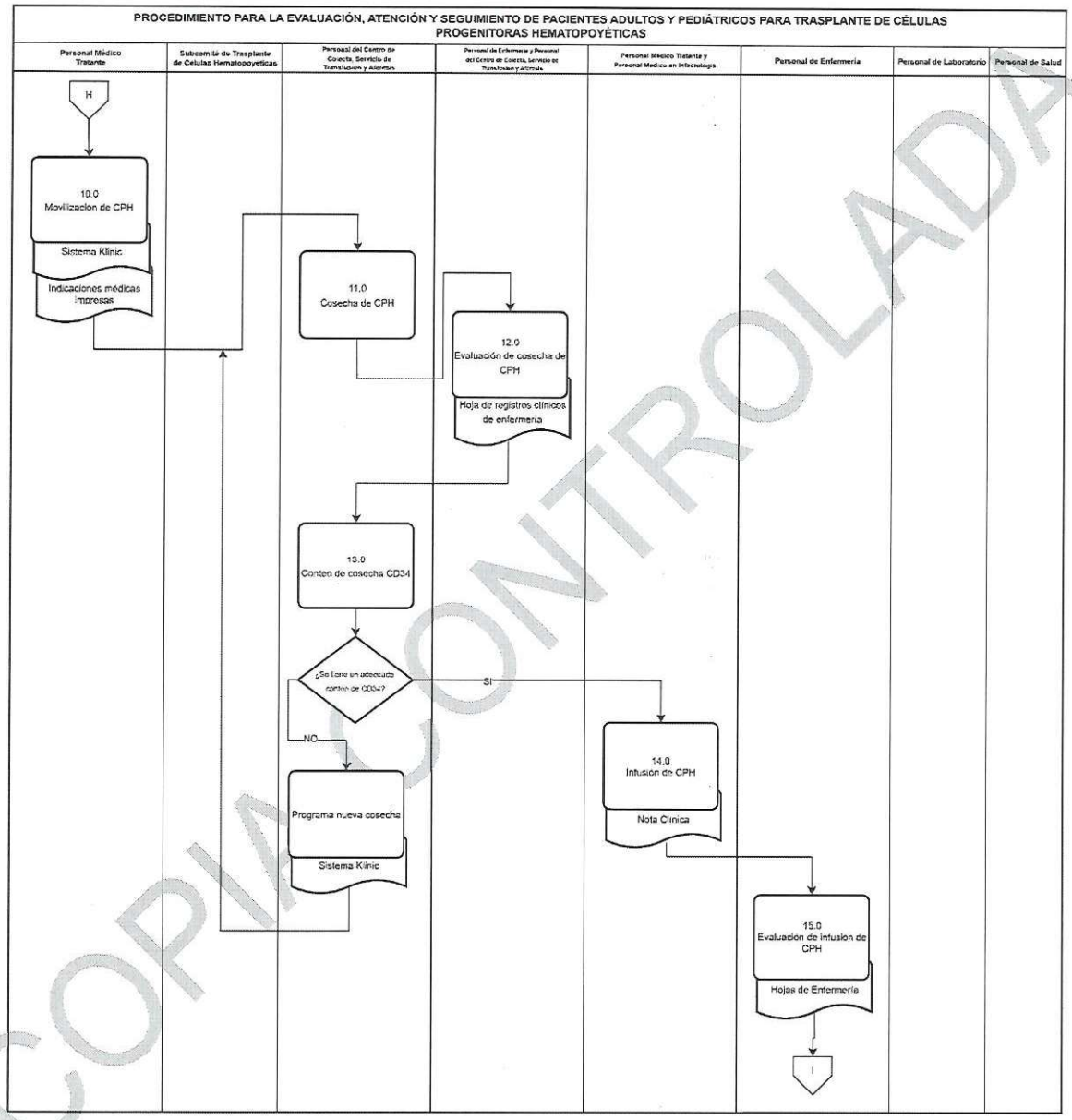
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



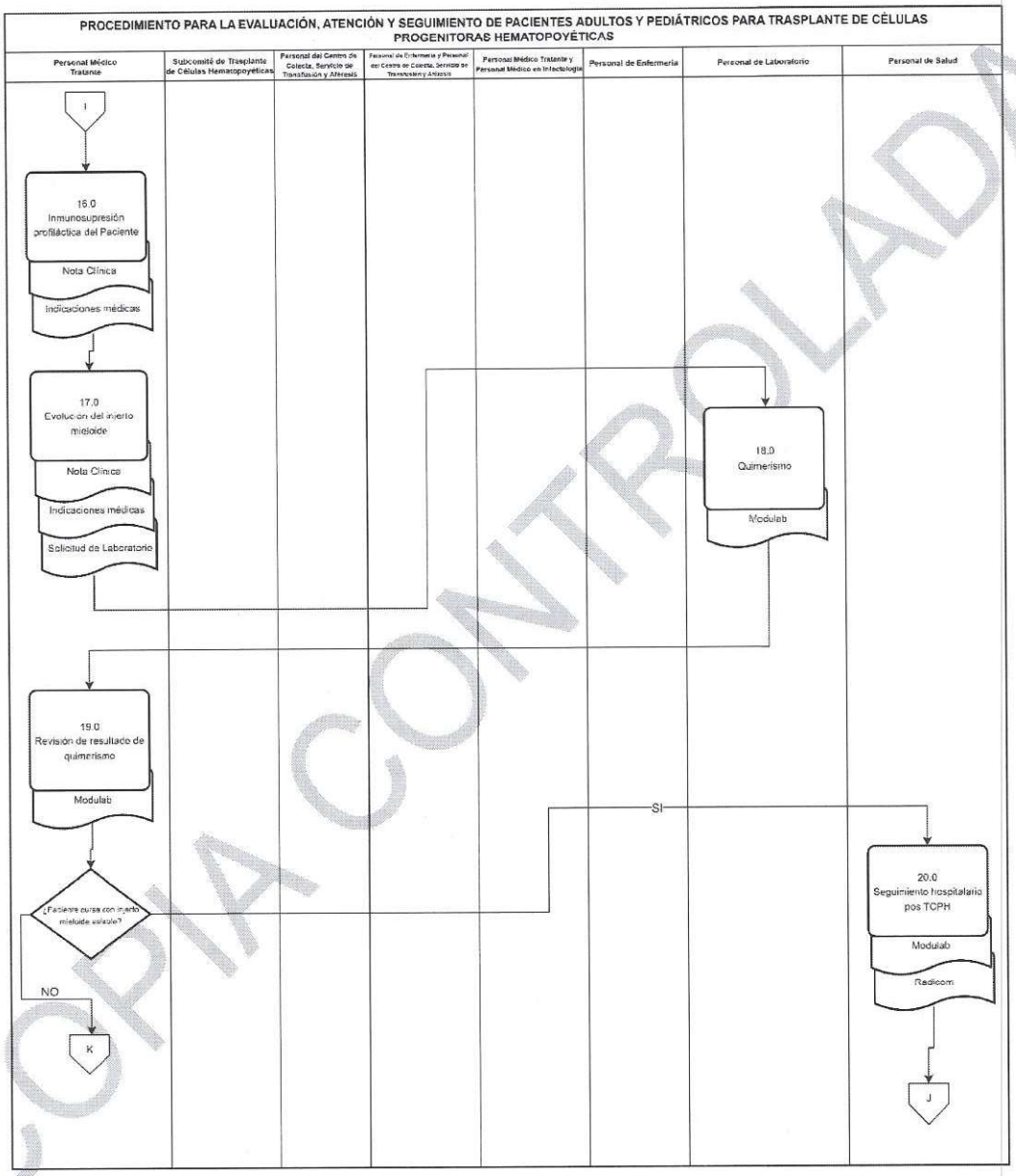
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



