



Departamento de Infectología e Inmunología



INPer-DI-SIC-DII-
MP

Rev. 5

Hoja: 1 de 9

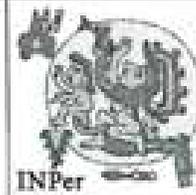
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA

JULIO 2017

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



Departamento de Infectología e Inmunología



INPer-DI-SIC-DII-
MP

Rev. 5

Hoja: 2 de 9

ÍNDICE

| | HOJA |
|-------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| I.- OBJETIVO DEL MANUAL | 4 |
| II.- MARCO JURÍDICO | 5 |
| III.- PROCEDIMIENTOS | 9 |

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | <i>Ricardo Figueroa D.</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |



INTRODUCCIÓN

El Departamento de Infectología e Inmunología está adscrito a la Subdirección de Investigación Clínica y su creación se encuentra fundada en la necesidad de aplicar la investigación para la identificación etiológica, diagnóstica y tratamiento de patología e inmunología, así como para elaborar normas para la prevención y control de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas que se atienden en el Instituto. Dicha asistencia se presta a través del personal médico asignado al Departamento; de tal forma que los médicos cuenten con el soporte necesario para la consulta y desarrollo de las actividades encomendadas.

El presente manual constituye un elemento indispensable, ya que presenta la información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, sistemas y procedimientos de las distintas actividades que se realizan en el Departamento de Infectología e Inmunología, así como la interacción que presenta con las demás áreas del INPer.

La correcta operación del contenido de este Manual de Procedimientos, deberá ser supervisada por el titular del área, quien adicionalmente será responsable de su resguardo, difusión, implantación y actualización.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|---------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirectora de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



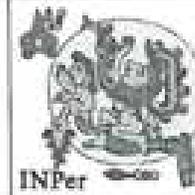
I. - OBJETIVO DEL MANUAL

Proporcionar al personal médico que está inscrito en este Departamento una guía que les permita conocer los criterios y normas a seguir cuando se detecten pacientes con diagnóstico infeccioso e inmunológico, ya sea en adultos ó neonatos. Cabe mencionar la importancia que existe al desarrollar cada uno de los procedimientos que intervienen en este Departamento, así como el de dar a conocer la información al personal médico adscrito a esta área.

Por otro lado, el uso de este manual permitirá aplicar al personal médico las políticas que se establezcan para el desarrollo de cada una de las actividades, con base a lo establecido para proporcionar un servicio de calidad.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales y Reglamento.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y Reglamento.

Ley General de Población y Reglamento.

Ley Federal de Derechos de Autor y Reglamento.

Ley de la Propiedad Industrial.

Ley de Ciencia y Tecnología.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización y Reglamento.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente y Reglamento.

Ley General de Protección Civil.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y Reglamento.

Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y Reglamento.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |



Departamento de Infectología e Inmunología



INPer-DI-SIC-DI-MP

Rev. 5

Hoja: 6 de 9

Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología.

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código Federal de Procedimientos Civiles.

Código Federal de Procedimientos Penales.

Código Fiscal de la Federación y Reglamento.

Ley de Amparo.

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.

Reglamento interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



ACUERDOS

Acuerdo por el que los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud.

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo No. 114 por el que se ordena la distribución de habitaciones para los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud.

LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

NORMAS

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-1998, que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable, requisitos a que deben sujetarse los terceros autorizados que realicen las pruebas.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos, previamente estabilizados.

Norma oficial mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
|  | Departamento de Infectología e Inmunología |  | INPer-DI-SIC-DII-MP |
| | | | Rev. 5 |
| | | | Hoja: 8 de 9 |

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SCT/2003, Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

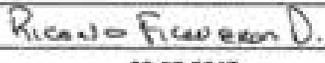
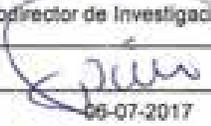
Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

DISPOSICIONES LEGALES INTERNAS

Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, registradas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje expediente R.S 13/83 del 11-X-2005 y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No. 101-439 de fecha 16-VI-2005.

Nota: Para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



III.- PROCEDIMIENTOS

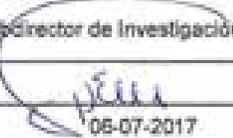
- 1.- Desarrollo de proyectos de Investigación.
- 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas.
- 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa.
- 4.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización.
- 5.- Interconsulta de Infectología pediátrica en el área de consulta externa.
- 6.- Interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN y cuneros.
- 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual.
- 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de cultivos microbiológicos solicitados al Laboratorio de Microbiología.
- 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al Laboratorio de Inmunología.
- 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo.
- 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al Laboratorio de Biología Molecular y Virología.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 1 de 7 |

1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 2 de 7 |

1.0 Propósito

1.1 Establecer la normatividad a seguir para el desarrollo de proyectos de investigación, dentro del campo de las enfermedades infecciosas e inmunológicas y su asociación a la medicina perinatal y reproductiva.

2.0 Alcance

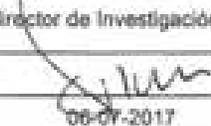
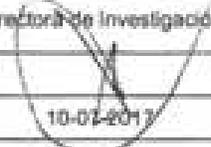
2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Aplicar los puntos prioritarios y la normatividad institucional, para el desarrollo de proyectos.
- Promover entre los investigadores adscritos al Departamento la elaboración de protocolos de investigación, así como la solicitud de evaluación y autorización de dichos protocolos ante los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del INPer.
- Supervisar el desarrollo del proyecto, con base en el protocolo autorizado por la Dirección de Investigación.
- Solicitar al investigador titular y a los colaboradores, la elaboración de un reporte final y publicar los resultados, cuando concluya el proyecto.
- Informar a los investigadores las modificaciones que se realicen al formato del Protocolo de Investigación, con base en las normas y procedimientos de investigación, emitidas por la Dirección de Investigación.
- Supervisar que las investigaciones reúnan los criterios técnicos, metodológicos y éticos establecidos por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del INPer.
- Tomar en consideración la Norma Técnica 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 3 de 7 |

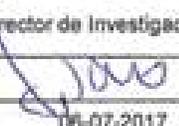
4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|--|
| Dirección de Investigación | 1 | Emite las líneas prioritarias de investigación a la Subdirección de Investigación Clínica, estableciendo la normatividad institucional para su desarrollo. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe líneas prioritarias de investigación e indica al Departamento de Infectología e Inmunología la normatividad institucional a seguir para su desarrollo. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe líneas prioritarias de investigación y normatividad institucional para su difusión ante los investigadores. | • Líneas prioritarias de investigación |
| Investigador Responsable | 4 | Diseña y elabora el investigador titular, el Protocolo de Investigación según formato vigente en las normas y procedimientos de investigación emitidas por la Dirección de Investigación y solicita visto bueno del Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología. | • Protocolo de Investigación |
| | 5 | Envía a través de la vía electrónica a la Dirección de Investigación para su autorización, la solicitud y el Protocolo de Investigación para su evaluación. | |
| Dirección de Investigación | 6 | Recibe Protocolo de Investigación. | • Dictamen |
| | 7 | Somete ante el Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad, el Protocolo para su revisión. | |
| | 8 | ¿Procede? No: Entrega carta de rechazo al investigador titular y recomendaciones para mejorar la metodología del Protocolo. Termina procedimiento | |
| | 9 | Si: Entrega al investigador titular, autorización para su desarrollo. Continúa Procedimiento. | |

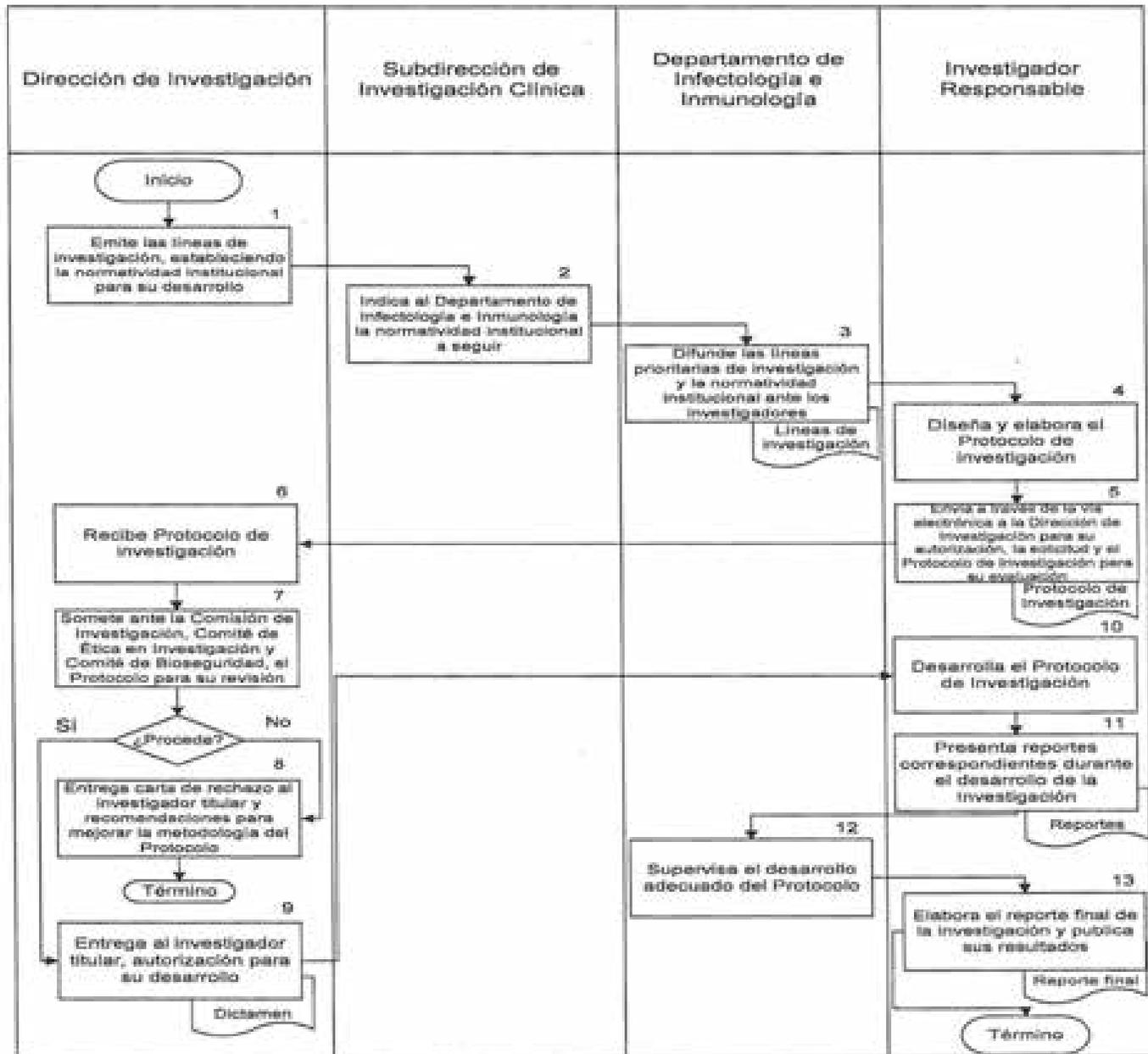
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 4 de 7 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|-------------------|
| Investigador Responsable | 10 | Desarrolla el Protocolo de Investigación, conjuntamente con los coinvestigadores adscritos, así como con el personal de laboratorios y servicios clínicos del Instituto. | • Reportes |
| | 11 | Presenta los reportes correspondientes durante el desarrollo de la investigación. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 12 | Supervisa el desarrollo adecuado del Protocolo. | |
| Investigador Responsable | 13 | Elabora el investigador titular y los colaboradores, el reporte final de la Investigación y publican sus resultados. | • Reporte Final. |
| Termina Procedimiento. | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|--|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Guzmán |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Director de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 6 de 7 |

6.0 Documentos de referencia

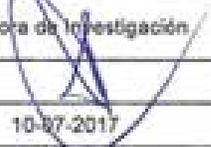
| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|---|---|
| 7.1 Líneas prioritarias de Investigación | 6 años | Dirección de Investigación | 2.S2 |
| 7.2 Protocolo de Investigación | Archivo Histórico | Dirección de Investigación | 2.S2 |
| 7.3 Carta de rechazo del Protocolo | 6 años | Investigador responsable y Dirección de Investigación | 2.S2 |
| 7.4 Autorización del Desarrollo del Protocolo | 6 años | Investigador responsable y Dirección de Investigación | 2.S2 |
| 7.5 Reportes | N/P | Investigador responsable y Dirección de Investigación | Documento de comprobación inmediata |
| 7.6 Reporte Final de la Investigación | 6 años | Investigador responsable y Dirección de Investigación | 2.S2 |

8.0 Glosario

- 8.1 Diseño del Protocolo de Investigación:** El protocolo de investigación constituye la etapa de planificación de una investigación. También es el documento base del investigador, cuyas especificaciones le permiten orientar el proceso de ejecución del trabajo. Es el documento que contiene el plan de un proyecto de investigación científica, con el máximo posible de detalle, precisión y claridad.
- 8.2 Protocolo de Investigación:** Es un procedimiento formado por una secuencia lógica de actividades que procura descubrir las características de los fenómenos, las relaciones internas entre sus elementos y sus conexiones con otros fenómenos, mediante el raciocinio y la comprobación a través de la demostración y la verificación.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

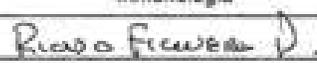
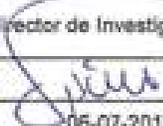
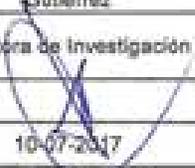
| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-01 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 1.- Desarrollo de Proyectos de Investigación | | Hoja: 7 de 7 |

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

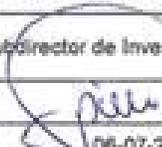
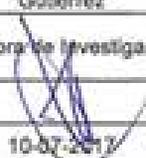
10.0 Anexos

No Aplica.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 1 de 7 |

2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 2 de 7 |

1.0 Propósito

- 1.1 Establecer la normatividad para el desarrollo de Seminarios de Investigación y Sesiones Académicas del Departamento de Infectología e Inmunología que permitan ofrecer a los participantes un aprendizaje activo en el campo de las enfermedades infecciosas e inmunológicas y su asociación a la medicina perinatal y reproductiva.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología, así como al personal del INPer interesado en los temas de investigación.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a invitados a participar en los seminarios y a residentes de Instituciones externas que rotan por el Departamento.

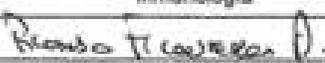
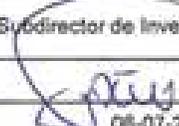
3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Otorgar actualización continua al personal adscrito al Departamento y al del Instituto interesado en los temas de infectología e inmunología, mediante el desarrollo de Seminarios de Investigación y Sesiones Académicas programadas de manera conjunta con un Coordinador de Sesión.
- Presentar y evaluar los proyectos que serán impartidos en los Seminarios de Investigación, en sesiones semanales, las cuales deberán tener una duración máxima de 90 minutos.
- Presentar y evaluar los proyectos que serán impartidos en las sesiones académicas (bibliográficas, clínicas y monográficas), semanalmente, las cuales deberán tener una duración máxima de 60 minutos.
- Informar y proporcionar apoyo a los Médicos (as) Adscritos (as) ó Residentes que participen en la sesión de los seminarios.

- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud a través de la Subdirección Académica, verificar que el Departamento de Programas Académicos y Educación Continua, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Facilitar el material requerido por el Departamento de Infectología e Inmunología para el Desarrollo de los Seminarios y Sesiones Académicas.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 3 de 7 |

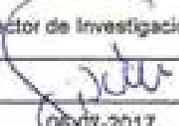
4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|-------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Emite instrucción a la Subdirección de Investigación Clínica para que sea elaborado el programa de Actividades Académicas y Seminarios de Investigación para el ejercicio anual. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología establecer el programa de Actividades académicas y Seminarios de Investigación para cada ejercicio anual | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción y establece programa de Actividades Académicas y Seminarios de investigación para el ejercicio anual. | • 4110-04 |
| | 4 | Informa al Médico Investigador adscrito o al médico residente, el tema para la actividad correspondiente con la finalidad de que desarrolle y prepare la investigación y/o Sesión Académica para su exposición. | |
| | 5 | Solicita al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua, el material de apoyo necesario y el espacio para el evento mediante el formato "Orden de Trabajo". ¿Procede? | |
| | 6 | No: Reprograma fecha de actividad. Regresa a la actividad No. 3. | |
| | 7 | Si: Procede a realizar el evento. Continúa Procedimiento. | |

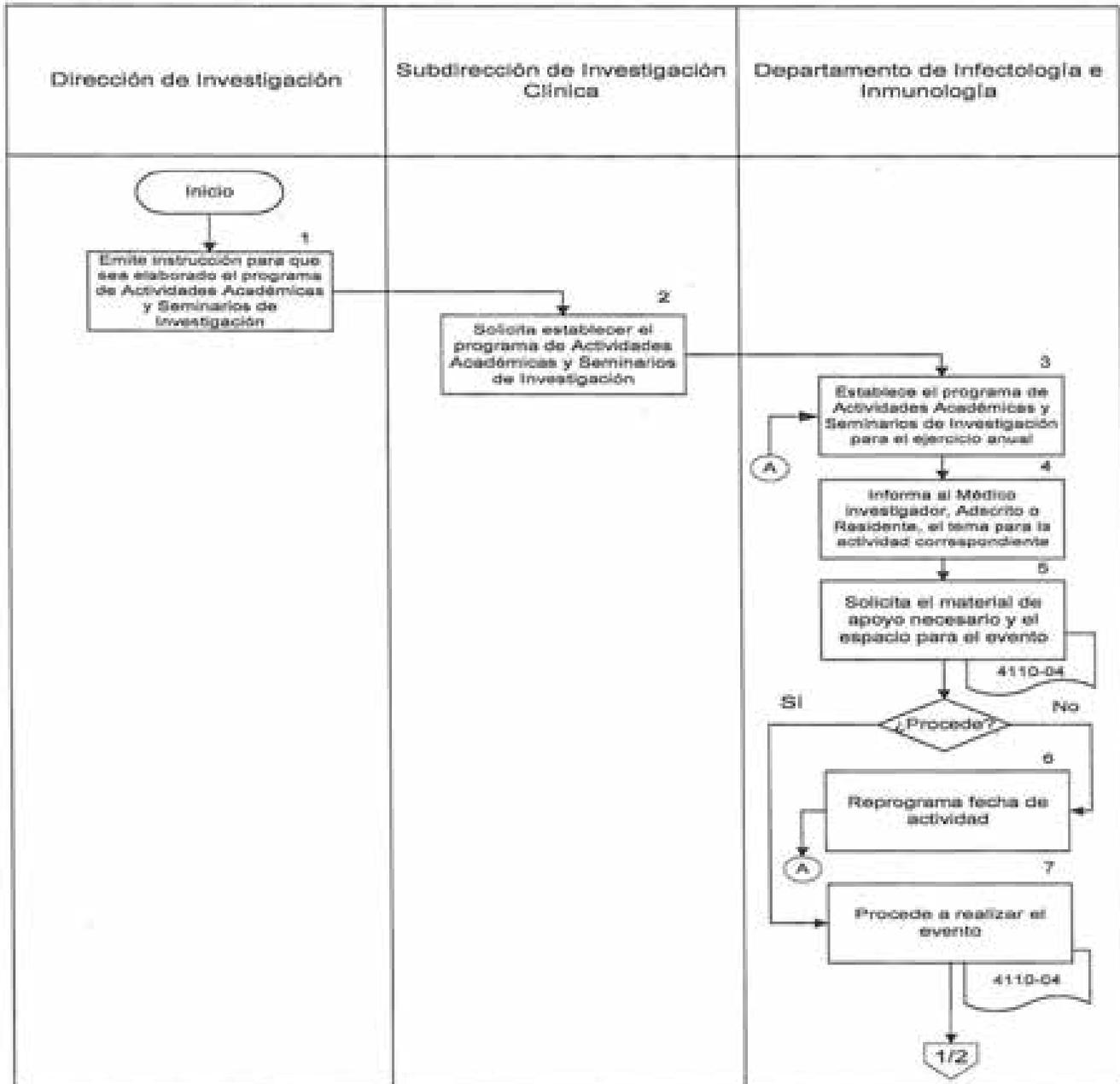
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 4 de 7 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|-------------------|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 8 | Publica las fechas de las actividades y seminarios a realizarse para que el personal del Departamento de Infectología e Inmunología y el interesado del INPer acudan de acuerdo al día y hora programados. | |
| | 9 | Elabora el jefe del Departamento de Infectología e Inmunología la conclusión del Seminario o Sesión y da por terminado el evento. | • Conclusión |
| | 10 | Emite reporte del evento. | • Reporte |
| Termina Procedimiento | | | |

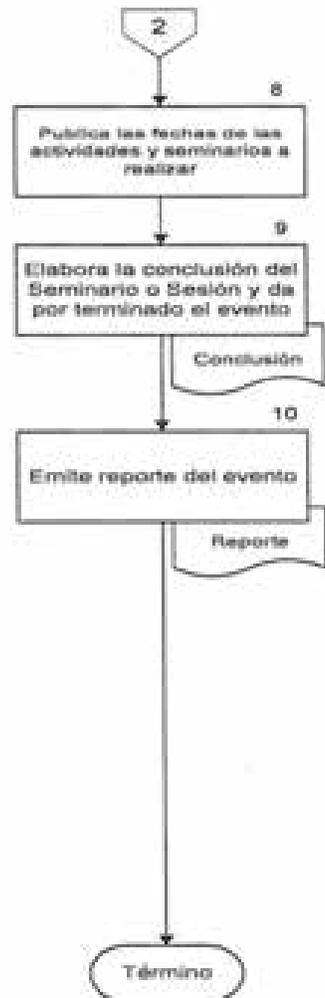
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

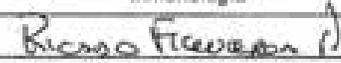
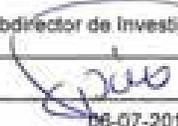
5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 6 de 7 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|---|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | |  <pre> graph TD 2{{2}} --> 8[8 Publicar las fechas de las actividades y seminarios a realizar] 8 --> 9[9 Elabora la conclusión del Seminario o Sesión y da por terminado el evento] 9 -- Conclusión --> 10[10 Emite reporte del evento] 10 -- Reporte --> T([Término]) </pre> |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-001- MP-02 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 2.- Desarrollo de los seminarios de investigación y sesiones académicas | | Hoja: 7 de 7 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|---|---|
| 7.1 "Orden de Trabajo" | 1 año | Departamento de Programas Académicos y Educación Continua | Documento de comprobación inmediata/4110-04 |
| 7.2 Conclusión | N/P | Departamento de Infectología e inmunología | Documento de comprobación inmediata |
| 7.3 Reporte | N/P | Departamento de Infectología e inmunología | Documento de comprobación inmediata |

8.0 Glosario

8.1 **Seminario:** Reunión didáctica en torno a un especialista en donde los estudiantes participan activamente en las propuestas del maestro.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

10.1 Orden de Trabajo

(4110-04)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISÍDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA Y DE GESTIÓN EDUCATIVA
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS ACADÉMICOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

ORDEN DE TRABAJO

| | | | | |
|-------------------------|--------------|--|------------|--|
| AREA SOLICITANTE | FECHA | | No. | |
|-------------------------|--------------|--|------------|--|

| | | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| D I B U J O | ELABORACION DE : | | | | OTROS (ESPECIFICAR) _____ _____ _____ |
| | | <small>CANTIDAD</small> | | <small>CANTIDAD</small> | |
| | GRAFICAS | <input type="checkbox"/> | CARTEL | <input type="checkbox"/> | |
| | LETREROS | <input type="checkbox"/> | FORMAS | <input type="checkbox"/> | |
| | | FOLLETO | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| F O T O G R A F I A | TIPO | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | CLINICA | <input type="checkbox"/> | TRANSOPERATORIA | <input type="checkbox"/> | PRENSA |
| | <input type="checkbox"/> | REPRODUCCION | <input type="checkbox"/> | PARTO | <input type="checkbox"/> | REVELADO/IMPRESION |
| | | | <small>CANTIDAD</small> | | <small>CANTIDAD</small> | |
| | | TRANSPARENCIAS EN COLOR | <input type="checkbox"/> | FOTOS PAPEL COLOR | <input type="checkbox"/> | |
| | | DIPOSITIVAS AZULES | <input type="checkbox"/> | FOTOS PAPEL B/N | <input type="checkbox"/> | |
| | DUPLICADO DE TRANSPARENCIAS | <input type="checkbox"/> | FOTOS PAPEL MURAL | <input type="checkbox"/> | | |
| | DIPOSITIVAS B/N | <input type="checkbox"/> | ROLLOS | <input type="checkbox"/> | | |

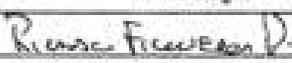
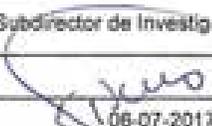
| | | |
|----------------|--|--|
| T V | VIDEOGRABACION | REPRODUCCION |
| | TITULO DEL PROGRAMA _____ | <input type="checkbox"/> COPIA VIDEO FORMATO DE: _____ |
| | LUGAR: _____ | <input type="checkbox"/> EDICION VIDEO A: _____ |
| | FECHA: _____ HORA: _____ | TITULO _____ |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| P R O Y E C C I O N | TIPO | | | | SOLICITUD DE : | |
| | VIDEO | <input type="checkbox"/> | EPISCOPIO | <input type="checkbox"/> | AUDITORIO | _____ |
| | TRANSPARENCIAS 35mm | <input type="checkbox"/> | RETROPROYECTOR | <input type="checkbox"/> | AULA | _____ |
| | AUDIO | <input type="checkbox"/> | | | FECHA | _____ HORA _____ |
| NOTA: T IYECCION DEBE SOLICITARSE CON 24 HORAS DE ANTICIPACION | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| ORIGINALES QUE ENTREGA EL SOLICITANTE | FIN PARA EL QUE SE UTILIZARA EL MATERIAL | Recibi trabajo terminado _____ DIA MES AÑO _____ FIRMA |
| SOLICITANTE _____ NOMBRE Y FIRMA | Autorizo _____ PRÓD. AUDIOVISUAL | SELLO DE RECIBIDO |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 1 de 8 |

3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 2 de 8 |

1.0 Propósito

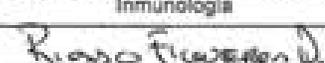
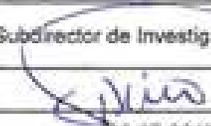
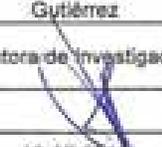
- 1.1 Proporcionar apoyo especializado en el campo de la Infectología e Inmunología a las áreas de Ginecología y Obstetricia con disciplinas médicas afines, que acuden al servicio de Consulta Externa del INPer en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes embarazadas, así como en mujeres con trastornos de esterilidad e infertilidad, en quienes las enfermedades infecciosas o inmunológicas formen parte de la etiología con base a su problema.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas de la Dirección de Investigación y Dirección Médica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Determinar si se otorga atención clínica a las pacientes que acuden a la Consulta Externa, con diagnóstico presuntivo de enfermedades de origen infeccioso o inmunológico, basándose en los siguientes criterios:
 - a) Que el evento infeccioso tenga daño potencial que afecte a la paciente.
 - b) Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de afectar al feto o recién nacido.
 - c) Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de daño a la función reproductiva, a lo anterior se integrará un plan de atención individual de cada paciente.
 - Proporcionar un diagnóstico certero a aquellas pacientes que se les confirme la sintomatología de enfermedades de origen infeccioso o inmunológico estableciendo un plan de diagnóstico y tratamiento en las notas clínicas de interconsulta.
 - Integrar a la paciente, de ser necesario a un programa de seguimiento para evaluar su evolución y respuesta ante un tratamiento previo.
 - Establecer el alta de la paciente del servicio de Infectología cuando su condición clínica así lo amerite.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 3 de 8 |

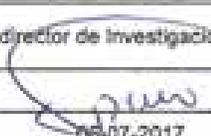
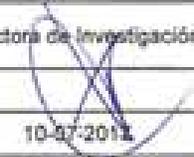
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y no discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que sus Departamentos cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Canalizar al Departamento de Infectología e Inmunología a las pacientes que presenten síntomas de padecimientos infecciosos o inmunológicos.

3.3 Será responsabilidad de las pacientes del INPer cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Solicitar en el módulo de Consulta Externa sus citas al Departamento de Infectología e Inmunología cuando sean referidas por interconsulta.
- Acudir a las citas programadas por el médico infectólogo en la fecha y hora anunciada.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 4 de 8 |

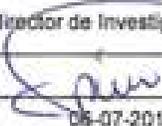
4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|---|
| Dirección de Investigación | 1 | Emite instrucción a la Subdirección de Investigación Clínica para brindar atención a pacientes que presenten síntomas de padecimientos infecciosos. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología proporcione atención médica a las pacientes que sean canalizadas por la Subdirección de Ginecología y Obstetricia que presenten síntomas de padecimientos infecciosos. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción y proporciona atención a las pacientes, a través de la Consulta Externa del Departamento. | <ul style="list-style-type: none"> 2440-15 |
| | 4 | Atiende a la paciente, y le pide su "Solicitud de Interconsulta", revisando que esté debidamente requisitada y autorizada, su sintomatología y datos clínicos en el expediente y define si realmente requiere atención en este Departamento. ¿Procede? | |
| | 5 | No: Indica a la paciente las causas del rechazo, pidiéndole que regrese nuevamente al Servicio que la envió. Termina procedimiento. | |
| | 6 | Si: Programa una consulta subsecuente indicándole fecha y hora de la misma. Continúa Procedimiento. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

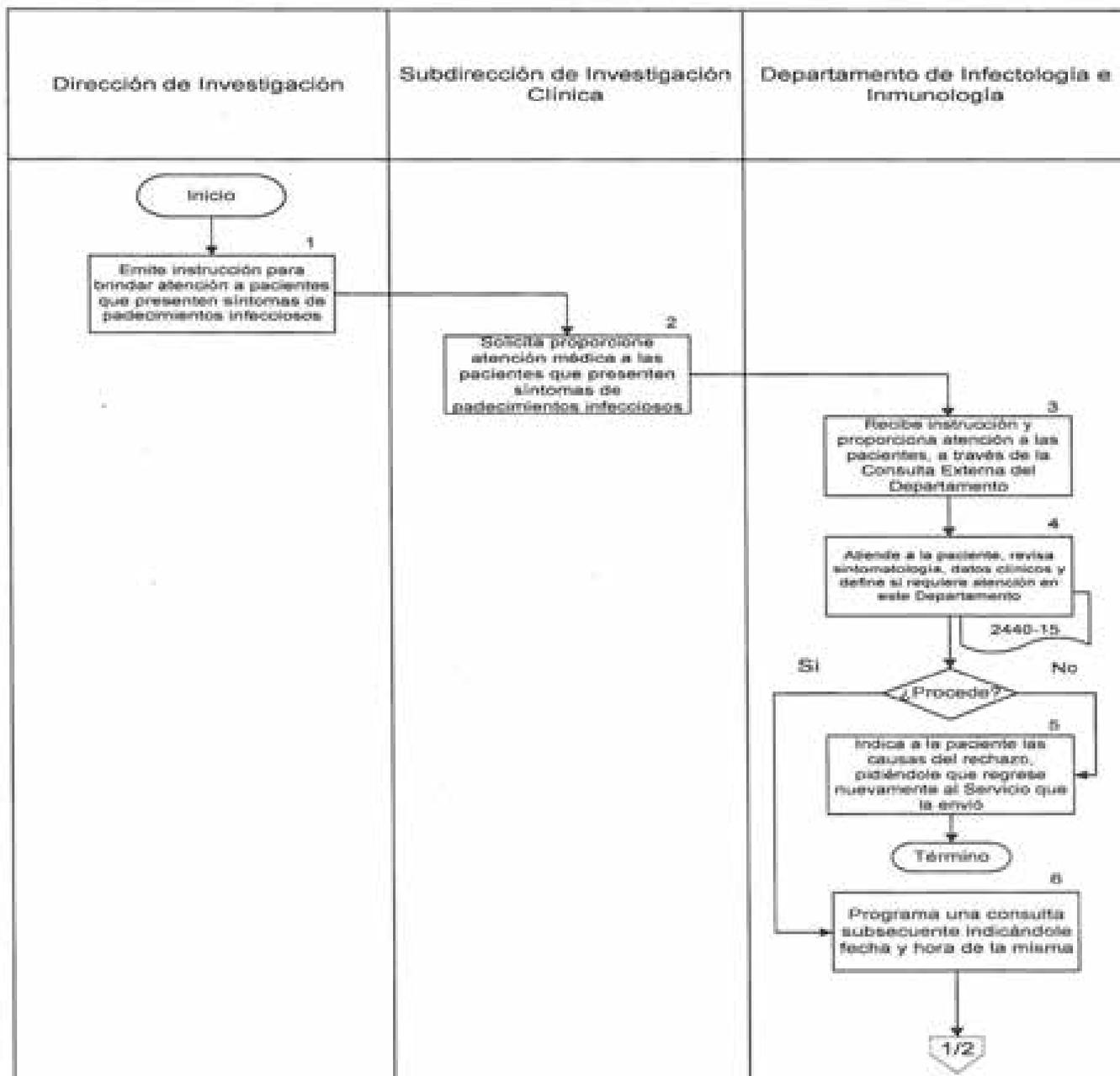
| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 5 de 8 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|---|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 7 | Realiza evaluación clínica a la paciente e integra diagnóstico de presunción, solicitando exámenes complementarios. | <ul style="list-style-type: none"> • 2430-21 |
| | 8 | Indica el Infectólogo de acuerdo a los resultados de los análisis, el tratamiento que deberá seguir la paciente y su fecha de alta. | |
| | 9 | Emite impresión diagnóstica con el plan de manejo en el expediente. | <ul style="list-style-type: none"> • Impresión diagnóstica |
| | 10 | Proporciona cita para seguimiento a la paciente. | |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Guzmán |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 6 de 8 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 7 de 8 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | | <pre> graph TD 2{{2}} --> 7[7 Realiza evaluación clínica, integra diagnóstico de presunción, solicitando exámenes complementarios] 7 -- 2430-21 --> 8[8 Indica el Infectólogo de acuerdo a los resultados de los análisis, el tratamiento a seguir y su fecha de cita] 8 --> 9[9 Emite impresión diagnóstica con el plan de manejo en el expediente] 9 -- Impresión diagnóstica --> 10[10 Proporciona cita para seguimiento a la paciente] 10 --> Termino([Término]) </pre> |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-03 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 3.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de consulta externa | | Hoja: 8 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Interconsulta" | N/P | Paciente | 2440-15 |
| 7.2 "Solicitud de Estudios Inmunológicos" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |
| 7.3 "Impresión Diagnóstica" | N/P | Laboratorio de Inmunología | Documento de Comprobación Inmediata |

8.0 Glosario

8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.