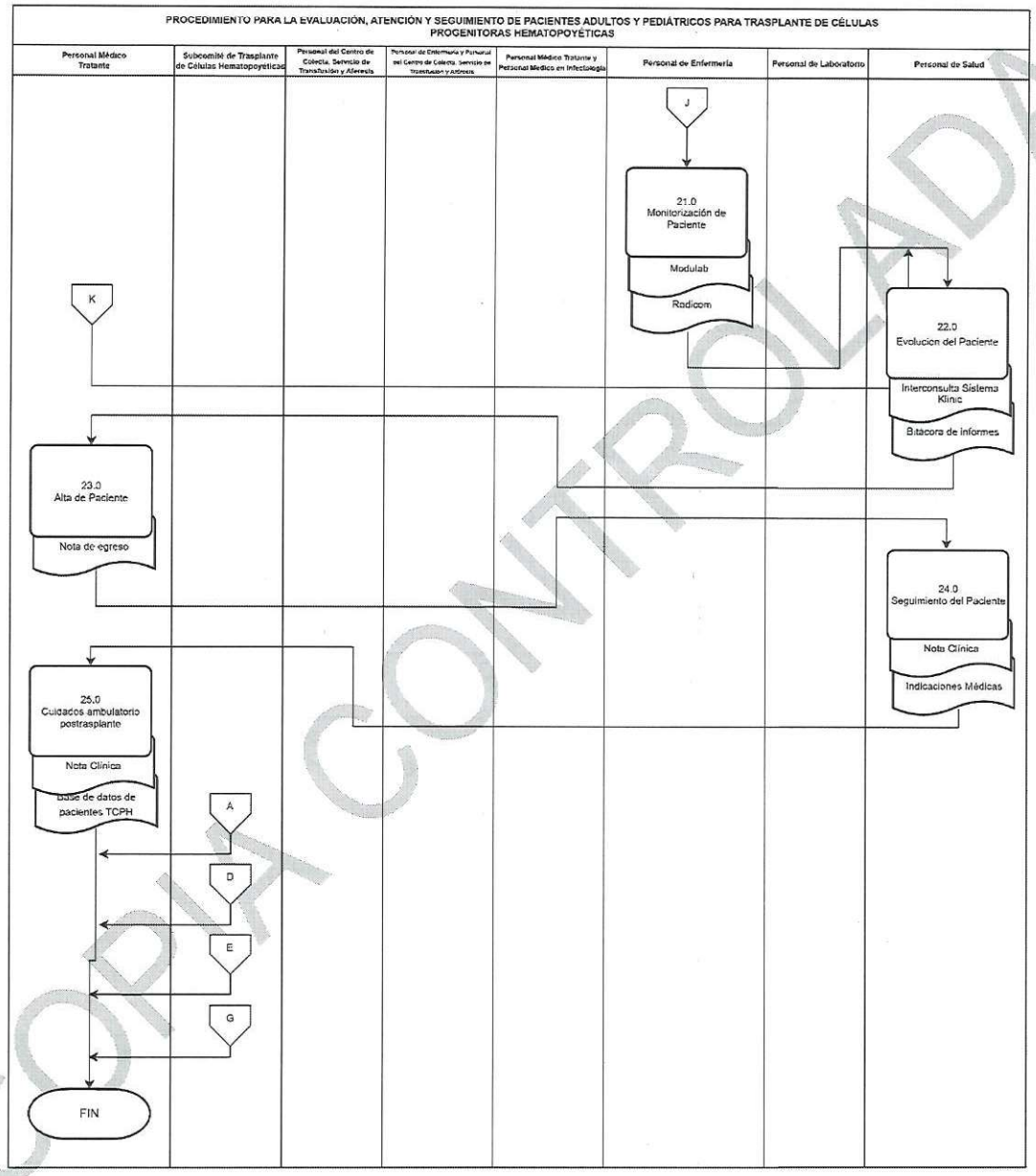
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
ESPEN Guidelines for Nutrition Screening, 2002	No Aplica
NOM–022–SSA3–2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el D.O.F. el 18 de septiembre de 2012.	No Aplica
NOM–045–SSA2 – 2004, Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F. el 20 de noviembre de 2009.	No Aplica
NOM–087–ECOL–SSA1–2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos peligrosos biológicos infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Publicado en el D.O.F el 17 de febrero de 2003.	No Aplica
NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicado en el D.O.F. el 25 de noviembre de 2016.	No Aplica
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Octubre 2013.	POP – DDO – PO – 005 – 02
Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la Unidad de Presión Positiva. Aprobado por la Dirección General el 04 de diciembre de 2023.	HRAEB-LI-DE-SE-03
ASTCT. American Society for Transplantation and Cellular Therapy. Disponible en: https://www.astct.org/	No Aplica
EBMT. Regulations & Guidelines compiled about regulatory issues affecting transplant. Disponible en: https://www.ebmt.org/regulations-guidelines	No Aplica
Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México. Secretaria de salud, Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de calidad y educación en salud. 2018	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indeterminado	Subdirección de Tecnologías de la	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

COPIA CONTROLADA

		Información / Área de Archivo Clínico	

8.0 Glosario

8.1 Cuidador: Persona responsable legal de acompañar al paciente durante el proceso de hospitalización en pacientes pediátricos.

8.2 Donador: (o "donante") se refiere a una persona que realiza una donación, ya sea de sangre, órganos, tejidos o dinero. Donante de órganos/tejidos: Persona que dona órganos o tejidos para trasplantes a pacientes que los necesitan.

8.3 HLA: Antígeno leucocitario humano, es un conjunto de genes que juegan un papel crucial en el sistema inmunitario humano. Estas proteínas, ubicadas en la superficie de las células, ayudan al sistema inmunitario a distinguir entre lo propio y lo extraño, permitiendo que el cuerpo ataque y elimine patógenos o células dañadas. Además, la compatibilidad HLA es vital en trasplantes de órganos y células madre, donde la similitud entre los antígenos del donante y el receptor reduce el riesgo de rechazo.

8.4 Klinic: Sistema de expediente clínico electrónico para crear, almacenar, y acceder a la información médica de los pacientes de manera digital.

8.5 Modulab: Sistema de información de laboratorio diseñado para la gestión integral de un laboratorio, desde la recepción de muestras hasta la emisión de informes.

8.6 Paciente adulto: En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío se refiere a una persona mayor de 17 años.

8.7 Paciente pediátrico: En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío se refiere a una persona igual o menor de 17 años.

8.8 Personal Altamente Capacitado para colocación de catéter: Médicos Especialista en Medicina Interna, Terapia Intensiva, Nefrología o Cirugía Pediátrica.

8.9 Personal de Salud: Son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios:

- En *Pacientes adultos:* Médicos Hematólogos, Médicos de Medicina Interna, Subespecialistas y Enfermeras Oncológicas o Personal de Enfermería capacitado en el manejo del paciente sometido a TCPH.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

- En *Pacientes pediátricos*: Médicos Hemato Oncólogos Pediatras, Médicos Pediatras, Subespecialistas y Enfermeras Pediátricas o Personal de Enfermería capacitado en el manejo del paciente sometido a TCPH.

8.10 Radicom: Sistema de información de imagenología diseñado para la gestión de los servicios de radiología, que permite la visualización, almacenamiento y transferencia de imágenes médicas.

8.11 Receptor: En medicina, un receptor puede ser un paciente que recibe sangre, células, tejido u órganos en un trasplante o transfusión.

8.12 Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: Órgano colegiado dedicado a coordinar, regular y supervisar los procesos relacionados con el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío lo conforma: Titular de Dirección Médica, Titular y Personal del Servicio de Hemato-Oncología, Personal Químico Jefe de Sección de Laboratorio, Titular de la Coordinación de Donación y Trasplantes, Titular de la Subdirección de Servicios Clínicos, Titular de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Personal Médico en Infectología, Titular de Farmacia Hospitalaria, Titular de la Subdirección de Enfermería, Personal Médico Internista, Personal de Gerencia Social del Programa de Trasplante y Personal de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.

8.13 Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: Procedimiento en el cual las células precursoras son infundidas, para restaurar la función de la médula ósea que puede estar parcial o completamente afectada debido a enfermedades propias de la misma o como consecuencia de una alteración secundaria, incluyendo la aplasia medular ocasionada por altas dosis de quimioterapia o radioterapia administradas para erradicar una neoplasia maligna antes del trasplante.

8.14 Trasplante autólogo: Procedimiento donde se utilizan las propias células madre del Paciente para reemplazar las células dañadas o destruidas por tratamientos como quimioterapia o radioterapia de alta dosis. "Autólogo" significa que el donante (el paciente) y el receptor son la misma persona.

8.15 Trasplante alogénico: Procedimiento donde se utilizan células madre sanas que se obtienen de un donante distinto al Paciente, ya sea un Familiar o un donante no emparentado, y se trasplantan al Paciente para reemplazar las células dañadas o destruidas por tratamientos como quimioterapia o radioterapia de alta dosis.

8.16 Unidad de Presión Positiva: Habitación de Paciente con ambiente controlado en la que el sistema de ventilación inyecta aire limpio a través de filtros de alta eficiencia permitiendo mantener una presión de aire al interior mayor que el exterior, con un mínimo de 12 cambios de flujo de aire por hora para minimizar riesgo de infecciones. Cuenta con control de temperatura y humedad; los

COPIA CONTROLADA

pisos, techos, paredes, puertas y ventanas están completamente sellados; proporcionando un ambiente estéril con mínimo riesgo de contaminación microbiana con adecuadas condiciones de confort y seguridad para el paciente.