8.2 **Diagnóstico de presunción:** Determinación probable de la enfermedad de un paciente.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

10.1 Solicitud de Interconsulta (2440-15)

10.2 Solicitud de Estudios de Inmunología (2430-21)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO | Los datos del/la paciente. |
| 2 | DEPENDENCIA | El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente. |
| 3 | SERVICIO | El nombre del área en la que se solicita la atención. |
| 4 | FECHA | La fecha en que se elabora la solicitud. |
| 5 | SERVICIO QUE SOLICITA | El nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 6 | URGENTE | Si es urgente o no. |
| 7 | MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante. |
| 8 | FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud. |
| 9 | MÉDICO/A QUE RECIBIÓ | El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe. |
| 10 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO | La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud. |



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ **2430-21**



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

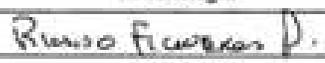
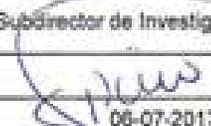
Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ **2430-21**

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 1 de 10 |

4.- Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-Interconsulta de infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 2 de 10 |

1.0 Propósito

1.1 Proporcionar apoyo especializado en el campo de la Infectología e Inmunología, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia con disciplinas médicas afines en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes embarazadas, así como en mujeres con trastornos de esterilidad e infertilidad en quienes las enfermedades infecciosas e inmunológicas, formen parte de la etiología de base en su problema o pongan en riesgo potencial de daño al producto de la gestación, o la salud reproductiva de las pacientes que se encuentren hospitalizadas en el Instituto.

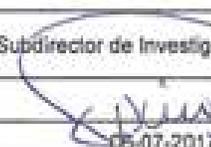
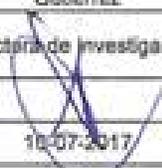
2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Infectología e Inmunología y a la Dirección Médica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar atención clínica, diagnóstico certero y tratamiento definitivo a las pacientes hospitalizadas del INPer, con presunción de enfermedades de origen infeccioso o inmunológico.
- Establecer un plan diagnóstico y tratamiento para la paciente, basado en los reportes de las notas clínicas de interconsulta y de ser necesario integrarla a un programa de seguimiento para evaluar la evolución y respuesta.
- Determinar si la paciente deberá ser atendida por un médico especialista en el área, dentro de la unidad hospitalaria aplicando los siguientes criterios:
 - ❖ Que el evento infeccioso tenga daño potencial, que afecte a la paciente.
 - ❖ Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de afectar al feto ó recién nacido.
 - ❖ Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de daño a la función reproductiva, a lo anterior se integrará un plan de atención individual de cada paciente.
- Establecer un plan de alta para la paciente, del servicio de Infectología cuando el tratamiento para su sintomatología haya presentado una evolución satisfactoria para su salud.

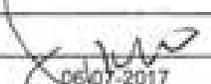
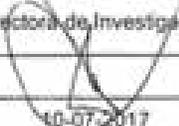
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4-Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 3 de 10 |

- Establecer en coordinación con el médico tratante, la interconsulta de la paciente, solo si ésta ya no se encuentra hospitalizada, e indicar cómo se realizará en la sección de consulta externa, en caso contrario si se encuentra hospitalizada la paciente, el médico dé la resolución si procede o no la interconsulta.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el departamento de Tecnologías de la información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a través de sus áreas descritas, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Detectar a las pacientes que desarrollen problemas infecciosos o inmunológicos durante su hospitalización.
- Solicitar al Departamento de Infectología e Inmunología interconsulta mediante la "Solicitud de interconsulta" (2440-15), y/o a través del sistema electrónico correspondiente.
- Iniciar plan de manejo, de manera conjunta con el Departamento de Infectología e Inmunología.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

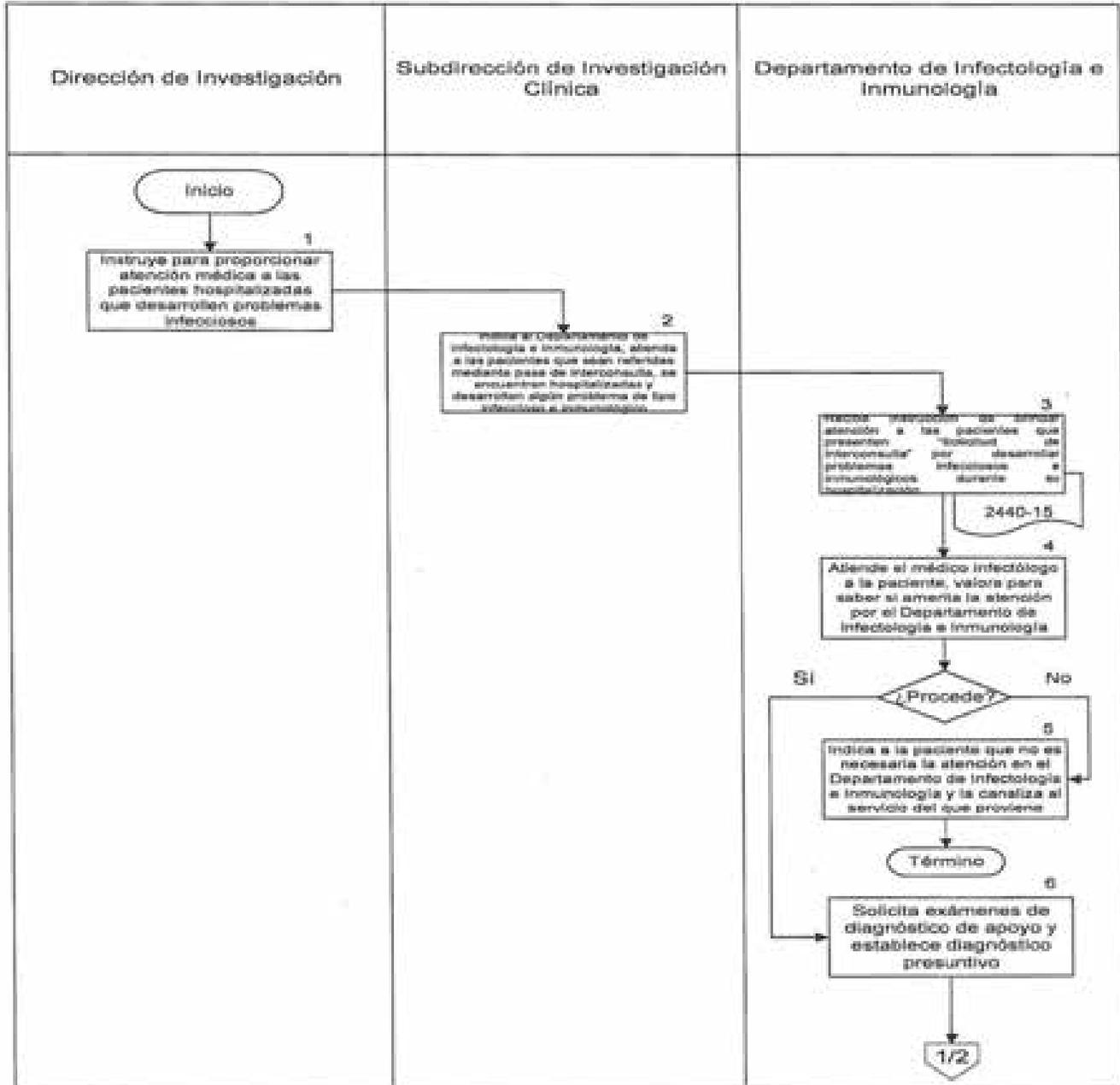
| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-Interconsulta de infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 4 de 10 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|-------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica para que proporcione atención médica a las pacientes hospitalizadas que desarrollen problemas infecciosos. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Indica al Departamento de Infectología e Inmunología, atienda a las pacientes que sean referidas mediante pase de interconsulta, se encuentren hospitalizadas y desarrollen algún problema de tipo infeccioso e inmunológico. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción de brindar atención a las pacientes que presenten "Solicitud de Interconsulta" por desarrollar problemas infecciosos e inmunológicos durante su hospitalización. | • 2440-15 |
| | 4 | Atiende el médico infectólogo a la paciente, valora para saber si amerita la atención por el Departamento de Infectología e Inmunología. ¿Procede? | |
| | 5 | No: Indica a la paciente que no es necesaria la atención en el Departamento de Infectología e Inmunología y la canaliza al servicio del que proviene. Termina Procedimiento | |
| | 6 | Si: Solicita exámenes de diagnóstico de apoyo y establece diagnóstico presuntivo. Continúa Procedimiento. | |
| | 7 | Realiza nota clínica de interconsulta en el expediente clínico electrónico y propone plan de manejo a través del formato "Nota de Evolución". | • 2250-07 |
| | 8 | Indica al médico encargado en hospitalización, iniciar el plan de manejo a seguir para la paciente. | • 2250-07 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

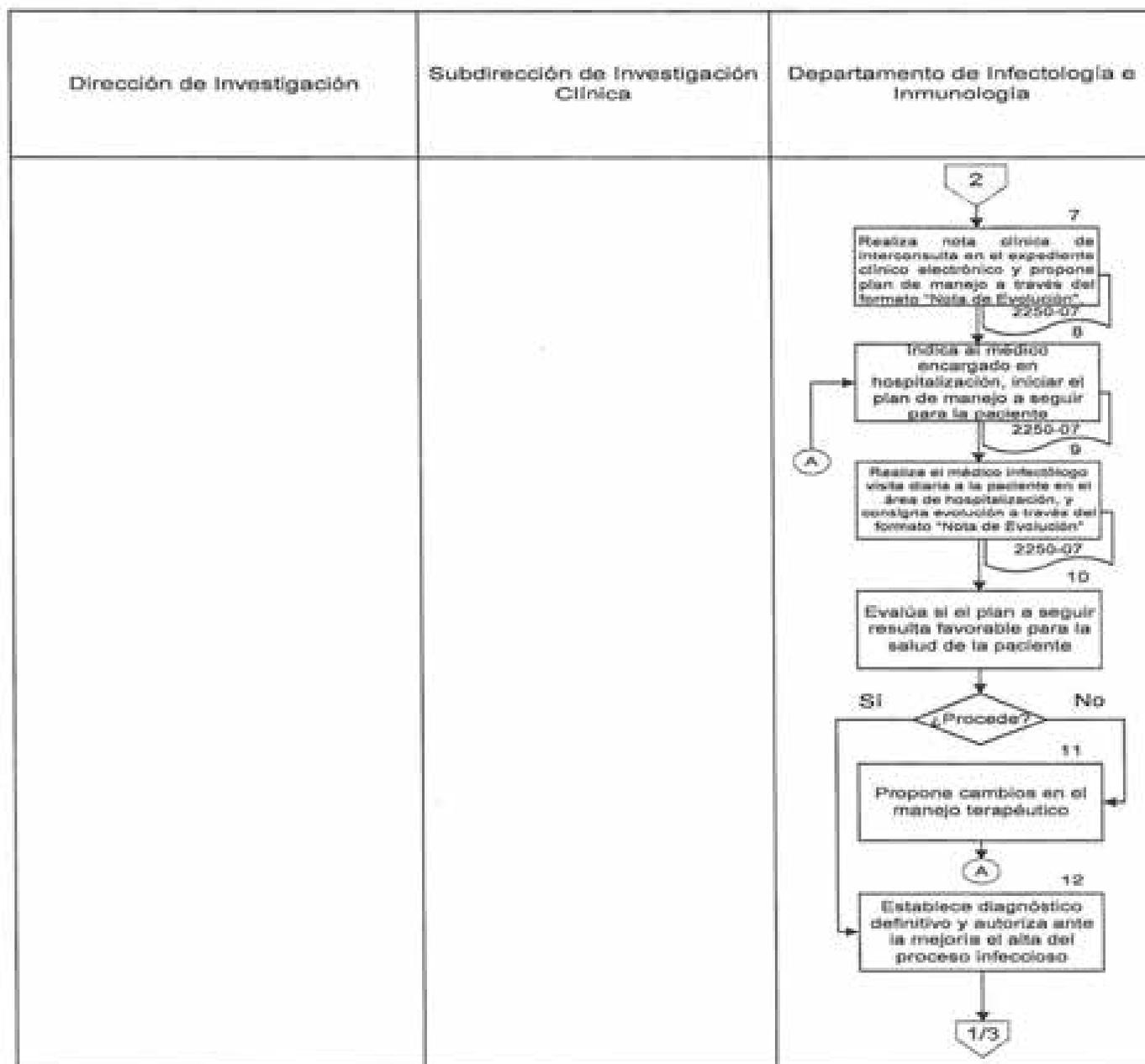
5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gubérez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-interconsulta de infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 7 de 10 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirectora de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 8 de 10 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|---|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | | <pre> graph TD 3[3] --> 13[13 Informa el médico infectólogo al médico encargado los términos del alta de la paciente] 13 --> 14[14 Indica al médico infectólogo a la paciente que acuda al servicio de Control de Citas para agendar una cita de control subsecuente] 14 --> T([Término]) 2440-03[2440-03] -.-> 14 </pre> |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4.-interconsulta de infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 9 de 10 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

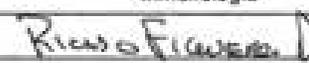
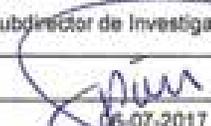
| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Interconsulta" | N/P | Paciente | 2440-15 |
| 7.2 "Nota de Evolución" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2250-07 |
| 7.3 "Citas Subsecuentes" | N/P | Paciente | 2440-03 |

8.0 Glosario

- 8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.
- 8.2 **Diagnóstico de Presunción:** Determinación probable de la enfermedad de un paciente.
- 8.3 **Solicitud de Interconsulta:** Documento de referencia, en el que se solicita valoración de un paciente por un especialista, de parte del médico tratante o de primer contacto.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-04 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 4-Interconsulta de Infectología de adultos en el área de hospitalización | | Hoja: 10 de 10 |

10.0 Anexos

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 10.1 Solicitud de Interconsulta | (2440-15) |
| 10.2 Nota de Evolución | (2250-07) |
| 10.3 Citas Subsecuentes | (2440-03) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Domíán | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directoría de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO | Los datos del/la paciente. |
| 2 | DEPENDENCIA | El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente. |
| 3 | SERVICIO | El nombre del área en la que se solicita la atención. |
| 4 | FECHA | La fecha en que se elabora la solicitud. |
| 5 | SERVICIO QUE SOLICITA | El nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 6 | URGENTE | Si es urgente o no. |
| 7 | MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante. |
| 8 | FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud. |
| 9 | MÉDICO/A QUE RECIBIÓ | El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe. |
| 10 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO | La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud. |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTAS DE EVOLUCIÓN"

2250-07

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|----------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO BLANCO | El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio |
| 3 | CAMA | Número de cama, asignada a la paciente |
| 4 | N° DE HOJA | El consecutivo correspondiente |
| 5 | FECHA Y HORA | El día, mes, año y hora de elaboración de la nota |
| 6 | NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P. | La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes |



INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA
DE LOS REYES



**CONSULTA EXTERNA,
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: _____ (1)

EXPEDIENTE NÚMERO: _____ (2)

EL DÍA: _____ (3)

MÉDICO/A: _____ (4)

2440-03

PESO _____ (5) ENFERMERA _____ (9)

TEMP. _____ (6) _____

F.R. _____ FECHA _____ (10)

F.C. _____ HORA _____

T/A _____

EDEMA _____ (7)