9.0 Cambios de esta versión

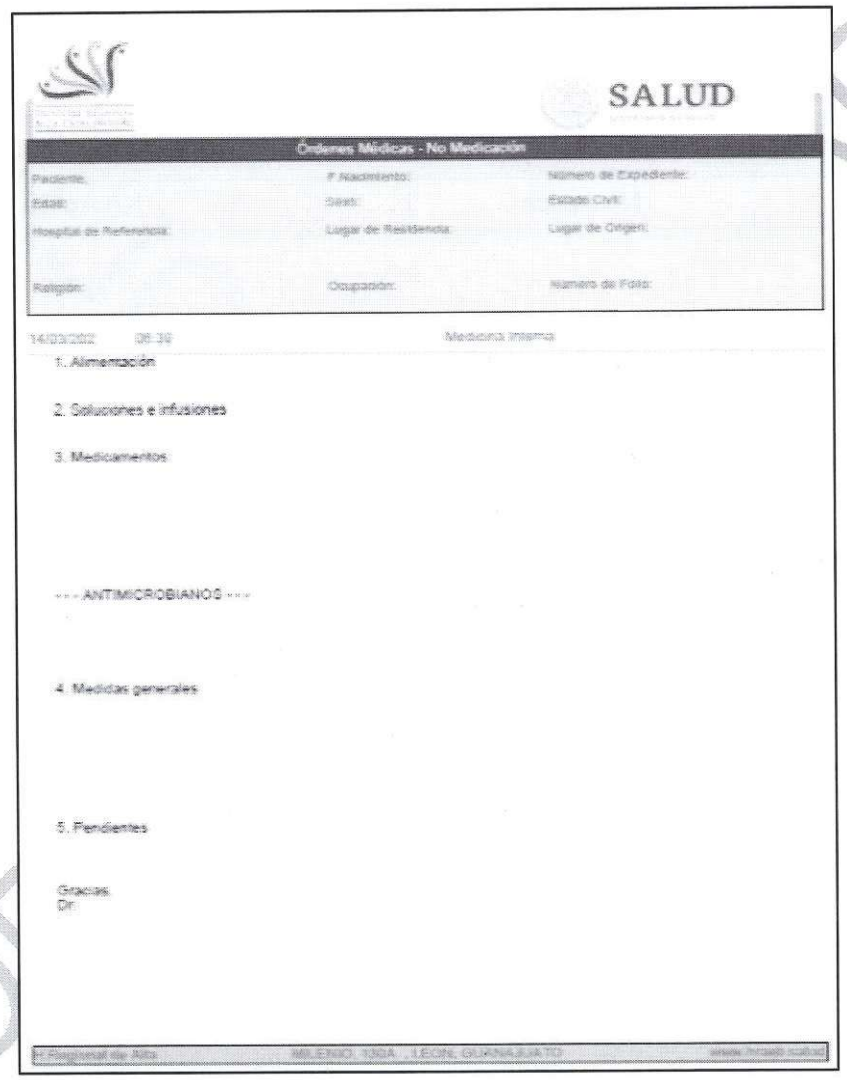
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.0 Anexos

10.1 Indicaciones médicas.



SALUD

Ordenes Médicas - No Medicación

Paciente: | F. Nacimiento: | Número de Expediente:
Edad: | Sexo: | Estado Civil:
Hospital de Referencia: | Lugar de Residencia: | Lugar de Origen:
Religión: | Ocupación: | Número de Folio:

14/03/2022 06:39 Medicina Interna

1. Alimentación

2. Soluciones e infusiones

3. Medicamentos

---ANTIMICROBIANOS ---

4. Medidas generales

5. Pendientes

Gracias
Dr.

H. Regional de Alta ... MILENIO, 1304 , LEON, GUANAJUATO www.hraeb.salud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.2 Carta de Consentimiento Informado Específico.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

CARTA 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 NOM004 SSA3 2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4

Nombre del (de la) paciente:		**No. Expediente:**
Fecha de nacimiento:	**Edad:**	**Fecha y hora:**

Acepto que el/la Dr./Dra. MORALES VALENCIA EDUARDO quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi ***diagnóstico presuncional*** de ingreso es:

Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente ***procedimiento:***

Entiendo que el ***procedimiento*** señalado ***consiste en:*** .

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: MEJORIA SINTOMAS.

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)

Riesgos personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):

Afirmo que el médico me ha explicado 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 identifica alguna ***urgencia*** derivada del acto médico señalado, le ***otorgo mi autorización*** para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo 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 su minoría 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

TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	**TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

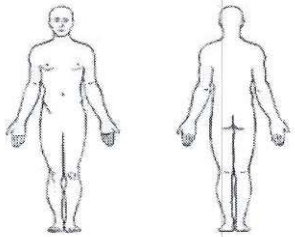
10.3 Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos o de alto riesgo fuera de quirófano.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO
TIEMPO FUERA PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS O
DE ALTO RIESGO FUERA DE QUIROFANO
DIRECCION DE ENFERMERIA

Identificación del usuario:			Servicio:	Fecha:
Nombre:	Fecha de nacimiento:		Expediente:	Género:
Peso: Talla:	Superficie corporal:		Edad:	Escolaridad:
Barreras para la comunicación: SI: No: Especifique:			Religión:	Grupo sanguíneo y Rh:
Porcedimiento.			Alergias:	

Se confirma que se trate del:	SI	NO
Paciente correcto.		
Procedimiento Correcto:		
Sitio anatomico correcto:		
Estudios de imagen:		
Verifica fecha y metódo de esterilización de instrumental y/o dispositivo médico		
Se informa al paciente o familiar sobre el procedimiento:		



Nombre y firma del Médico _____ Nombre y firma del Anestesiologo: _____

Nombre y firma del Técnico: _____ Nombre y firma de la Enfermera(o): _____

Observaciones: _____

NOTA: registrar el tiempo fuera de acuerdo al procedimiento realizado, marcado con una X en el espacio correspondiente y al término anexarlo al expedient

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.4 Nota de egreso. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

NOTA DE EGRESO

Nombre:

Número de Afiliación: **Nivel Socioeconomico:** **Expediente:**

Fecha Nacimiento - Edad: **Fecha y Hora:**

Fecha de Ingreso: **Fecha de Intervención:** **Fecha de Alta:** **Dias de Estancia:**

Diagnósticos Ingreso:

Diagnósticos Finales:

Diagnóstico CIF:

Procedimientos:

Servicio:

Médico:

Motivo de Egreso:

Resumen de la Evolución y Estado Actual:

Genero

Cédula Médico:

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Nota de egreso. Hoja 2 de 2

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

NOTA DE EGRESO

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO

Nombre:

Número de Afiliación: **Nivel Socioeconomico:** **Expediente:**

Fecha Nacimiento - Edad: **Fecha y Hora:**

Fecha de Ingreso: **Fecha de Intervención:** **Fecha de Alta:** **Dias de Estancia:**

Manejo Durante la Estancia Hospitalaria:

Problemas Clinicos Pendientes:

Plan de Manejo y Tratamiento:

Recomendaciones:

Atención de Factores de Riesgo:

Pronóstico:

En Caso de Defunción Diagnostico Acorde al Certificado:

Guías de Práctica Clínica:

Genero

Cédula Médico:

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.5 Recurso material para la atención (Insumos y equipo biomédico especializado).

ÁREA FÍSICA	EQUIPO DE SALUD	EQUIPO BIOMÉDICO	FÁRMACOS	DISPOSITIVOS
Presión Positiva Baño Regadera para paciente, lavamanos, Cuarto aislado con puerta de amortiguamiento, en condiciones funcionales de infraestructura.	En todos los turnos disponible para la cobertura de la atención del paciente conforme lo establece el documento actual, de acuerdo con las características del paciente.	Monitor de signos vitales con oxímetro de pulso y baumanómetro, bomba de infusión, pentapie porta bombas, toma de oxígeno, toma de aire, toma de succión, ventilador mecánico de asistencia respiratoria, cama hospitalaria, equipo para electrocardiograma, carro rojo equipado con insumos específicos de cédula de hospitalización mixta con desfibrilador y palas adulto y pediátrico, mango y hojas de laringoscopio.	Quimioterapia de acondicionamiento (melfalán oral o ámpula intravenosa, busulfán oral o ámpula intravenosa, ciclofosfamida ámpula intravenosa, bendamustina ámpula intravenosa, etopósido ámpula intravenosa, citarabina ámpula intravenosa timoglobulina). Antibióticos de amplio espectro, antifúngicos y antivirales; indicados por el servicio de infectología. Factores estimulantes de colonias de granulocitos y movilizadores como plerixafor.	Catéteres venosos centrales de inserción central, hickman, splitcath y Tipo Mahurkar de diferentes calibres para cubrir las necesidades del paciente Filtros leucorreductores para eritrocitos y plaquetas. Material de curación en general.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.6 Equipo y competencias del Personal de atención

Nombre del puesto: Médico Especialista en Hematología u Oncología
Formación académica • Especialidad en Hematología/Oncología médica/ pediátrica • Alta especialidad en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas • Certificación ante Consejo Mexicano de Hematología y/o Oncología

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario – Enfermera de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes
Formación académica • Licenciatura en Enfermería. • Especialidad en Enfermería Nefrológica (Enfermedad renal en cualquier etapa u origen) o Enfermería Oncológica o Enfermería del Adulto en Estado crítico o Nivel de Maestría.