TIRA REAC. _____ (8)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

CITAS SUBSECUENTES

2440-03

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------|---|
| 1 | FAVOR DE DAR CITA A | El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 2 | EXPEDIENTE NÚMERO | El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet. |
| 3 | EL DÍA | El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA). |
| 4 | MÉDICO/A | El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente. |
| 5 | SOMATOMETRÍA | El peso en kilogramos de la paciente |
| 6 | SIGNOS VITALES | Temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca, tensión arterial |
| 7 | EDEMA | Si existe presencia de edema (hinchazón) |
| 8 | PROCEDIMIENTO | Determinación de tira reactiva en orina (en su caso) |
| 9 | ENFERMERA | Nombre completo de la enfermera |
| 10 | FECHA, HORA | Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de Infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja: 1 de 8 |

5.- Otorgar interconsulta de Infectología pediátrica en el área de Consulta Externa

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja: 2 de 8 |

1.0 Propósito

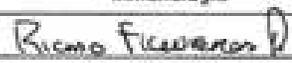
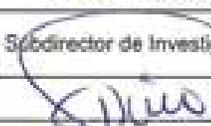
- 1.1 Brindar seguimiento pediátrico a los recién nacidos en el INPer o que se encuentren incluidos en programas de investigación del Departamento de Infectología e Inmunología, para evitar problemas y enfermedades infecciosas o inmunológicas, que los pongan en riesgo potencial de daño con secuelas en su desarrollo.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología y a los servicios de neonatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes pediátricos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Proporcionar apoyo especializado en el campo de la Infectología e Inmunología Pediátrica a través de la atención clínica, diagnóstico de certeza y tratamiento definitivo de los pacientes que acuden a la consulta Externa de Infectología Pediátrica del INPer, con diagnóstico presuntivo de enfermedades de origen infeccioso o inmunológico.
 - Elaborar el médico infectólogo adscrito, una nota clínica de interconsulta en la cual establezca un plan diagnóstico e indique el tratamiento a los pacientes pediátricos referidos por el Servicio de Seguimiento Pediátrico.
 - Integra en caso de ser necesario a los pacientes pediátricos a un programa de seguimiento, para evaluar su evolución continuamente y la respuesta del paciente pediátrico al tratamiento que le fue establecido.
 - Determinar si el paciente pediátrico amerita atención tomando en cuenta los siguientes criterios:
 - a) Que el evento infeccioso tenga daño potencial de afectar en forma aguda al paciente.
 - b) Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de dejar secuela.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar Interconsulta de Infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja 3 de 8 |

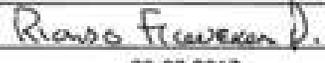
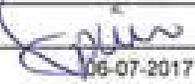
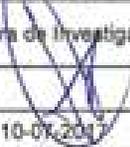
- Establecer el alta del Departamento de Infectología e Inmunología del paciente pediátrico.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el departamento de Tecnologías de la información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través, Subdirección de Neonatología, verificar que los Departamentos adscritos cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Programar citas de Infectología e Inmunología a los pacientes pediátricos nacidos en el INPer con una enfermedad infecciosa.

3.3 Será responsabilidad de los padres de los pacientes pediátricos cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Solicitar la programación de las citas subsecuentes al Departamento de Infectología e Inmunología en el módulo de control de citas.
- Atender las indicaciones médicas para la mejora de la salud del paciente.

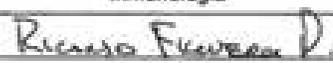
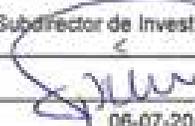
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo- Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII-MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de Infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja 4 de 8 |

4.0 Descripción del procedimiento

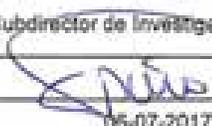
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|--|---|--|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica, a brindar atención a pacientes pediátricos nacidos en el INPer o incluidos en proyectos de investigación. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología atender a los pacientes pediátricos que presenten alguna enfermedad infecciosa o estén incluidos en proyectos de investigación. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción e indica al médico infectólogo proporcione atención a los pacientes pediátricos que requieran algún seguimiento o tratamiento final de un proceso infeccioso. | |
| | 4 | Recibe el médico Infectólogo al paciente pediátrico de acuerdo a la fecha y hora programada en su "Solicitud de Interconsulta" y la cita en su carnet. | <ul style="list-style-type: none"> • 2440-15 • 2440-18 |
| | 5 | Valora el médico Infectólogo al paciente pediátrico para corroborar el motivo de la interconsulta. | |
| | 6 | Determina si el paciente realmente requiere de la atención en este Departamento. ¿Procede? | |
| | 7 | No: Indica a la madre del paciente las causas del rechazo, pidiéndole que regrese nuevamente al Servicio que la envió, anexando una nota clínica. Termina Procedimiento | <ul style="list-style-type: none"> • 2250-07/SIGIn |
| 8 | Si: Programa una consulta subsecuente indicándole fecha y hora de la misma y solicita exámenes complementarios. Continúa Procedimiento | <ul style="list-style-type: none"> • 2440-03 • 2430-21 | |

CONTROL DE EMISIÓN

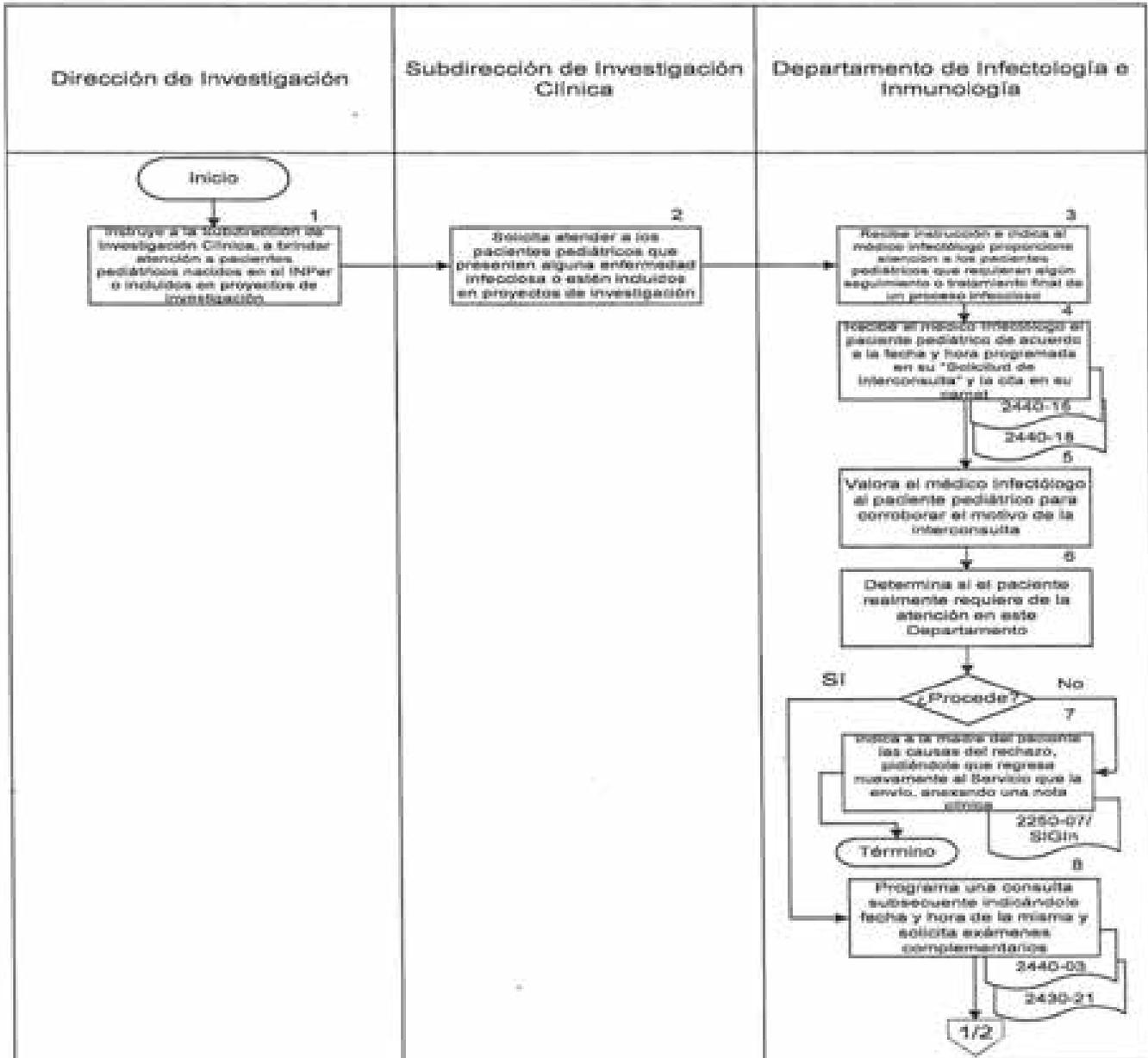
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó : |
|--------------|---|---|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja: 5 de 8 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|---|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 9 | Evalúa médico adscrito el resultado de los exámenes de laboratorio. | <ul style="list-style-type: none"> • 2250-07/SIGIn |
| | 10 | Integra diagnóstico definitivo al expediente así como su plan de manejo. | |
| | 11 | Determina de acuerdo a la evolución del paciente pediátrico el alta del servicio. | |
| | 12 | Documenta nota clínica en el expediente clínico electrónico. | |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-02-2017 |

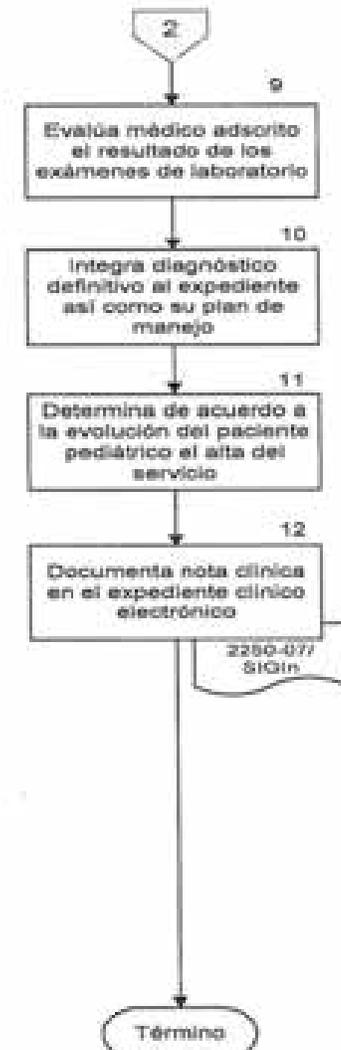
5.0 Diagrama de Flujo

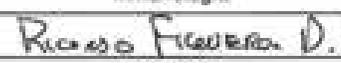
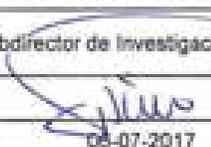


CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó : |
|--------------|---|---|---|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DI-MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja: 7 de 8 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | |  |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-05 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 5.- Otorgar interconsulta de Infectología pediátrica en el área de Consulta Externa | | Hoja: 8 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Interconsulta" | N/P | Paciente | 2440-15 |
| 7.2 "Carnet de Citas" | N/P | Paciente | 2440-18 |
| 7.3 "Nota de Evolución" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2250-07 |
| 7.4 "Consulta Subsecuente" | N/P | Paciente | 2440-03 |
| 7.5 "Solicitud de Estudios Inmunológicos" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |

8.0 Glosario

8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.

8.2 **Diagnóstico de Presunción:** Determinación probable de la enfermedad de un paciente.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

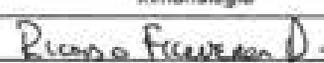
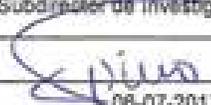
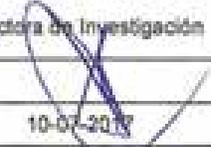
10.1 Solicitud de Interconsulta (2440-15)

10.2 Carnet de Citas (2440-18)

10.3 Nota de Evolución (2250-07)

10.4 Consulta Subsecuente (2440-03)

10.5 Solicitud de Estudios de Inmunología (2430-21)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO | Los datos del/la paciente. |
| 2 | DEPENDENCIA | El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente. |
| 3 | SERVICIO | El nombre del área en la que se solicita la atención. |
| 4 | FECHA | La fecha en que se elabora la solicitud. |
| 5 | SERVICIO QUE SOLICITA | El nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 6 | URGENTE | Si es urgente o no. |
| 7 | MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante. |
| 8 | FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud. |
| 9 | MÉDICO/A QUE RECIBIÓ | El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe. |
| 10 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO | La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud. |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2440-18

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTAS DE EVOLUCIÓN"

2250-07

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|----------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO BLANCO | El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio |
| 3 | CAMA | Número de cama, asignada a la paciente |
| 4 | N° DE HOJA | El consecutivo correspondiente |
| 5 | FECHA Y HORA | El día, mes, año y hora de elaboración de la nota |
| 6 | NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P. | La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes |



INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA
DE LOS REYES



**CONSULTA EXTERNA,
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: _____ (1)

EXPEDIENTE NÚMERO: _____ (2)

EL DÍA: _____ (3)

MÉDICO/A: _____ (4)

2440-03

PESO _____ (5)

ENFERMERA _____ (9)

TEMP. _____ (6)

F.R. _____

FECHA _____ (10)

F.C. _____

HORA _____

T/A _____

EDEMA _____ (7)

TIRA REAC. _____ (8)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

CITAS SUBSECUENTES

2440-03

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------|---|
| 1 | FAVOR DE DAR CITA A | El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 2 | EXPEDIENTE NÚMERO | El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet. |
| 3 | EL DÍA | El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA). |
| 4 | MÉDICO/A | El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente. |
| 5 | SOMATOMETRÍA | El peso en kilogramos de la paciente |
| 6 | SIGNOS VITALES | Temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca, tensión arterial |
| 7 | EDEMA | Si existe presencia de edema (hinchazón). |
| 8 | PROCEDIMIENTO | Determinación de tira reactiva en orina (en su caso) |
| 9 | ENFERMERA | Nombre completo de la enfermera |
| 10 | FECHA, HORA | Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato |



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

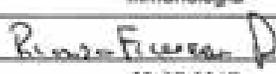
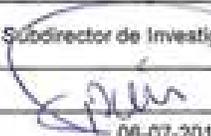
Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SIC-DII- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN y Cuneros | | Hoja: 1 de 8 |

6.- Interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN, y Cuneros

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SIC-DII- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN y Cuneros | | Hoja: 2 de 8 |

1.0 Propósito

1.1 Proporcionar seguimiento y atención médica a los recién nacidos con problemas infecciosos o inmunológicos, así como brindar apoyo especializado en el campo de la infectología e inmunología a los médicos de las unidades neonatales, para el tratamiento de las enfermedades infecciosas o inmunológicas que formen parte de la etiología de base del problema o pongan en riesgo potencial de daño con secuelas en el desarrollo de sus pacientes.

2.0 Alcance

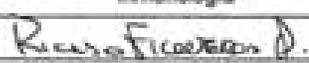
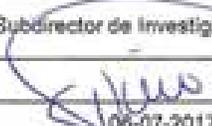
2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología, así como a los servicios de neonatología.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes pediátricos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar interconsultas en los servicios de UCIN, UCIREN y cuneros a los pacientes que sean referidos al Departamento, con diagnóstico presuntivo de enfermedades de origen infeccioso o inmunológico, para proporcionar un diagnóstico certero.
- Indicar un tratamiento definitivo a los pacientes pediátricos que presentan enfermedades de origen infeccioso o inmunológico evaluando durante el pase diario de visita, el estado y evolución de los pacientes.
- Evaluar durante el pase diario de visita, el estado de los pacientes pediátricos referidos por interconsulta.
- Realizar visitas diarias a los Servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido y Cuneros para elaborar una nota clínica de interconsulta y establecer el plan de diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Integrar a los pacientes pediátricos a un programa de seguimiento en caso de que por su diagnóstico sea necesario y evaluar constantemente su evolución y respuesta al manejo establecido.
- Determinar si los pacientes pediátricos requieren atención tomando en cuenta los siguientes criterios:
 - a) Que el evento infeccioso, tenga daño potencial de afectar en forma aguda al paciente.
 - b) Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de dejar secuela.
 - c) Que el evento infeccioso tenga riesgo de complicar el cuadro clínico de base del paciente.

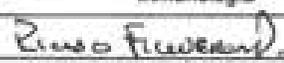
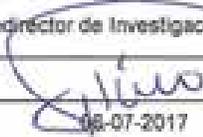
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10/07/2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SIC-DII- MP-08 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN y Cuneros | | Hoja: 3 de 8 |

- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el departamento de Tecnologías de la información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Neonatología, verificar que los departamentos adscritos cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Requerir a través de la interconsulta la atención de los pacientes pediátricos al Departamento de Infectología e Inmunología.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SiC-011- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Interconsulta de infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN y Cunereros | | Hoja: 4 de 8 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|------------------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica brindar atención médica de calidad a los pacientes pediátricos que se encuentren en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido y Cunereros. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología atienda a los pacientes pediátricos que sean referidos por interconsulta a este servicio y se encuentren en alguno de los servicios neonatales. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción y Solicita al médico tratante la "Solicitud de Interconsulta" con diagnóstico presunción integrada en el expediente. | • 2440-15 |
| | 4 | Valora a la/el paciente para determinar si amerita la atención del médico especialista del Departamento de Infectología e Inmunología. ¿Procede? | |
| | 5 | No: Asienta diagnóstico de rechazo en el expediente y explica al médico adscrito el motivo del rechazo. Termina Procedimiento | • 2250-07/SIGIn |
| | 6 | Sí: Solicita exámenes de laboratorio necesarios y asienta en el expediente clínico el diagnóstico inicial y plan de manejo inicial. Continúa Procedimiento | • 2250-07/SIGIn • 2430-21 |
| | 7 | Evalúa el médico infectólogo adscrito de manera conjunta con el médico tratante, el plan de manejo inicial y comienzan la terapéutica propuesta. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 04-07-2017 | 10-07-2017 |

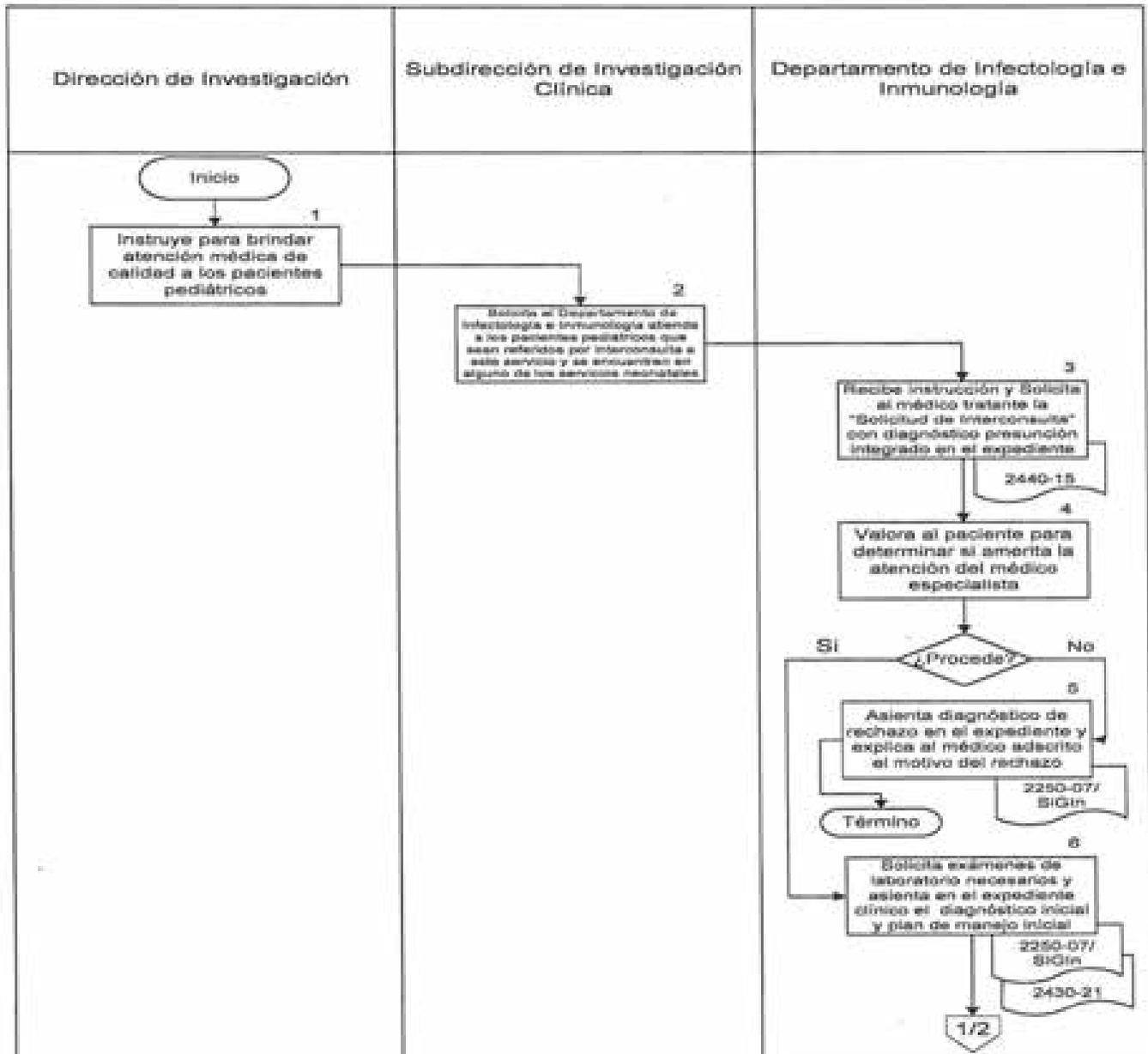
| | | | |
|--|---|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer DI-SIC-DII-MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN Y Cuneros | | Hoja: 5 de 8 |

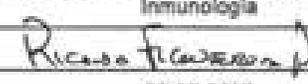
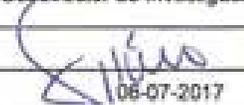
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|-------------------|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 8 | Analiza el médico infectólogo adscrito el resultado de los exámenes solicitados. | • 2250-07/SIGIn |
| | 9 | Integra diagnóstico de certeza en el expediente, así como los cambios en el plan de manejo. | |
| | 10 | Establece el médico adscrito infectólogo el alta del servicio de infectología, si observa mejoría. | |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SIC-DII- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Otorgar interconsulta de Infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN Y Cuneros | | Hoja: 6 de 8 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 15-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer DI-SIC-DII- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN Y Cuneros | | Hoja: 7 de 8 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer DI-SIC-DII- MP-06 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 6.- Otorgar interconsulta de infectología pediátrica en los servicios de UCIN, UCIREN Y Cuneros | | Hoja: 8 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Interconsulta" | N/P | Paciente | 2440-15 |
| 7.2 "Nota de Evolución" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2250-07 |
| 7.3 "Solicitud de Estudios Inmunológicos" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |

8.0 Glosario

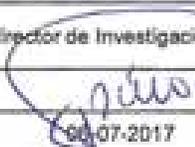
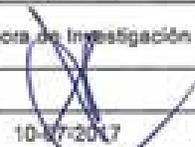
- 8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.
- 8.2 **UCIN:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- 8.3 **UCIREN:** Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

- 10.1 Solicitud de Interconsulta (2440-15)
- 10.2 Nota de Evolución (2250-07)
- 10.3 Solicitud de Estudios de Inmunología (2430-21)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO | Los datos del/la paciente. |
| 2 | DEPENDENCIA | El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente. |
| 3 | SERVICIO | El nombre del área en la que se solicita la atención. |
| 4 | FECHA | La fecha en que se elabora la solicitud. |
| 5 | SERVICIO QUE SOLICITA | El nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 6 | URGENTE | Si es urgente o no. |
| 7 | MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante. |
| 8 | FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud. |
| 9 | MÉDICO/A QUE RECIBIÓ | El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe. |
| 10 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO | La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud. |

Fecha y Hora

NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P

B: BÁSICO

S: SUBJETIVO

O: OBJETIVO

A: ANÁLISIS

P: PLANES



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTAS DE EVOLUCIÓN"

2250-07

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|----------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO BLANCO | El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio |
| 3 | CAMA | Número de cama, asignada a la paciente |
| 4 | N° DE HOJA | El consecutivo correspondiente |
| 5 | FECHA Y HORA | El día, mes, año y hora de elaboración de la nota |
| 6 | NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P. | La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes |



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

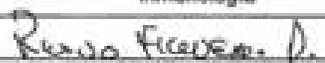
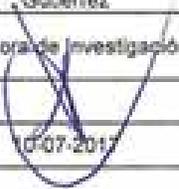
Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 1 de 19 |

7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damían | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gubénrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII-MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 6 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 2 de 10 |

1.0 Propósito

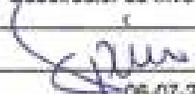
- 1.1 Proporcionar apoyo clínico y de laboratorio especializado en el campo de la infectología e inmunología, así como, brindar tratamiento a las pacientes embarazadas, y a mujeres con trastornos de esterilidad e infertilidad, que presenten cuadro clínico sugestivo de enfermedad de transmisión sexual así como a sus parejas, y que esta forme parte de su etiología de base de su problema o pongan en riesgo potencial de daño al producto de la gestación o a la salud reproductiva de la paciente.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Dirección Médica, a la Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Brindar atención médica, diagnóstico de certeza y tratamiento definitivo a las pacientes que acuden a la Consulta Externa del INPer, con diagnóstico presuntivo de enfermedades de transmisión sexual.
 - Otorgar cita a las pacientes referidas a este servicio, por interconsulta.
 - Elaborar notas clínicas de interconsulta para establecer un plan de diagnóstico de presunción y tratamiento inicial a la paciente.
 - Integrar a la paciente de ser necesario a un programa de seguimiento para evaluar evolución y respuesta al manejo establecido, de acuerdo al tipo de infección que afecte a la paciente, que puede ser:
 - » Infecciones por bacterias (Sífilis, Gonorrea, Vaginosis bacteriana, Chancroide).
 - » Infecciones por *Chlamydia trachomatis* y Micoplasmas.
 - » Infecciones por hongos (Candidiasis).
 - » Infecciones por Virus (Virus del Papiloma Humano, Herpes Genital, Molusco contagioso).
 - » Infecciones por Parásitos (*Trichomonas vaginalis*, Pediculosis).
 - Determinar si la paciente amerita atención basándose en los siguientes criterios:
 - » Que el evento infeccioso tenga daño potencial de afectar a la paciente.
 - » Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de afectar al feto o recién nacido.
 - » Que el evento infeccioso tenga riesgo potencial de daño a la función reproductiva.

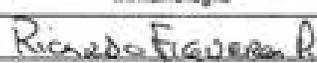
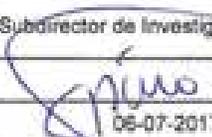
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 3 de 10 |

- Establecer un diagnóstico certero al padecimiento de las pacientes con enfermedades de transmisión sexual y elaborar notas clínicas de interconsulta en el expediente clínico electrónico para establecer un plan de tratamiento definitivo de acuerdo al tipo de infección que afecte a la paciente.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el departamento de Tecnologías de la información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a través de sus departamentos cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

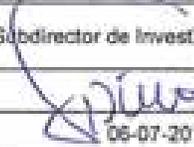
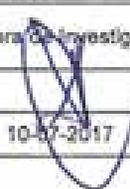
- Canalizar al Departamento de Infectología e Inmunología, a las pacientes con problemas infecciosos sugestivos de una enfermedad de transmisión sexual.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 4 de 10 |

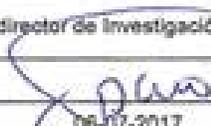
4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|------------------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica para que proporcionen atención a las pacientes referidas por la Subdirección de Ginecología y Obstetricia a través de sus Departamentos. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción e indica al Departamento de Infectología e Inmunología atienda a las pacientes con problemas infecciosos sugestivos de una enfermedad de transmisión sexual, canalizadas por los Departamentos de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción de proporcionar atención médica a las pacientes con problemas infecciosos sugestivos de una enfermedad de transmisión sexual a través de la "Solicitud de Interconsulta". | • 2440-15 |
| | 4 | Recibe a la paciente con "Solicitud de Interconsulta" y verifica que esté requisitada correctamente. | • 2440-15 |
| | 5 | Valora a la paciente para determinar si amerita la atención en el servicio. ¿Procede? | |
| | 6 | No: Indica a la paciente el motivo de rechazo, y le solicita regresar al servicio que la envió. Termina Procedimiento | |
| | 7 | Si: Integra diagnóstico de presunción, solicita exámenes complementarios y asienta en el expediente clínico electrónico el diagnóstico y el plan de manejo inicial. Otorga cita de seguimiento. Continúa Procedimiento. | • 2250-07/SIGIn • 2430-21 |
| | 8 | Atiende a la paciente en día y hora señalados. | |

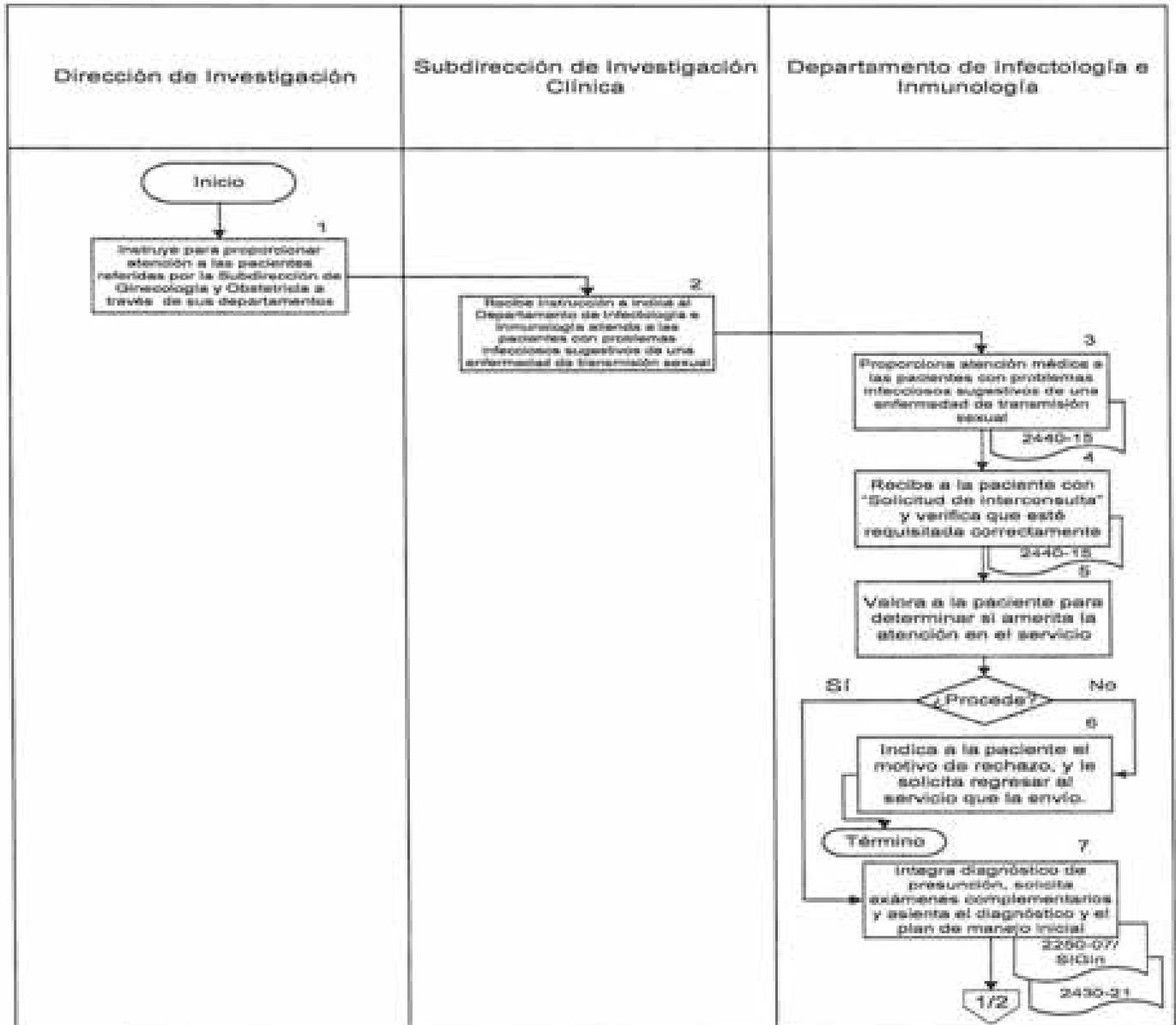
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

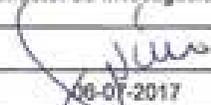
| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 5 de 10 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|--|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 9 | Revisa resultados de los exámenes solicitados y emite un diagnóstico definitivo. | |
| | 10 | Realiza los cambios necesarios en el tratamiento, programa una consulta subsecuente y otorga cita en su carnet. | <ul style="list-style-type: none"> • 2440-03 • 2440-18 |
| | 11 | Recibe a la paciente el día y hora señalados, y evalúa los avances del tratamiento para determinar el alta. ¿Procede? | |
| | 12 | No: Realiza seguimiento, con base al esquema diagnosticado. Regresa a la actividad No. 9. | |
| | 13 | Si: Determina el alta de la paciente del Departamento de Infectología. Continúa Procedimiento | |
| | 14 | Anota y/o captura en el expediente clínico el diagnóstico final de base para el alta de la paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • 2250-07/SIGIn |
| | 15 | Remite a la paciente con su médico tratante. | |
| Termina Procedimiento | | | |