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario – Enfermera Oncológica -Enfermera Pediátrica
Formación académica • Licenciatura en Enfermería médica/pediátrica • Especialidad en Enfermería Oncológica.

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario – Personal de Gerencia Social
Formación académica • Licenciatura en trabajo social. • Diplomado en la formación de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante.

Nombre del puesto: Médico Especialista en Infectología
Formación académica • Especialidad en Infectología médica/pediátrica • Certificado ante Consejo de Infectología.

Nombre del puesto: Equipo médico multidisciplinario - Médico Especialista/Subespecialista
Formación académica • Especialidad/Subespecialidad en Medicina Interna, pediatría. • Certificado ante Consejo Mexicano de la Especialidad/Subespecialidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.7 Escala de advertencia temprana (NEWS 2 adaptada al HRAEB).

ESCALA DE ADVERTENCIA TEMPRANA (NEWS 2 ADAPTADA AL HRAEB)

Escala de Advertencia Temprana NEWS 2 Adaptada

Parámetro fisiológico	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	<8		9-11	12-20		21-24	>25
SpO2 Escala 1(%)	<91	92-93	94-95	>96			
SpO2 Escala 2 (%) *En caso de EPOC	<83	84-85	86-87	88-92 >93 al aire ambiente	93-94 con oxígeno	95-96 con oxígeno	>97 con oxígeno
Aire ambiente u oxígeno		Oxígeno		Aire ambiente			
Presión sistólica (mmhg)	<90	91-100	101-110	111-219			>220
Pulso	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	>131
Estado de alerta				Glasgow 15			Glasgow 14 o menos
Temperatura	<35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	>39.1	

Verde 0-4 puntos	Amarillo 5-6 puntos	Rojo 7 o más puntos.

News 0-4 → Continuar la **evaluación rutinaria cada 4 horas**

Semaforización en pizarrón

News 5-6 o 3 en cualquier parámetro ⚠ →
Monitorizar signos vitales y **News 2 cada hora**
Avisar a médico internista y hematólogo
Semaforización en pizarrón
Considerar interconsulta a otra subespecialidad (cirugía, UCI, infectología, etc)
Documentar intervenciones
Valorar y gestionar Auxiliares diagnósticos
Avisar a Farmacia en caso de requerir algún fármaco prioritario (aminas, antibiótico...)
Avisar a laboratorio en caso de requerirlo

News igual o mayor a 7 ⚠ →
Monitoreo continuo **NEWS cada hora**
Notificar a Médico internista
Notificar a hematólogo adultos
Evaluación clínica del médico junto a la cama del paciente
Interconsulta a UTI
Discutir la evaluación del paciente en equipo
Documentar las intervenciones
Semaforización en pizarrón

Servicio	Ext
UCI	1782
Trasplantes	1855
3 ° piso onco	1856
3º piso cirugía	1815
4ºEspecialidades	1854

IMSS BIENESTAR

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.8 Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 1 de 3.

Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

EVAT

	0	1	2	3	Resultado
Comportamiento / Neurológico	* Alerta/ sueño fisiológico * Paciente está alerta en es su estado basal * Consciente	* Con sueño cuando no lo molestan * Responde sólo a estímulos verbales	* Irritable, difícil de consolar * Somnoliento * Responde sólo a estímulos dolorosos	* Letárgico, confundido, sin fuerzas, estuporoso * No responde a estímulos * Convulsiones nuevas * Convulsiones prolongadas > de 5 minutos de duración * Convulsiones > de 3 ocasiones en 1 hora * Convulsiones Frecuentes (mayor a su basal) * Las pupilas no reactivas a la luz o anisocoria	
Cardiovascular	* Color de piel adecuado para el paciente * Llenado capilar ≤ 2 segundos y pulsos periféricos normales	* Pálido * Vasodilatado (pulsos saltones, piel caliente, llenado capilar en 1 segundo o en flash) * O llenado capilar en 3 segundos * Taquicardia leve	* Llenado capilar en 4 segundos * Taquicardia moderada * Pulsos periféricos débiles	* Marmóreo * Llenado capilar ≥5 segundos * Taquicardia grave * Bradicardia sintomática (hipotensión o pulsos débiles o hipertensión o cambios del estado de alerta) * Ritmo cardiaco irregular (no sinusal, extrasistoles)	
Respiratorio	* Sin retracciones * Patrón respiratorio normal. * FR en percentil para la edad. * Saturación >95% o en su basal	* Taquipnea leve * Leve trabajo respiratorio (aleteo nasal o tiraje intercostal) * 0.5 a 1 litro de oxígeno por puntas nasales * Saturación 91 a 94%.	* Taquipnea moderada * Dificultad respiratoria moderada (aleteo nasal, tiraje intercostal, quejido) * 1.5 a 4 litros de oxígeno puntas nasales * Nebulización cada 4 horas. * Saturación 90% con o sin oxígeno.	* Taquipnea grave * Frecuencia respiratoria debajo de lo normal para la edad* * Dificultad respiratoria grave (disociación toraco-abdominal, jadeo) * Oxígeno con mascarilla con reservorio o más de 5 litros de oxígeno suplementario * Nebulización con frecuencia menor a cada 4 horas. * Saturación menor o igual a 89% con o sin oxígeno. * Cianosis * Apnea	
Preocupación de la enfermera	No preocupada	Preocupada			
Preocupación de la familia	No preocupado y presente	Preocupado o ausente			
				Resultado total	

*** Por favor refiérase a Referencia de Frecuencia Cardíaca y Respiratoria**
Basado en Bonafide C, et al. Development of Heart and Respiratory Rate Percentile Curves for Hosptalized Children. Pediatrics 2013;131;e1150.

	Leve	Moderada	Grave
La frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca	90-95% para la edad	95-99% para la edad	> 99% para la edad

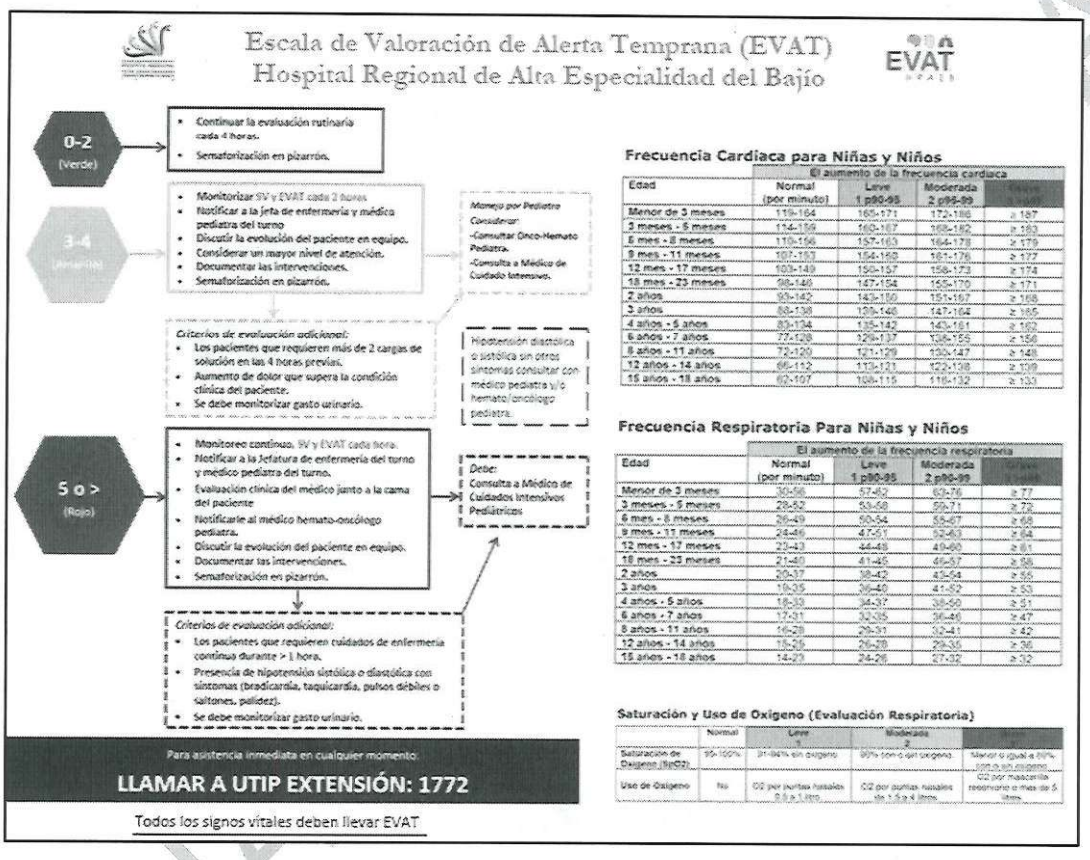
***Una vez obtenido el puntaje ir a revisar el algoritmo:**