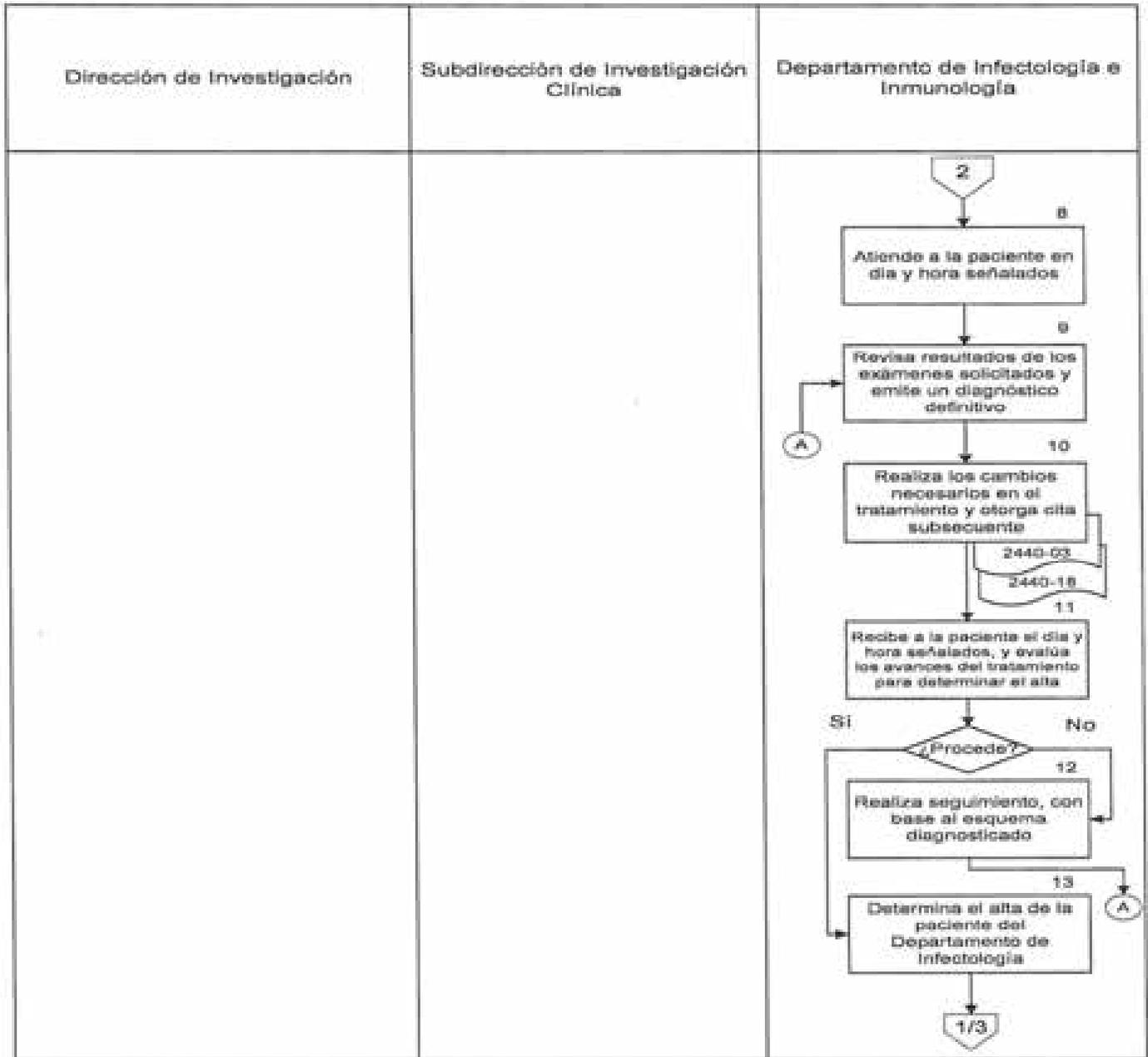
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

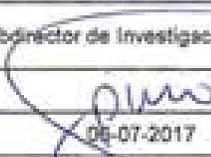
5.0 Diagrama de Flujo



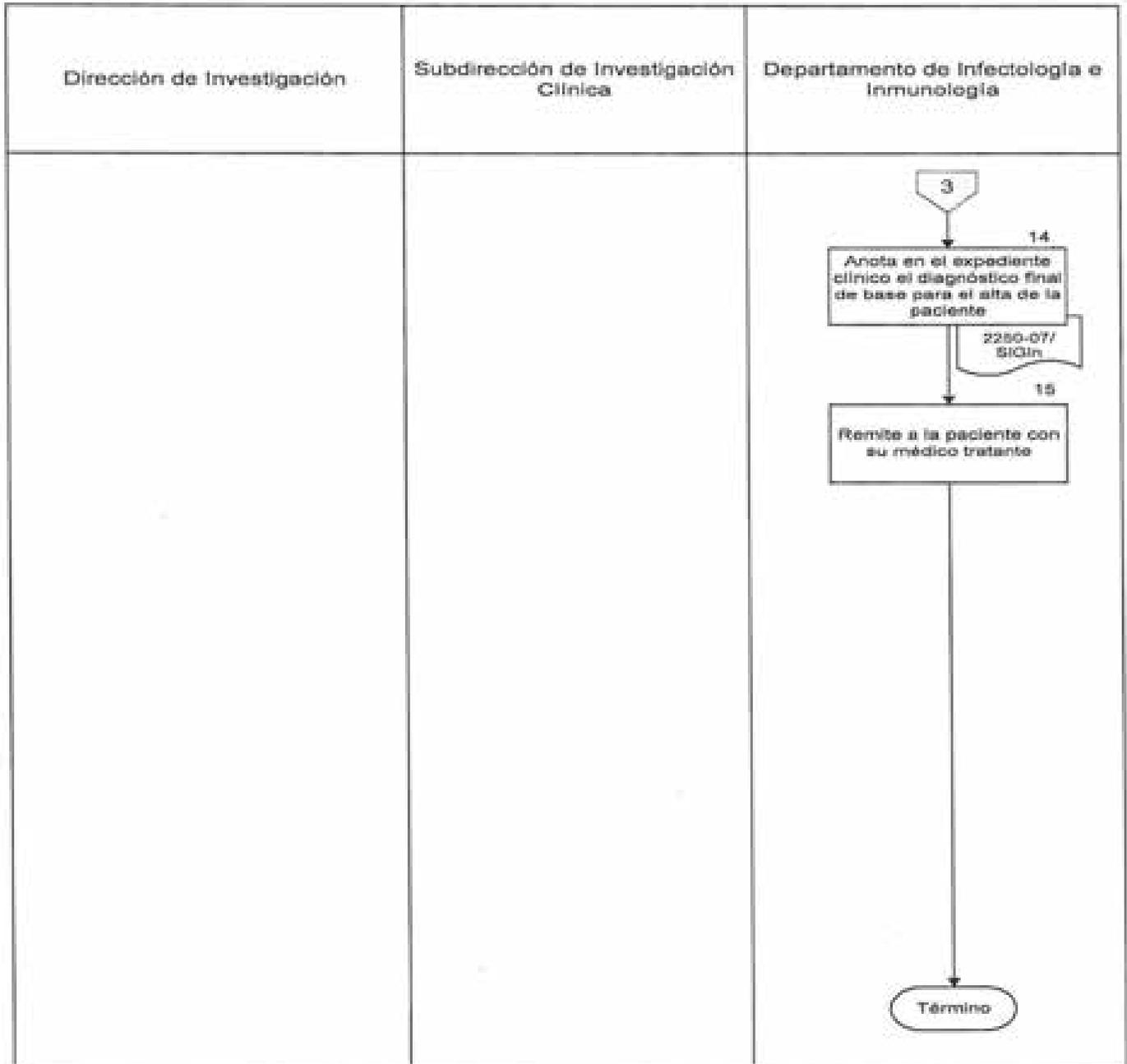
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

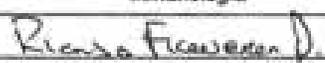
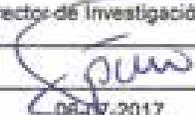
| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 7 de 10 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SiC-Dii- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 8 de 10 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII-MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 9 de 10 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

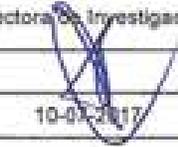
| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Interconsulta" | N/P | Paciente | 2440-15 |
| 7.2 "Nota de Evolución" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2250-07 |
| 7.3 "Consulta Subsecuente" | N/P | Paciente | 2440-03 |
| 7.4 "Carnet de Citas" | N/P | Paciente | 2440-18 |
| 7.5 "Solicitud de Estudios Inmunológicos" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |

8.0 Glosario

- 8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.
- 8.2 **Diagnóstico de Presunción:** Determinación probable de la enfermedad.
- 8.3 **Solicitud de Interconsulta:** Documento de referencia, en el que se solicita valoración de un paciente por un especialista, de parte del médico tratante o de primer contacto.

9.0 Cambios de esta versión

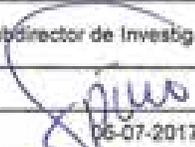
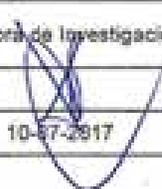
| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-07 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 7.- Interconsulta de Infectología de adultos, en la clínica de enfermedades de transmisión sexual | | Hoja: 10 de 10 |

10.0 Anexos

| | |
|---|-----------|
| 10.1 Solicitud de Interconsulta | (2440-15) |
| 10.2 Nota de Evolución | (2250-07) |
| 10.3 Consulta Subsecuente | (2440-03) |
| 10.4 Carnet de Citas | (2440-18) |
| 10.5 Solicitud de Estudios de Inmunología | (2430-21) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO | Los datos del/la paciente. |
| 2 | DEPENDENCIA | El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente. |
| 3 | SERVICIO | El nombre del área en la que se solicita la atención. |
| 4 | FECHA | La fecha en que se elabora la solicitud. |
| 5 | SERVICIO QUE SOLICITA | El nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 6 | URGENTE | Si es urgente o no. |
| 7 | MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante. |
| 8 | FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud. |
| 9 | MÉDICO/A QUE RECIBIÓ | El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe. |
| 10 | FECHA Y HORA DE RECIBIDO | La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud. |

Fecha y Hora

NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P

B: BÁSICO

S: SUBJETIVO

O: OBJETIVO

A: ANÁLISIS

P: PLANES



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTAS DE EVOLUCIÓN"

2250-07

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|----------------------------------|--|
| 1 | RECUADRO BLANCO | El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio |
| 3 | CAMA | Número de cama, asignada a la paciente |
| 4 | N° DE HOJA | El consecutivo correspondiente |
| 5 | FECHA Y HORA | El día, mes, año y hora de elaboración de la nota |
| 6 | NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P. | La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes |



INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA
DE LOS REYES



**CONSULTA EXTERNA,
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: _____ (1)

EXPEDIENTE NÚMERO: _____ (2)

EL DÍA: _____ (3)

MÉDICO/A: _____ (4)

2440-03

PESO _____ (5)

ENFERMERA _____ (9)

TEMP. _____ (6)

F.R. _____

FECHA _____ (10)

F.C. _____

HORA _____

T/A _____

EDEMA _____ (7)

TIRA REAC. _____ (8)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

CITAS SUBSECUENTES

2440-03

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---------------------|---|
| 1 | FAVOR DE DAR CITA A | El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 2 | EXPEDIENTE NÚMERO | El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet. |
| 3 | EL DÍA | El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA). |
| 4 | MÉDICO/A | El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente. |
| 5 | SOMATOMETRÍA | El peso en kilogramos de la paciente |
| 6 | SIGNOS VITALES | Temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca, tensión arterial |
| 7 | EDEMA | Si existe presencia de edema (hinchazón) |
| 8 | PROCEDIMIENTO | Determinación de tira reactiva en orina (en su caso) |
| 9 | ENFERMERA | Nombre completo de la enfermera |
| 10 | FECHA, HORA | Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2440-18

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|----------------------------|--|
| 1 | NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SiC-DII- MP-08 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de cultivos microbiológicos, solicitados al Laboratorio de Microbiología del Departamento de Infectología e Inmunología | | Hoja: 2 de 6 |

1.0 Propósito

1.1 Proporcionar diagnóstico especializado en Microbiología, para la integración etiológica de agentes responsables de enfermedades de transmisión sexual y otras patologías infecciosas.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Infectología e Inmunología y a la Dirección Médica.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica y de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Infectología e inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Establecer los lineamientos que deberán seguir los servicios que refieran a pacientes con sospecha de enfermedad infecciosa, solicitando el apoyo diagnóstico y de identificación etiológica al Laboratorio de Microbiología.
- Solicitar al personal operativo del laboratorio, reciban a las pacientes que se presentan para la toma de muestras correspondientes, revisen que la solicitud esté debidamente requisitada, registren las muestras y entreguen al responsable la muestra para realizar el análisis.
- Solicitar a los Químicos, técnicos y demás personal operativo asignado al laboratorio de Microbiología, procesen las muestras, para la obtención de los resultados solicitados, permitiendo establecer la identificación del agente patógeno involucrado en el proceso de infección.
- Indicar al Químico, técnico y demás personal operativo asignado, capture el reporte final en el sistema de cómputo en la red de servicios auxiliares de diagnóstico.
- Vigilar que el personal operativo realice las pruebas y procese las muestras en el tiempo establecido en los estándares de calidad individual de las mismas.
- Solicitar al médico responsable de la paciente, recabe el resultado de los estudios en el expediente electrónico y tome la decisión terapéutica apropiada.
- Pedir al médico solicitante de los estudios, lo realice de forma adecuada, mediante el sistema de expediente electrónico.

3.2 Será responsabilidad de las pacientes cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

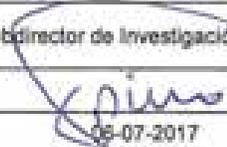
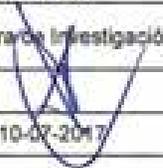
- Acudir en la fecha y hora programada a las citas así como atender las indicaciones para la toma adecuada de las muestras solicitadas.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

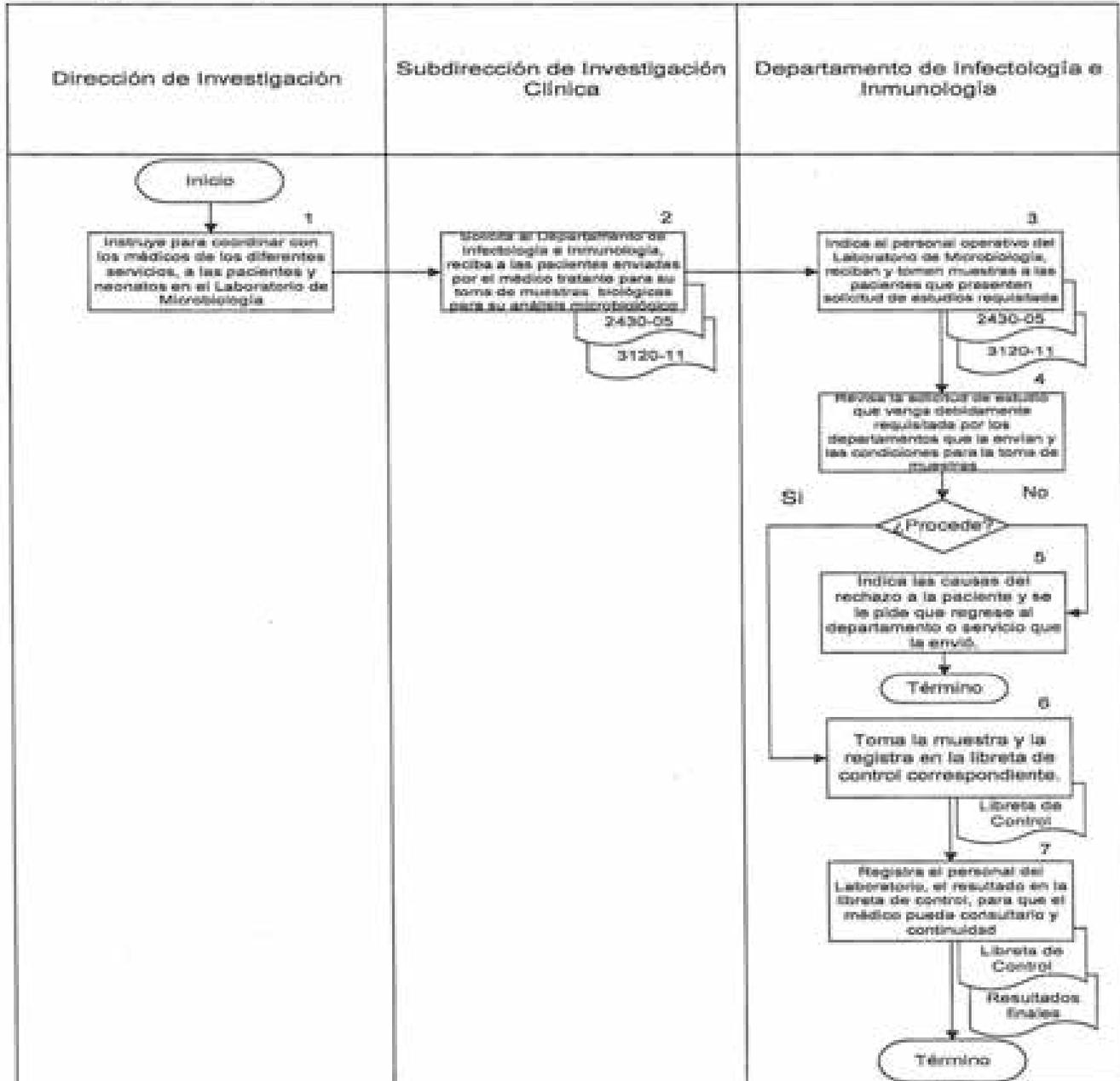
| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-08 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de cultivos microbiológicos, solicitados al Laboratorio de Microbiología del Departamento de Infectología e Inmunología | | Hoja: 3 de 6 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|--|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica coordine con los médicos de los diferentes servicios, la atención a las pacientes y neonatos en el Laboratorio de Microbiología. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología, reciba a las pacientes enviadas por el médico tratante para su toma de muestra o muestras biológicas para su análisis microbiológico acompañado de su requisición de estudio debidamente llenada al Laboratorio de Microbiología. | <ul style="list-style-type: none"> • 2430-05 • 3120-11 |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Recibe instrucción e indica al personal operativo del Laboratorio de Microbiología, reciban y tomen muestras a las pacientes que presenten su solicitud de estudios requisitada de manera apropiada por el médico tratante mediante "Solicitud de estudio de Microbiología". | <ul style="list-style-type: none"> • 2430-05 • 3120-11 |
| | 4. | Recibe a la paciente y/o muestra requerida y revisa la solicitud de estudio que venga debidamente requisitada por los departamentos que la envían y las condiciones para la toma de muestras. ¿Procede? | |
| | 5 | No: Indica las causas del rechazo a la paciente y se le pide que regrese al departamento o servicio que la envió. Termina Procedimiento. | |
| | 6 | Si: Toma la muestra y la registra en la libreta de control correspondiente. Continúa Procedimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Control |
| | 7 | Registra el personal operativo del Laboratorio de Microbiología, registra el resultado en la libreta de control correspondiente y lo captura en el sistema de expediente clínico electrónico para que el médico tratante pueda tener acceso a él y darle continuidad a la paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Control • Resultados Finales |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Director de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-08 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de cultivos microbiológicos, solicitados al Laboratorio de Microbiología del Departamento de Infectología e Inmunología | | Hoja: 5 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--|---|
| 7.1 "Solicitud de Estudio de Microbiología" | N/P | N/P | 2430-05 |
| 7.2 1 "Solicitud de Estudios de Biología Molecular y Virología" | 2 años | Departamento de Infectología e Inmunología | 3120-11 |
| 7.3 Libreta de Control | 2 años | Laboratorio de Microbiología | N/P |
| 7.4 Resultados Finales | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |

8.0 Glosario

- 8.1 **Diagnóstico de Certeza:** Determinación en forma segura, de la enfermedad de un paciente.
- 8.2 **Diagnóstico Etiológico:** Determinación de la causa enfermedad.
- 8.3 **Diagnóstico de Presunción:** Determinación probable de la enfermedad de un paciente.
- 8.4 **Microbiología:** Ciencia que estudia los microorganismos, o sea, los seres vivos que son tan pequeños que no son observables a simple vista, dicho de otra manera, los organismos microscópicos o microorganismos. Éstos microorganismos incluyen seres vivos pertenecientes a varios grupos: procariotas (bacterias y archaea), eucariotas (hongos, microalgas y protozoos) y virus (no celulares).

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-08 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de cultivos microbiológicos, solicitados al Laboratorio de Microbiología del Departamento de Infectología e Inmunología | | Hoja: 6 de 6 |

10.0 Anexos

10.1 Solicitud de Estudio de Microbiología

(2430-05)

10.2 Solicitud de Estudios de Biología Molecular y Virología

(3120-11)

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo- Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |



Nombre: _____

SALUD
SERVICIO DE SALUD

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MICROBIOLOGÍA

Sexo: _____ Fecha Nacimiento: _____

Edad Gestacional: _____ semanas

Diagnóstico: _____

Observaciones: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____

| | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--|------|--------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------|------------------------------|
| 2201 | <input type="checkbox"/> | Hemocultivo | 2218 | <input type="checkbox"/> | Cult. De Secreción de Herida | 2235 | <input type="checkbox"/> | Tinción Baar Liq. Peritoneal |
| 2202 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Liq. Cefalorraquídeo | 2219 | <input type="checkbox"/> | Cult. De Aspiración Celulitis | 2236 | <input type="checkbox"/> | Tinción Baar B/Endometrio |
| 2203 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Exudado Nasal | 2220 | <input type="checkbox"/> | Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 | <input type="checkbox"/> | Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 | <input type="checkbox"/> | Cult. De Exudado Nasofaríngeo | 2221 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Absc. Intrabdominal | 2238 | <input type="checkbox"/> | Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 | <input type="checkbox"/> | Cult. Faringeo | 2222 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Absceso Hepático | 2239 | <input type="checkbox"/> | C.P.S. en Fresco |
| 2206 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Secreción Ótica | 2223 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Secr. de Articulación | 2240 | <input type="checkbox"/> | C.P.S. en Concentrado |
| 2207 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Secr. Uretral | 2242 | <input type="checkbox"/> | Frotis en Fresco |
| 2208 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Aspirado Bronquial | 2225 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 | <input type="checkbox"/> | Frotis en Gram |
| 2209 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Liq. Pleural | 2226 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 | <input type="checkbox"/> | Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en Espudo | 2246 | <input type="checkbox"/> | Cult. Esp. Listeria |
| 2211 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en Orina | 2247 | <input type="checkbox"/> | Coagulación |
| 2212 | <input type="checkbox"/> | Coprocultivo | 2229 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en L. Peritoneal | 2248 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 | <input type="checkbox"/> | Urocultivo | 2230 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 | <input type="checkbox"/> | Espermocultivo | 2231 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 | <input type="checkbox"/> | Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Baar en Semen |
| 2216 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Cavidad Uterina | 2233 | <input type="checkbox"/> | Tinción para Baar en Espudo | 2252 | <input type="checkbox"/> | Tinción para Baar en Semen |
| 2217 | <input type="checkbox"/> | Cult. de Liq. de Ascitis | 2234 | <input type="checkbox"/> | Tinción para Baar en Orina | | | |
| <hr/> | | | | | | | | |
| 3610 | <input type="checkbox"/> | C. Trachomatis en Exudado Cervicovaginal | 3611 | <input type="checkbox"/> | C. Trachomatis en Orina (varón) | | | |

ANTES DE PASAR A LABORATORIO CENTRAL, FAVOR DE AGENDAR SU SIGUIENTE CITA CON SU MEDICO/A TRATANTE



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA EMBO ESRINGSA DE LOS AÑOS
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE INECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA
 4º PISO TORRE DE INVESTIGACIÓN



NOMBRE: _____

EXPERIENCIA: _____

LABORATORIO DE BIOINMUNOLOGÍA MOLECULAR Y CELULAR

ESTUDIOS ESPECIALES

CARGA VIRAL (CUANTITATIVA).

3604 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

**DETECCIÓN AUTOMATIZADA POR
 AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS**

3610 *C. trachomatis* en Exudado Cervicovaginal

3611 *C. trachomatis* en Orina

3612 *Neisseria gonorrhoeae* en Exudado

Uretral/ Cervicovaginal

3613 *Neisseria gonorrhoeae* en Orina

REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR PUNTO FINAL)

3615 *C. pneumoniae* (*Chlamydia pneumoniae*)

en Asp. Bronquial

3616 *Chlamydia trachomatis* en Aspirado Bronquial

3617 *C. trachomatis* en Biopsia de Placenta

3618 *C. trachomatis* en Biopsia de Velosidades Coriónicas

3619 *C. trachomatis* en Biopsia en Trompas de Falopio

3620 *C. trachomatis* en Biopsia Endometrial

3621 *C. trachomatis* en Secreción Conjuntival

3622 *C. trachomatis* en Líquido Amniótico

3623 *C. trachomatis* en Líquido Peritoneal

3624 *C. trachomatis* en Semen

3625 *C. trachomatis* en Orina

3626 *Mycoplasma hominis* en Biopsia de Placenta

3627 *M. hominis* en Biopsia de Trompas de Falopio

3628 *M. hominis* en Biopsia de Velosidades Coriónicas

3629 *M. hominis* en Biopsia Endometrial

3630 *M. hominis* en Aspirado Bronquial

REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR PUNTO FINAL)

3631 *M. hominis* en Líquido Amniótico

3632 *M. hominis* en Líquido Peritoneal

3633 *M. hominis* en Semen

3634 *M. hominis* en Exudado Uretral

3635 *M. hominis* en Exudado Cervicovaginal

3636 *Mycoplasma pneumoniae* en Aspirado Bronquial

3637 *Ureaplasma urealyticum* en Aspirado Bronquial

3638 *U. urealyticum* en Biopsia de Placenta

3639 *U. urealyticum* en Biopsia de Velosidades Coriónicas

3640 *U. urealyticum* en Biopsia de Trompas de Falopio

3641 *U. urealyticum* en Biopsia Endometrial

3642 *U. urealyticum* en Líquido Amniótico

3643 *U. urealyticum* en Líquido Peritoneal

3644 *U. urealyticum* en Semen

3645 *U. urealyticum* en Exudado Cervicovaginal

3646 *U. urealyticum* en Exudado Uretral

3648 PCR en Tiempo Real para Parvovirus B 19

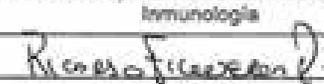
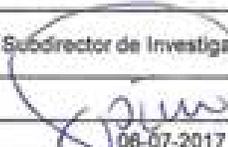
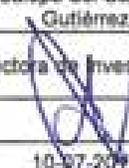
Fecha _____ Edad _____ Edad Gestacional _____ semanas Diagnóstico _____

Número de protocolo _____ Nombre del protocolo _____ Servicio solicitante _____ Cama _____

Médico solicitante _____ Clave _____ Firma _____ 3120-11

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 1 de 8 |

9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de Inmunología

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 2 de 8 |

1.0 Propósito

- 1.1 Proporcionar apoyo especializado a través del laboratorio de Inmunología en el campo de las enfermedades inmunológicas e infecciosas para establecer un diagnóstico etiológico, a través de exámenes serológicos, así como para el desarrollo de proyectos de investigación de los pacientes atendidos.

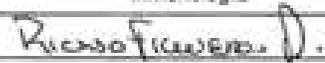
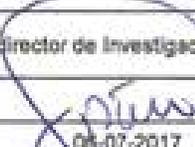
2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Infectología e Inmunología y a la Dirección Médica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

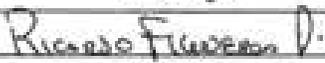
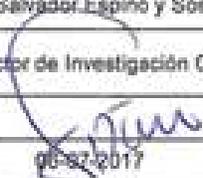
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Establecer los lineamientos que deberán seguir los servicios que refieran a pacientes con sospecha de enfermedad infecciosa o inmunológica solicitando apoyo diagnóstico de laboratorio.
- Solicitar al personal técnico del Laboratorio Central, programen, reciban y tomen las muestras de los pacientes de Consulta Externa que se presentan para la toma de muestras correspondientes al Laboratorio de Inmunología.
- Solicitar a los químicos asignados al Laboratorio de Inmunología verifiquen al recibir las muestras que la solicitud esté debidamente requisitada, registren las muestras y programen su análisis.
- Solicitar a los químicos asignados al laboratorio de inmunología, procesen las muestras, para obtener como resultado la determinación de los títulos serológicos solicitados, que permitan establecer una identificación del agente patógeno involucrado en el proceso infeccioso o estructurar el estado inmunológico presente en el paciente.
- Indicar al químico asignado envíe el reporte final al sistema de reporte de resultados de la red de servicios auxiliares de diagnóstico, con el fin de ser enviados al expediente electrónico.
- Vigilar que los químicos realicen las pruebas en el tiempo establecido en los estándares de calidad individual de las mismas.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 3 de 8 |

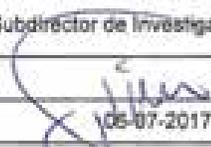
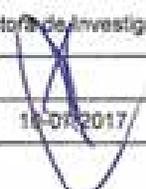
- Solicitar al médico responsable de la paciente, revise el resultado de los estudios en el expediente clínico y de no aparecer recabe los resultados en la red del Laboratorio Central y tome la decisión terapéutica correspondiente.
- 3.2 Pedir a los solicitantes de cada unidad médica del área de hospitalización requisiten estos procedimientos mediante el sistema de expediente electrónico. En ningún caso se proporcionarán resultados vía telefónica a médicos ni a pacientes.
- 3.3 Será responsabilidad de las pacientes cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Solicitar la cita para su estudio en el módulo de control de citas, mediante la solicitud de expediente electrónico.
 - Acudir en la fecha y hora programada a las citas así como atender las indicaciones para la toma de muestra y tratamiento.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 4 de 8 |

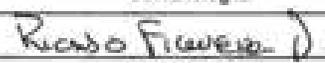
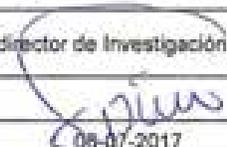
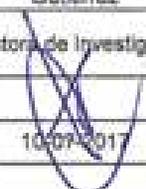
4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|-------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica, coordine con la Subdirección de Ginecología y Obstetricia y Neonatología la atención a las pacientes en el Laboratorio de Inmunología. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología, reciba las muestras de las pacientes canalizadas por la Subdirección de Ginecología y Obstetricia y la Subdirección de Neonatología al Laboratorio de Inmunología, para la realización de pruebas serológicas. | • 2430-21 |
| | 3 | Solicita al Departamento de Infectología e Inmunología procese las muestras requeridas a las pacientes hospitalizadas o de Consulta Externa recibidas en el Laboratorio Central junto con la "Solicitud de Estudios Inmunológicos". | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 4 | Recibe instrucción e indica a los químicos del Laboratorio de Inmunología procesen las muestras de los pacientes a quienes haya sido generada su "Solicitud de Estudios de Inmunología", debidamente requisitadas por el médico tratante. | • 2430-21 |
| | 5 | Recibe a la paciente y/o muestra requerida y revisa que la "Solicitud de Estudios de Inmunología" generada venga debidamente requisitada por los Departamentos que la envían. ¿Procede? | • 2430-21 |

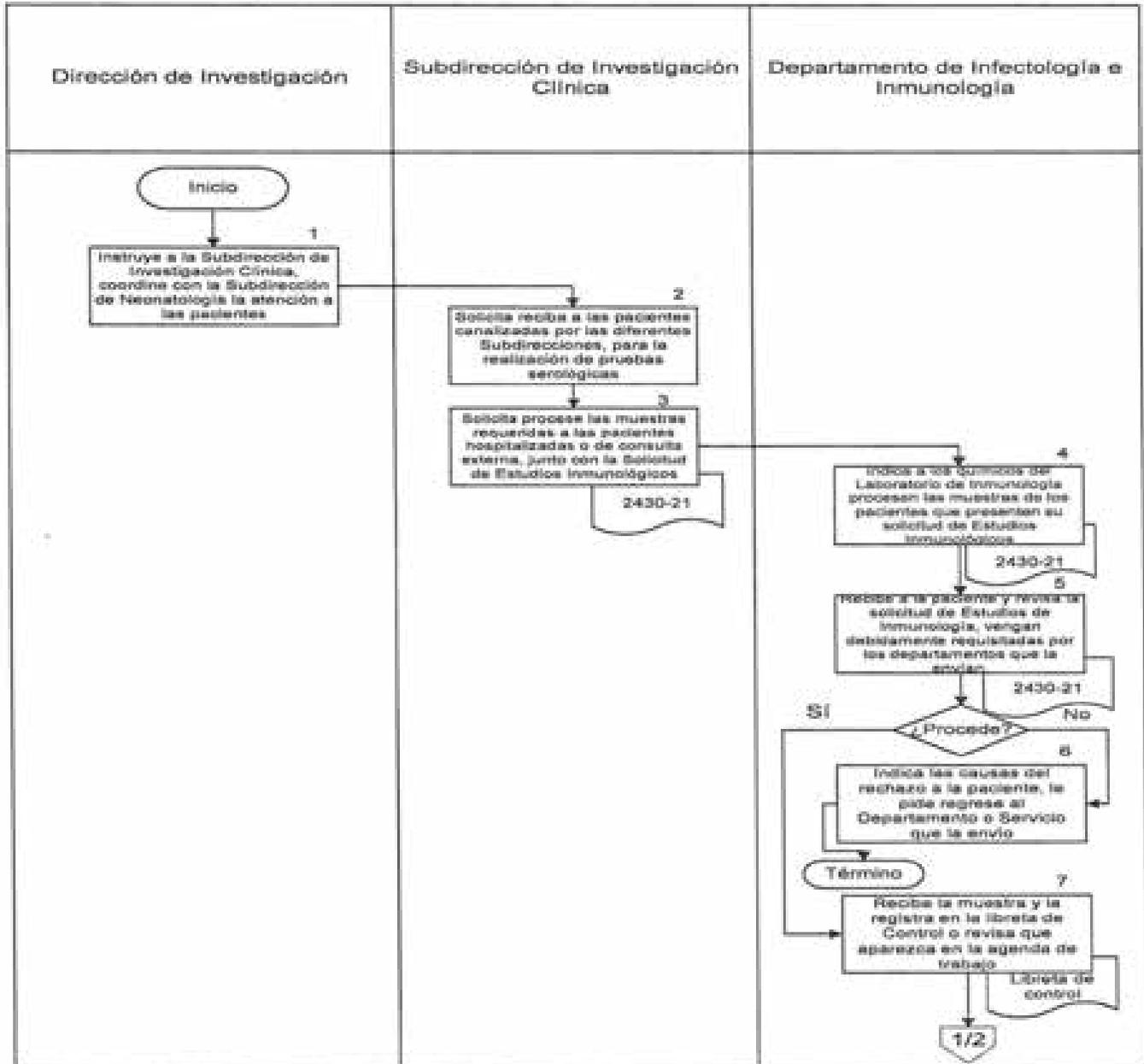
| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 10-07-2017 | 15-07-2017 |