Verde 0-2 puntos	Amarillo 3-4 puntos	Rojo 5 o mas puntos

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

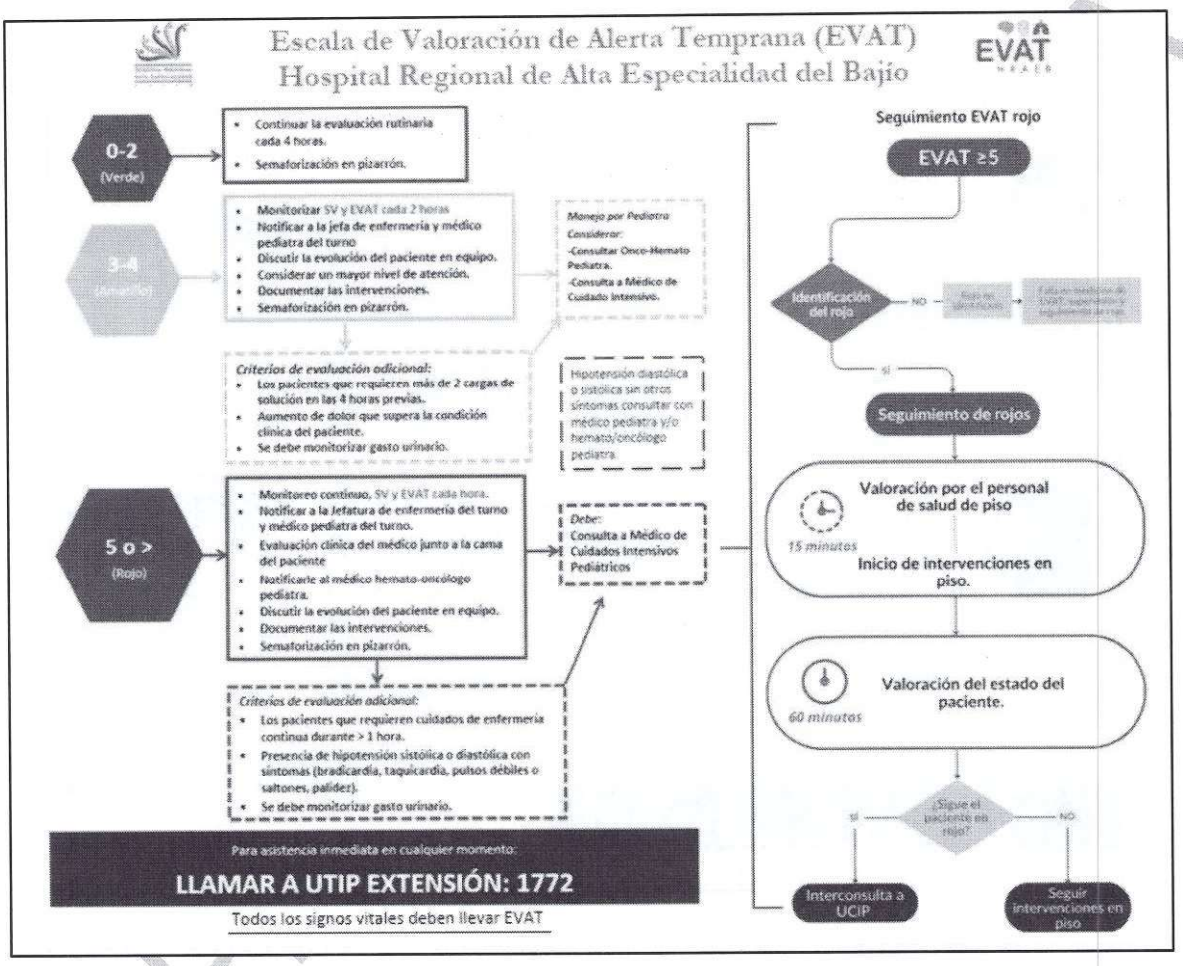
Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 2 de 3.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

COPIA

Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 3 de 3.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.9 Historia clínica. Hoja 1 de 3.

SALUD HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

Historia Clínica - Consulta Externa

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Numero de Expediente:

Edad: Sexo: Estado Civil:

Hospital de Referencia: Lugar de Residencia: Lugar de Origen:

Religión: Ocupación: Numero de Folio:

Motivo del envío: Fecha y hora:

Hemotipo:

¿El hemotipo ha sido confirmado en el HRAEB?

Antecedentes:

CO DA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Historia clínica. Hoja 2 de 3.

Padecimientos Actuales:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Signos Vitales

Presión Sistólica:	mmHg.	**Frecuencia Cardiaca:**	pulsaciones/min.
Presión Diastólica:	mmHg.	**Frecuencia Respiratoria:**	respiraciones/min.
Temperatura:	°C	**Talla:**	cm.
Peso:	Kg		

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Hábitus exterior:

Cabeza:

Cuello:

Tórax:

Abdomen:

Genital:

Extremidades:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Historia clínica. Hoja 3 de 3.

Exámenes de laboratorio y de gabinete:

Terapéutica empleada:

Diagnóstico presuncional:

Plan de manejo y estudios complementarios de ser necesarios:

Estudios previos:

Tratamiento:

Dieta recomendada:

Pronóstico:

Guías de Práctica Clínica Admisión Continua:

COPIA NO CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.10 Carta de consentimiento informado para Hospitalización.

Mozilla Firefox

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO

CON FUNDAMENTO MAQUEDA EN LA LEY GENERAL DE SALUD. ARTICULO 77 BIS. 37 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS D ATENCIÓN MÉDICA. ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4

Nombre del (de la) paciente: **No. Expediente:**

Fecha de nacimiento: **Edad:** **Fecha y hora:**

Acepto que el/la Dr. / Dra. me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que m **Diagnóstico** de ingreso es: y que para ser atendido se requiere de mi **Hospitalización**, por lo que es necesario que se me realice:

1. La evaluación médica integral (interrogatorio y exploración física completa).
2. La colocación de uno o más accesos vasculares para administración de soluciones y medicamentos.
3. La punción de venas o arterias para toma muestras para exámenes de laboratorio.
4. Colocación de sonda uretral (urinaria) en caso de requerirse bien sea por condición clínica o por procedimiento qurúrgico.
5. Colocación de sonda por nariz o boca que llega al estómago o intestino delgado en caso de requerirse por condición médica o quirúrgica.

Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste la hospitalización, y que **durante mi proceso de atención puede participar personal clínico en formación bajo supervisión estricta del personal adscrito**, es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento para la misma, sabiendo que el **Beneficio** d la hospitalización es recibir Atención médica de mi padecimiento por personal calificado para tratar de aliviar mis síntomas, confirmar mi diagnóstico y hacer todo lo posibl para curarme o controlar el progreso de mi enfermedad.

Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que la hospitalización implica los siguientes **riesgos** inmediatos o tardíos:

1. Infecciones asociadas al cuidado de la salud, que pueden ser desde muy leves hasta muy graves con riesgo para la vida.
2. Presentar ulceras por presión en caso de inmovilidad y larga estancia hospitalaria.
3. Sufrir un golpe o lesión como consecuencia de una caída.
4. Presentar reacciones adversas a cualquier medicamento a pesar de no tener antecedente de ello.
5. Presentar consecuencias menores durante los procedimientos realizados: hematoma, equimosis, multipunción.
6. Desarrollo de lesión y/o estenosis de uretra que provoque una nueva enfermedad que requiera tratamientos posteriores.
7. Dolor faríngeo, torácico y/o abdominal, sangrado nasal, de esófago y/o estómago, náuseas y vómitos. Muy rara vez perforación de tubo digestivo.

Estoy enterado también que el hospital tiene establecidas medidas preventivas y cuidados para reducir en lo posible la probabilidad de ocurrencia de estas condiciones n deseadas, así como métodos y recursos para identificarlas y tratarlas.

Afirmo que el médico me ha explicado que la hospitalización es la mejor **alternativa que existe**, la otra alternativa seria:

-

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 identifica alguna **Urgencia** derivada del acto médico señalado, le **otorgo mi autorización** para que realice el tratamiento o procedimiento que consider necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.

Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción, todas mis dudas respecto a la hospitalización, otorgo el presente consentimiento

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE	NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE

"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoría 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"

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.11 Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS

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 la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico, numerales 10.1 a 10.1.4

Nombre del (de la) paciente: | Edad:

Fecha de Nacimiento: Fecha: Hora:

Acepto que el/la Dr. /Dra. _____, quien es mi médico tratante y me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi ***Diagnóstico*** de ingreso es:

Y que para su resolución se requiere de la realización del siguiente ***Procedimiento: "Administración de Hemoderivados"*** sabiendo anticipadamente que el ***procedimiento señalado consiste en:*** "realizar una técnica de asepsia y antisepsia, selección de una vena para su permeabilidad y canalizarla con un punzocat o catéter venoso central. A través de esta vena permeable, técnica de asepsia y antisepsia, colocación de un equipo de transfusión sanguínea con filtro para adulto o pediátrico de acuerdo a la edad del paciente, se administra sangre y/o sus derivados sanguíneos."

Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realice el mismo, sabiendo que los ***beneficios de dicho procedimiento son:***

Mejorar las condiciones clínicas del paciente revirtiendo sus niveles sanguíneos bajos y el estado de choque hipovolémico, aumentando los niveles de hemoglobina y hematocrito del paciente, liberación de oxígeno para mantener los órganos vitales, producción de anticuerpos, ayudar a las función de la coagulación, proporcionar agua, proteínas, electrolitos, hidratos de carbono, colesterol, hormonas y vitaminas.

Asimismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el ***procedimiento*** implica los siguientes ***riesgos*** y ***complicaciones*** inmediatas o tardías:

Posibles Riesgos: Urticaria, anafilaxia, fiebre, hipervolemia, insuficiencia cardiaca, edema pulmonar agudo, , toxicidad al citrato, hemólisis, sensibilización a antígenos, enfermedad injerto contra huesped, púrpura postransfusional, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y muy raramente transmisión de enfermedades infecciosas y sepsis.

Riesgos Personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente): _____

Afirmo que el médico me ha explicado sobre mi derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes de la intervención y que existen los siguientes ***procedimientos alternativos:*** En caso de **pérdida aguda y profusa** de sangre del paciente, la única alternativa de apoyo al tratamiento será la administración de sangre y sus derivados. **En casos de pacientes estables (no emergentes)** se puede administrar parenteral o intramuscular líquidos, ringer lactato, haemaccel, eritropoyetina y hierro dextran.

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 identifica algún padecimiento diferente o no sospechado o alguna ***Urgencia*** derivada del acto médico señalado, le ***"Otorgo Mi Autorización"*** para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.

Estoy enterado (a) de que ***"No Existe Garantía Ni Seguridad Sobre Los Resultados Del Procedimiento"*** y que es posible que pueda no curar mi enfermedad o presentar los siguientes ***Problemas Durante Mi Recuperación:*** Mareo, nauseas, fiebre, rash cutáneo, urticaria.

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 y firmo el presente consentimiento.

Nombre completo y firma del (la) paciente | Nombre completo, firma y Ced. Prof. del médico tratante

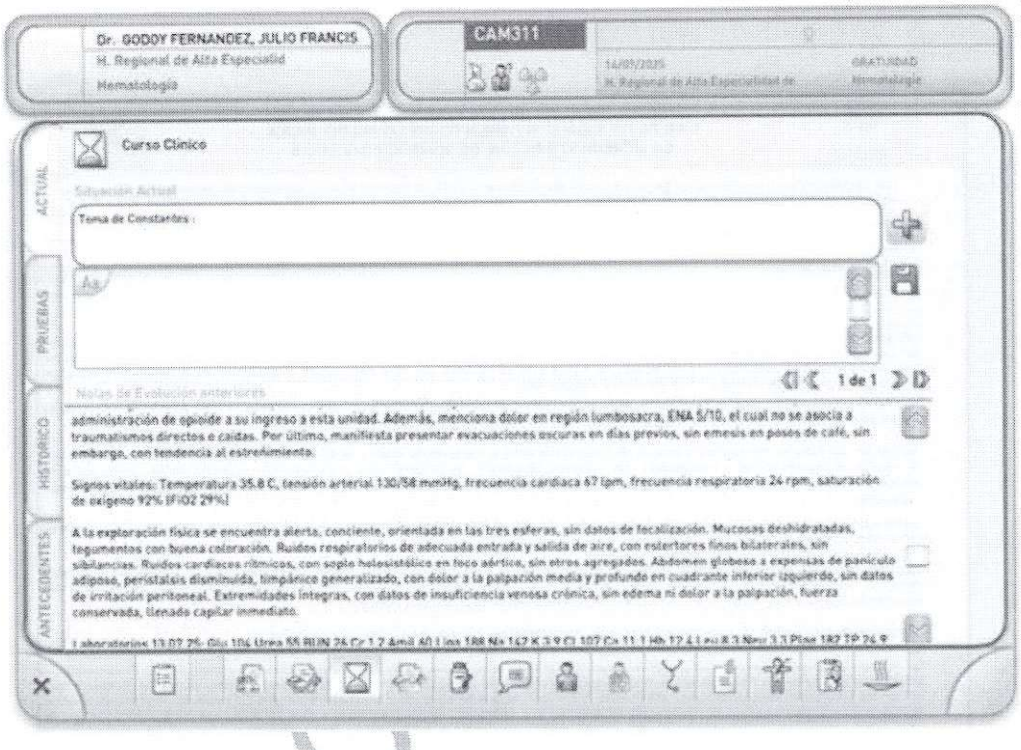
"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoría de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL Con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud"

Nombre completo y firma

Testigo 1 nombre completo y firma | Testigo 2 nombre completo y firma

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.12 Nota de evolución médica.



COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.13 Nota de interconsulta.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

SALUD

Solicitud de Interconsultas a HO, AC, y QU

Paciente: F.Nacimiento: Número de
Edad: Sexo: Estado Civil:
Hospital de Referencia: Lugar de Residencia: Lugar de Origen: null
Religión: Ocupación: Número de Folio:
Área: Hospitalización Centro: H. Regional de Alta Especialidad del Bajío
Servicio: Hematología
Diagnóstico:
CAMA: CAM311 Solicitado por:
CURP: Cédula
Fecha Prevista 15/07/2025 08:53 Prioridad: PRIORIDAD NORMAL
Episodio: 2025H0020 20 Solicitud: 2025H016480

Médico:
Servicio: Medicina Física y Rehabilitación - HO

Motivo Interconsulta

Respuesta

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.14 Hoja de referencia / traslado.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

HOJA DE REFERENCIA / TRASLADO

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Nombre del Paciente: **Fecha de Nacimiento:** **Numero de Expediente:**

Edad: **Sexo:** **Estado Civil:**

Hospital de Referencia: **Lugar de Residencia:** **Lugar de Origen:**

Religión: **Ocupación:** **Numero de Folio:**

Fecha actual: **Hora actual:**

Establecimiento que envía:

Establecimiento receptor:

Motivo de Referencia:

Impresión diagnóstico:

Resumen clínico:

Terapéutica empleada:

Genero Documento:

Cédula Médico:

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.15 Hoja de contrarreferencia.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

HOJA DE CONTRAREFERENCIA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Nombre del Paciente: **Fecha de Nacimiento:** **Numero de Expediente:**

Edad: **Sexo:** **Estado Civil:**

Hospital de Referencia: **Lugar de Residencia:** **Lugar de Origen:**

Religión: **Ocupación:** **Numero de Folio:**

Fecha actual: **Hora actual:**

Diagnóstico Principal :

Diagnóstico Secundario:

Motivo de Contrareferencia:

Resumen:

Recomendaciones:

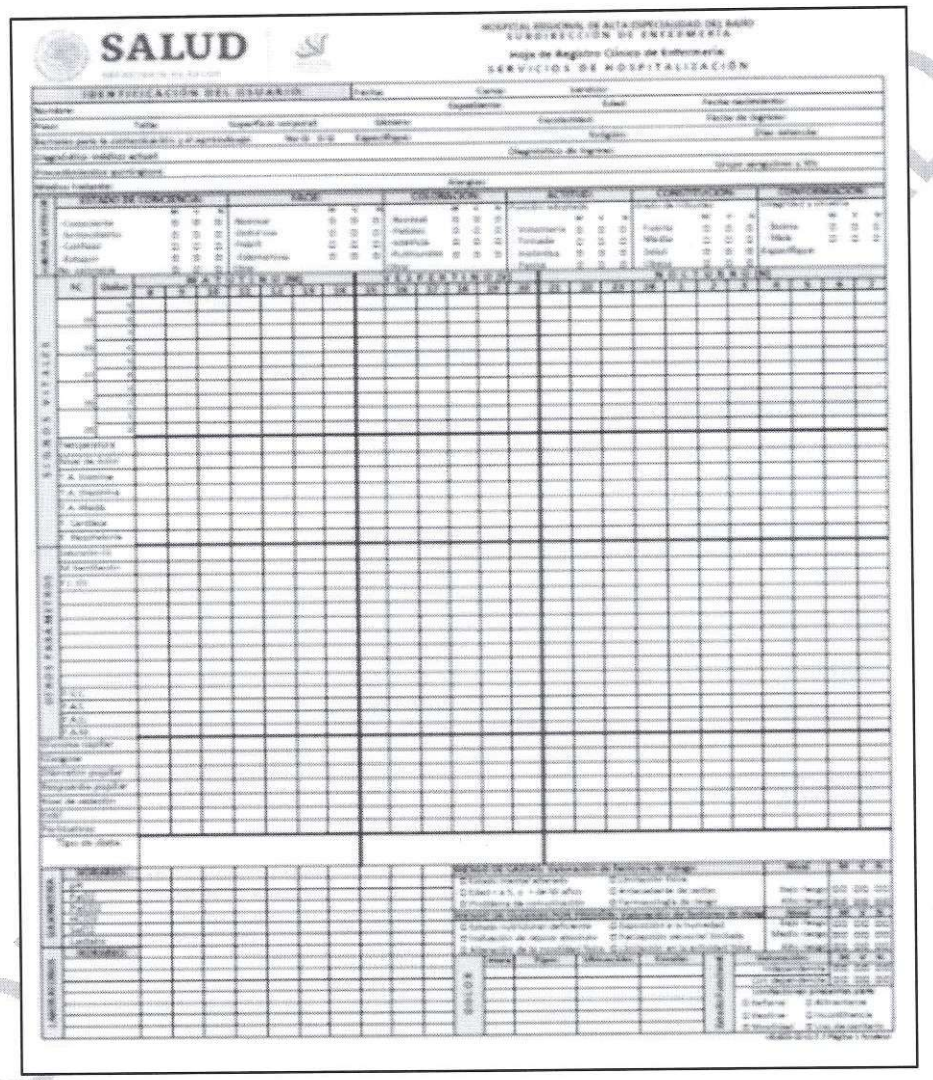
Genero Documento:

Cédula Médico:

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.16 Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 1 de 4.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 2 de 4.

MEDICAMENTOS	Horario	Dosis	Vía	Matutino	Vespertino	Nocturno	Día de inicio	Doble verificación

SOLUCIONES PARENTERALES	ml. / hr.	Restante			Doble verificación
		Matutino	Vespertino	Nocturno	

COMPONENTES SANGUÍNEOS					Tiempo fuera: Inicio de testigo	Reacción Si / No	Observaciones
Componente	Folio	Volumen	Inicio	Termino			

ACCESOS Y DISPOSITIVOS	Fecha	Hora	Calibre	Sitio anatómico	Responsable que instaló	Permeable M V N	Funcional M V N	Limpio M V N	Ubicación de los dispositivos / Lesiones
1. Catéter periférico									
2. Catéter central									
3. Endoprótesis									
4. Válvulas									
5. Línea arterial									
6. Drenaje									
7.									
8.									
9.									

LIBES			
	Matutino:	Características:	Datos de infección:
	Vespertino:	Características:	Datos de infección:
	Nocturno:	Características:	Datos de infección:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 3 de 4.

DIMENSIONES HUMANAS ALTERADAS

	M	V	N		M	V	N		M	V	N		M	V	N
I Respiración	☐	☐	☐	III Neuro-cognición	☐	☐	☐	V Eliminación	☐	☐	☐	VII Actividad-Reposo	☐	☐	☐
II Circulación	☐	☐	☐	IV Nutrición	☐	☐	☐	VI Confort	☐	☐	☐	VIII Afrontamiento	☐	☐	☐

								IX Seguridad-Protección	☐	☐	☐
								X Autoagresión de la salud	☐	☐	☐

	MATUTINO (M)	Hora	VESPERTINO (V)	Hora	NOCTURNO (N)	Hora
INTERVENCIÓN DE LA VIGILANCIA						
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA						
	☐ A) Dolor: ☐ Agudo ☐ Crónico		☐ A) Dolor: ☐ Agudo ☐ Crónico		☐ A) Dolor: ☐ Agudo ☐ Crónico	
	☐ B) Deterioro de la integridad ☐ cutánea ☐ tisular		☐ B) Deterioro de la integridad ☐ cutánea ☐ tisular		☐ B) Deterioro de la integridad ☐ cutánea ☐ tisular	
	☐ C) Riesgo de infección en acceso vascular		☐ C) Riesgo de infección en acceso vascular		☐ C) Riesgo de infección en acceso vascular	
	☐ D) Riesgo de infección y lesión en tracto urinario		☐ D) Riesgo de infección y lesión en tracto urinario		☐ D) Riesgo de infección y lesión en tracto urinario	
	☐ E) Riesgo de caídas		☐ E) Riesgo de caídas		☐ E) Riesgo de caídas	
	☐ F) Riesgo de úlceras por presión		☐ F) Riesgo de úlceras por presión		☐ F) Riesgo de úlceras por presión	
INTERVENCIONES / ACTIVIDADES						
	☐ A) Manejo y valoración periódica del dolor		☐ A) Manejo y valoración periódica del dolor		☐ A) Manejo y valoración periódica del dolor	
	☐ B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección		☐ B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección		☐ B) Cuidados de heridas, vigilancia y protección	
	☐ C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección		☐ C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección		☐ C) Mantener permeabilidad, limpieza y protección	
	☐ D) Mantener sistema funcional y sitio limpio		☐ D) Mantener sistema funcional y sitio limpio		☐ D) Mantener sistema funcional y sitio limpio	
	☐ E) Prevención de caídas, barandales elevados, mantiene timbre y objetos personales cerca		☐ E) Prevención de caídas, barandales elevados, mantiene timbre y objetos personales cerca		☐ E) Prevención de caídas, barandales elevados, mantiene timbre y objetos personales cerca	
	☐ F) Cuidados de la piel: baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas		☐ F) Cuidados de la piel: baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas		☐ F) Cuidados de la piel: baño, limpieza, hidratación, movilización y protección de prominencias óseas	

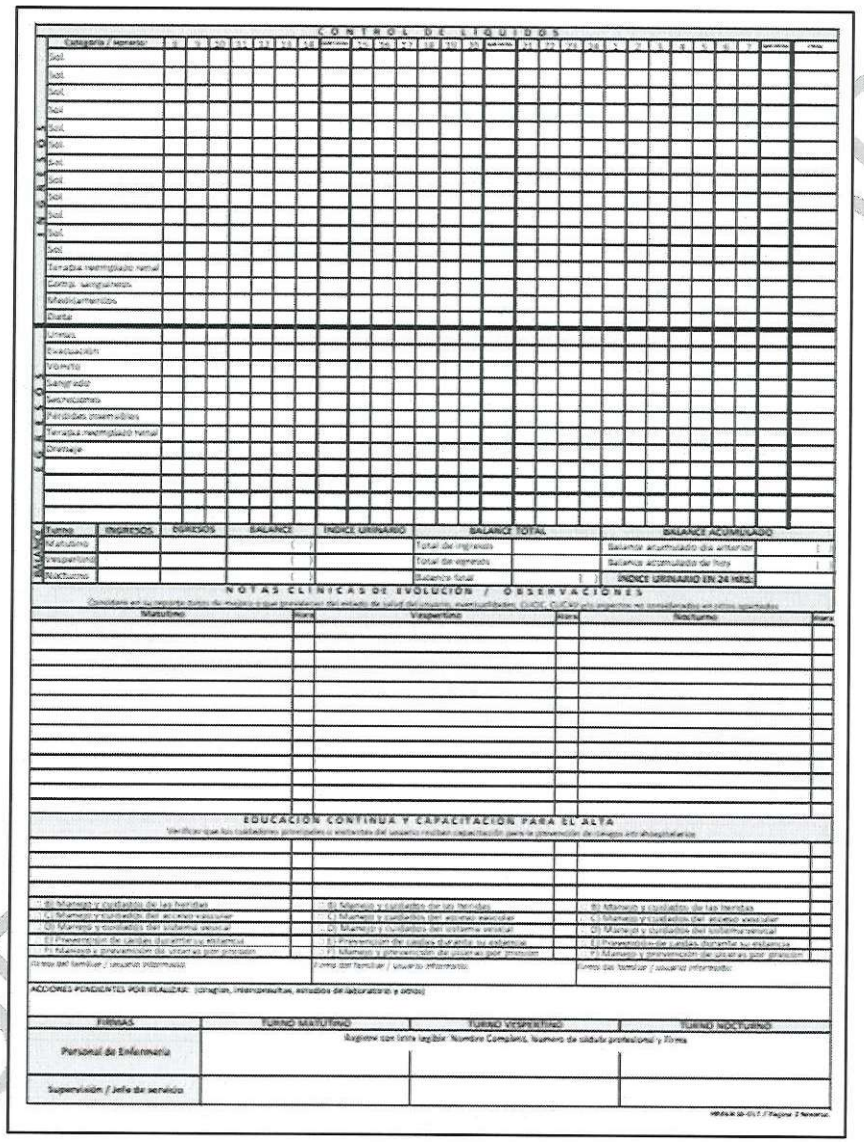
RESULTADOS ESPERADOS	Evaluación de Resultados:	Hora / Alcance	Evaluación de Resultados:	Hora / Alcance	Evaluación de Resultados:	Hora / Alcance
	☐ A) Reducir el nivel de dolor		☐ A) Reducir el nivel de dolor		☐ A) Reducir el nivel de dolor	
	☐ B) Lograr la integridad cutánea/tisular		☐ B) Lograr la integridad cutánea/tisular		☐ B) Lograr la integridad cutánea/tisular	
	☐ C) Evitar la infección del acceso vascular		☐ C) Evitar la infección del acceso vascular		☐ C) Evitar la infección del acceso vascular	
	☐ D) Evitar infección del acceso vesical		☐ D) Evitar infección del acceso vesical		☐ D) Evitar infección del acceso vesical	
	☐ E) Evitar caídas durante el turno		☐ E) Evitar caídas durante el turno		☐ E) Evitar caídas durante el turno	
	☐ F) Evitar úlceras por presión		☐ F) Evitar úlceras por presión		☐ F) Evitar úlceras por presión	

HRAEB-PR-DM-SSC-JSHO-01 Anexo 2 Apartado

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 4 de 4.



CONTROL DE LÍQUIDOS

Categoría / horario	8	9	10	11	12	13	14	Subtotales	15	16	17	18	19	20	Subtotales	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	Subtotales	Totales
INGRESOS																												
Sol.

10.17 Nota de Gerencia Social / entrevista. Hoja 1 de 3.

Guía de entrevista para paciente en protocolo de trasplante

Fecha de envío a protocolo _____
UR _____
Médico Integrador _____
Hemo tipo sanguíneo _____
Expediente HRAEB _____
Nombre de paciente_____
Domicilio _____
Edad _____
Estado civil _____
Escolaridad _____
Tipo de trasplante:
CPH autólogo _____ CPH alógeno_____
Diagnóstico_____
Cuidador primario _____
Parentesco_____
Estructura Familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación

Proveedor económico de la familia:
_____

Ingreso familiar mensual _____
Egreso familiar mensual _____

Redes familiares de apoyo
_____
Redes Institucionales o programas de apoyo Social:
_____

Clasificación y tipificación de la familia:
Según su composición: Nuclear_____ Extensa_____
Según la demografía: Rural _____ Suburbana _____ Urbana_____

CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Nota de gerencia social / entrevista. Hoja 2 de 3.

Según la integración de la familia:
Integrada_____ Semiintegrada_____ Desintegrada_____
Según su funcionalidad: Funcional_____ Disfuncional_____
Según sus complicaciones:
Interrumpida_____ Contraída_____ Reconstruida_____
Problemáticas familiares detectadas _____
_____

Condiciones de la vivienda:
Casa propia ____ rentada_____ prestada _____
Tipo de Vivienda
Cuarto redondo_____ Casa Rural_____ Vecindad_____ Casa Sola_____
Material de construcción
Paredes: Ladrillo_____ Adobe_____Madera y/o Lámina_____Otros_____
Techo: Cemento_____Teja_____Madera y/o Lámina_____ Otros_____
Piso: Tierra_____ Cemento_____Mosaico_____ Otros_____
Habitaciones:
Número de habitaciones en la vivienda_____ Número de personas por habitación____
Tipo de baño: Drenaje_____ Fosa Séptica _____ Aire Libre_____

Factores de riesgo
bajos recursos económicos _____
nivel cultural y educativo bajo _____
violencia _____
alcoholismo _____
drogadicción _____
tabaquismo _____
analfabetismo _____
discapacidad _____ cual _____
depresión _____
ansiedad _____
tx psiquiátricos _____
enfermedades en la familia _____
falta de apego al tratamiento _____
obesidad _____
desnutrición _____
vivienda en condiciones de higiene y aislamiento para el tratamiento postrasplante
_____
vivienda sin servicios públicos_____ cuáles _____
acceso a trasporte público _____ privado _____
trasporte al Hraeb: privado _____ público _____

Relato social:
_____
_____
_____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

Nota de gerencia social / entrevista. Hoja 3 de 3.

Interpretación social:

Evaluación social:

Trabajo Social de Trasplante

Nombre y firma :
Cédula profesional: _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.18 Nota de Psicología.

27/06/2025 12:11

HO / 1VEZ / PSICOLOGIA
PACIENTE con diagnóstico de Aplasia Medular Severa por medio de BAMO (09.2024) en Hospital Oncológico de Chetumal, candidato a inicio de protocolo de trasplantes, de donador relacionado (hermana) (09.2024). Enviado a esta institución para continuar con proceso de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico; con serología viral con inmunidad/exposición positiva para Hepatitis B, CMV, EBV, HSV-1 y Toxoplasma. IgM para HSV-2 resulta positiva (19.02.2025).

Actualmente con los siguientes problemas clínicos:
1. Trasplante de células hematopoyéticas pluripotenciales (15.05.25)
---Falla primaria del injerto (10.06.25) día +42
3.-Aplasia Medular Severa.
---Anemia Grado IV normocitica normocrómica.
---Neutropenia moderada.
---Trombocitopenia grave.
4 - Ojo derecho Hemorragias vítrea, prerretiniana, subretiniana, Ojo izquierdo :hemorragias subretiniana, pre retiana (29.05)
Criterios de inclusión UCP: Estado de gravedad. Alto riesgo de complicaciones. Control de síntomas. Sin alteraciones en el estado de conciencia. Disminución de agudeza visual, IK40%, no sale de cama. Lenguaje claro, congruente y coherente.
Seguimiento con la cautela de respetar los límites de José Alfredo y su familia. Paciente se refiere "bien"(sic), sin dolor y/o necesidades. Viendo series en su tablet. Poca disposición a conversar, sin embargo, comunicación analógica sugiere necesidad y nerviosismo, por lo que la conversación se mantiene en el contenido de anterior interés.
Proceso de duelo anticipado. Alianza terapeutica establecida permite los constantes acercamientos. Plan: Seguimiento y acompañamiento. Recursos para el proceso funcional de adaptación a la enfermedad.

H.Regional de Alta MILENIO 130A LEON, GUANAJUATO www.hraeb.salud

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.19 Base de datos de pacientes TCPH.

	NOMBRE PACIENTE	EXPEDIENTE	Edad	Sexo	Tipo de trasplante	Diagnóstico	Uso de plerixafor	QUIMIOTERAPIA DE ACONDICIONAMIENTO	Dosis (1) de células CD34+ ($X10^6$ CD34+/k	Dosis (2) de células CD34+ ($X10^6$ CD34+/k	DOSIS TOTAL DE CELULAS CD34+ (X106 CD34+/kg)	Dia de injerto de neutrófilo
1			39 F		ALO	LAM	NO	BUCY	2.5	0	2.5	9
2			62 F		AUTO	MM	SI	MEL200 IV	3.5	0	3.5	10
3			27 F		ALO	MF	NO	BUCY	4	0	4	19
4			52 M		AUTO	LNHNK	NO	BEAM	6.77	0	6.77	12
5			66 M		AUTO	LNHDCGB	NO	BEAM	1.75	0	1.75	14
6			63 F		AUTO	MM	SI	MEL200	7.2	0	7.2	10
7			19 M		ALO	LLA	NO	BUCY	4	0	4	21
8			49 F		AUTO	LNHDCGB	NO	BEAM	0.7355	0.311	1.0465	16
9			29 F		AUTO	LH	SI	BEAM	3.33	0	3.33	15
10			18 M		ALO	LLA	NO	NA	6	0	6	10
11			22 M		AUTO	TCG	NO	ICE	2.69	0	2.69	15
12			39 M		AUTO	LH	NO	BEAM	1.62	0	1.62	13
13			26 M		AUTO	LH	SI	BEAM	7.6	0	7.6	11
14			62 M		AUTO	LNHCT	NO	BEAM	1.28	0	1.28	12
15			55 F		AUTO	MM	NO	MEL200	4.2	0	4.2	11

	PACIENTE	DONADOR	EXPEDIENTE	ESTADO SEROLOGICO CMV PACIENTE	ESTADO SEROLOGICO CMV DONADOR	falla de injerto primario falla de injerto secundario 2do trasplante
1				NEGATIVO	NEGATIVO	
2				POSITIVO	NEGATIVO	
3				POSITIVO	POSITIVO	
4				POSITIVO	POSITIVO	
5				POSITIVO	POSITIVO	
6				POSITIVO	POSITIVO	
7				POSITIVO	POSITIVO	
8				POSITIVO	POSITIVO	
9				POSITIVO	POSITIVO	
10				POSITIVO	NEGATIVO	
11				POSITIVO	POSITIVO	
12				NEGATIVO	NEGATIVO	
13				POSITIVO	POSITIVO	
14				NEGATIVO	NEGATIVO	
15				POSITIVO	POSITIVO	
16				POSITIVO	POSITIVO	
17				POSITIVO	POSITIVO	
18				POSITIVO	POSITIVO	
19				POSITIVO	NEGATIVO	
20				NEGATIVO	NEGATIVO	
21				POSITIVO	POSITIVO	
22				POSITIVO	POSITIVO	
23				POSITIVO	POSITIVO	
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

10.20 Bitácora de informes médicos.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	**Revisó:**	**Autorizó:**
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo-puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025