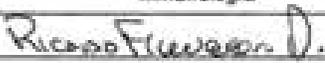
| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 5 de 8 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|---|----------------------|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 6 | No: Indica las causas del rechazo a la paciente, le pide que regrese al Departamento o Servicio que la envió. Termina procedimiento | |
| | 7 | Si: Recibe la muestra y la registra en la libreta de Control o revisa que aparezca en la agenda de trabajo. Continúa Procedimiento. | • Libreta de Control |
| | 8 | Aplica el químico el examen y/o procesa la muestra solicitada por el médico responsable. | |
| | 9 | Emite el resultado para cada prueba y lo registra en la libreta de control. | • Libreta de Control |
| | 10 | Registra el químico encargado el resultado final a través de la red Informática, en el programa de la red de Auxiliares de Diagnóstico para su envío al expediente electrónico. | • Resultados Finales |
| | | Termina Procedimiento | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

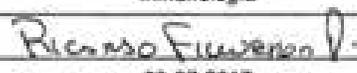
5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 8.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 7 de 8 |

| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
|----------------------------|---------------------------------------|---|
| | |  <pre> graph TD Start([2]) --> Step8[8. Aplica el químico el examen y/o procesa la muestra solicitada por el médico responsable] Step8 --> Step9[9. Emite el resultado para cada prueba y lo registra en la libreta de control] Step9 --> Output1[Libreta de control] Output1 --> Step10[10. Registra el químico encargado el resultado final a través de la red informática, en el programa de la red de Auxiliares de Diagnóstico para su envío al expediente electrónico] Step10 --> Output2[Resultados Finales] Output2 --> End([Término]) </pre> |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|--|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII-MP-09 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 9.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos solicitados al laboratorio de inmunología | | Hoja: 8 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Estudios Inmunológicos" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |
| 7.2 Libreta de Control | N/P | Laboratorio de Inmunología | Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.3 Resultados Finales | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |

8.0 Glosario

- 8.1 **Agente Patógeno:** Agente capaz de desarrollarse y/o multiplicarse en un huésped y causar una enfermedad.
- 8.2 **Red Auxiliar de Diagnóstico:** Conjunto de elementos entrelazados entre sí, con el fin de detectar e impedir una enfermedad, prolongar la vida y fomentar una eficiencia mental y física.
- 8.3 **Título Serológico:** Cantidad de una sustancia en sangre, que se requiere para producir una reacción, con volumen determinado de otra sustancia.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

10.1 Solicitud de Estudios Inmunológicos

(2430-21)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddleson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Well Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Si No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA

Nombre: _____

Expediente: _____

| | | |
|---|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. Cuanti. (orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddleson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Well Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Si No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ 2430-21

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 1 de 8 |

10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo- Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10 Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 2 de 8 |

1.0 Propósito

1.1 Cuantificar por medio de citometría de flujo, el número de células CD4+ y CD8+ presentes en la sangre completa de pacientes con serología positiva para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como brindar apoyo teórico a investigadores para el desarrollo de inmunotinciones para citometría de flujo. Adquirir y analizar muestras inmunoteñidas para citometría de flujo que sea parte de protocolos de investigación registrados en el INPer o colaboración con instituciones externas.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Infectología e Inmunología y a la Dirección Médica.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a otras Instituciones.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

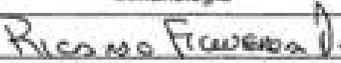
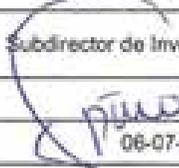
- Proporcionar la atención a los pacientes con serología positiva para VIH, previa solicitud de cuantificación.
- Programar por el médico tratante la hora y fecha de realización del estudio, el cual deberá realizar en el consultorio ubicado en la planta baja de la Torre de Investigación.
- Observar que la toma de las muestras se realice con un tubo con sistema vacuta iner que contenga EDTA (tapón morado).
- Indicar que la toma de la muestra para el estudio de citometría de flujo se realice siempre y cuando la paciente cuente con cuando menos 4 horas de ayuno, de lo contrario observar la reprogramación de una cita para la toma.
- Solicitar sea considerada la cuantificación por citometría de flujo de células CD4+ y CD8+ en sangre periférica con pacientes con serología positiva para VIH como auxiliar en el manejo médico de las pacientes.
- Recibir y analizar muestras inmunoteñidas para citometría de flujo que sea parte de protocolos de investigación registrados por investigadores del INPer o en colaboración con instituciones externas.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 3 de 8 |

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

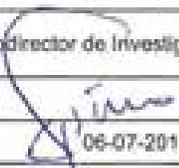
- Solicitar la cuantificación mediante el formato y/o captura de la "Solicitud de Estudios de Inmunología" (2430-21), la cual debe ser debidamente requisitada por el médico solicitante.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueras Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 4 de 8 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|---------------------|---|-------------------|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica realizar estudios que permitan determinar las subpoblaciones de linfocitos CD4+ y CD8+ a las pacientes con serología positiva para VIH a través de la citometría de flujo. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología realice los estudios solicitados y los procedimientos establecidos para el seguimiento oportuno de las pacientes serológicamente positivas para VIH. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 4 5 | <p>3 Recibe instrucción y solicita al médico tratante o investigador realice la toma de muestra en un tubo con tapón morado para la determinación de subpoblaciones de linfocitos CD4+ y CD8+ en las pacientes con serología positiva para VIH. El volumen requerido para adultos es de 3 ml y para recién nacidos 600 microlitros.</p> <p>4 Acude el médico tratante o investigador con el responsable de la Unidad de Citometría para definir los días de procesamiento de muestras.</p> <p>5 Entrega el médico tratante o investigador la muestra junto con la solicitud de estudio al responsable de la Unidad de Citometría.</p> | 2430-21 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

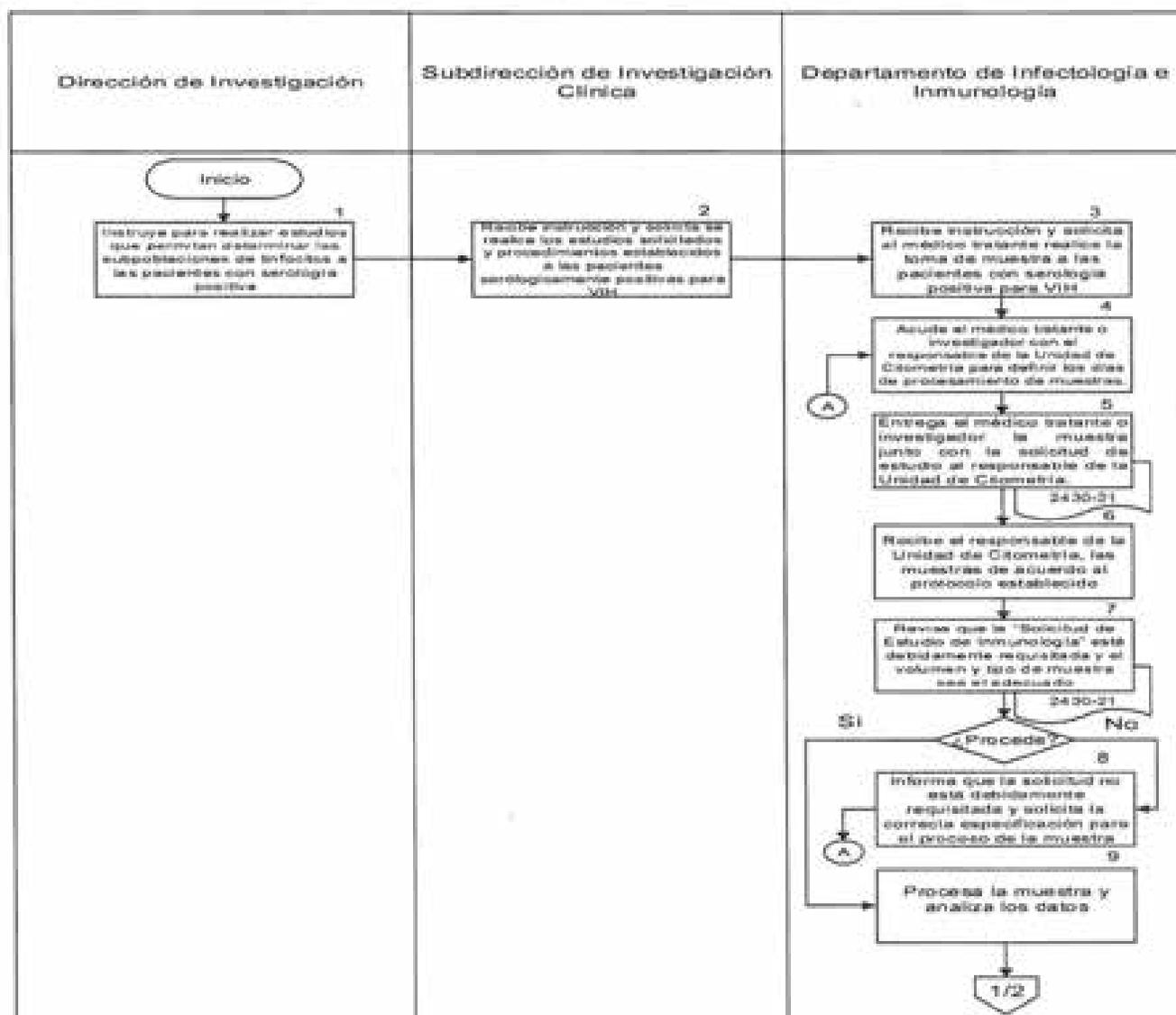
| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 5 de 8 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|---|---|---|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 6 | Recibe el responsable de la Unidad de Citometría, las muestras de acuerdo al protocolo establecido en el Manual Técnico del Laboratorio de Inmunología. | <ul style="list-style-type: none"> • 2430-21 • Expediente Clínico Electrónico • Expediente Clínico Electrónico • Resultados Finales |
| | 7 | Revisa que la "Solicitud de Estudio de Inmunología" esté debidamente requisitada y el volumen y tipo de muestra sea el adecuado. ¿Procede? | |
| | 8 | No: Informa que la solicitud no está debidamente requisitada y solicita la correcta especificación para el proceso de la muestra. Regresa a la actividad No. 4 | |
| | 9 | Si: Procesa la muestra y analiza los datos. Continúa Procedimiento. | |
| | 10 | Entrega la impresión de resultados al médico o al investigador solicitante y/o captura los resultados en el expediente electrónico. | |
| | 11 | Recibe el Médico tratante o Investigador los resultados, archiva y/o captura en las notas clínicas en el expediente clínico electrónico. | |
| | 12 | Recibe el médico tratante o Investigador a la paciente el día y hora señalados. | |
| 13 | Evalúa los resultados del examen citométrico e integra diagnóstico y prescribe tratamiento. | | |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Director de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 08-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10 Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 6 de 8 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 04-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 7 de 8 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-10 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 10.- Solicitud, envío, transporte, recepción, análisis de muestras y reporte de resultados de muestras para citometría de flujo. | | Hoja: 8 de 8 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 9 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|-----------------------------------|---|
| 7.1 "Solicitud de Estudios de Inmunología" | 6 meses | Laboratorio de Inmunología | 2430-21 |
| 7.2 Expediente Clínico | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |
| 7.3 Resultados Finales | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |

8.0 Glosario

8.1 **Diagnóstico Serológico:** Determinación por medio de pruebas de laboratorio en suero humano, de sustancias características de una enfermedad, como apoyo en la identificación del agente.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

10.1 Solicitud de Estudios de Inmunología

(2430-21)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |



SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA



Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Aqs HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ **2430-21**



SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA



Nombre: _____

Expediente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cualit. | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad.Coriónica Hum.Cuanti.(orina) | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H. | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA | 2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19 IgG |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgG |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS (Confirmatoria Sífilis) |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B | 2147 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B19 IgM |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix | 2148 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Barr IgM |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas | 2149 <input type="checkbox"/> Antic. Contra HCV (confirmatoria) |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo) | 2150 <input type="checkbox"/> Subpoblación CD4 / CD8 |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio | 2151 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Hepatitis A IgG |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM | 2152 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Antígeno E de HBV |
| 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Aqs HB | 2153 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Core IgM de HBV |

Fecha: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

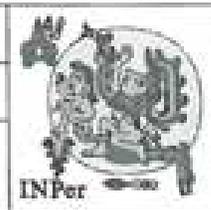
Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

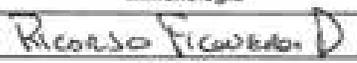
Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico/a solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____ **2430-21**

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de Biología Molecular y Virología | | Hoja: 1 de 9 |

11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de Biología Molecular y Virología

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-Di-SiC-DiI- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 2 de 9 |

1.0 Propósito

1.1 Proporcionar apoyo especializado en Biología Molecular, en el campo de las enfermedades infecciosas de origen viral, para el diagnóstico y desarrollo de proyectos de investigación, así como para el establecimiento del diagnóstico etiológico de las pacientes atendidas.

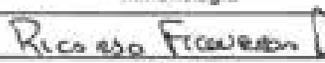
2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Dirección Médica, a la Subdirección de Investigación Clínica y al Departamento de Infectología e Inmunología.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar el apoyo diagnóstico del laboratorio de Biología Molecular para la atención de los pacientes del INPer con sospecha de enfermedades infecciosas mediante la toma de muestras correspondientes.
- Entregar y registrar la muestra ante el personal operativo responsable de examinarla para que la procese y obtener como resultado la identificación del agente patógeno involucrado en el proceso infeccioso
- Reportar el resultado final a través del sistema de cómputo del expediente clínico electrónico.
- Establecer un tiempo para realizar el reporte, el cual deberá estar de acuerdo a los estándares de calidad individual de cada prueba.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-07-2017 |

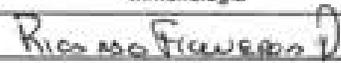
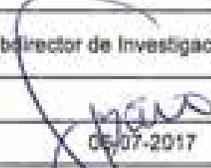
| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 3 de 9 |

3.3 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de las Subdirecciones a su cargo verificar que los Departamentos, Servicios y Coordinaciones, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Recabar el médico solicitante el resultado en el expediente clínico y tomar su decisión terapéutica correspondiente
- Establecer a través del médico infectólogo encargado sea quien solicite el estudio mediante la clave 3604 del estudio del laboratorio.

3.4 Será responsabilidad de la paciente cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Acudir a cita en fecha y hora programada por el médico infectólogo encargado para toma de muestra, así como atender las indicaciones para la toma de muestra y tratamiento.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 05-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja 4 de 9 |

4.0 Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|----------|--|---|
| Dirección de Investigación | 1 | Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica para que en coordinación con las áreas médicas del INPer, detecten a las pacientes con problemas sugestivos de enfermedades infecciosas. Refiera al Departamento de Infectología e Inmunología para su evaluación clínica. | |
| Subdirección de Investigación Clínica | 2 | Recibe instrucción y solicita al Departamento de Infectología e Inmunología atienda a las pacientes para su evaluación clínica. | |
| Departamento de Infectología e Inmunología | 3 | Evalúa clínicamente a las pacientes canalizadas de otras Instituciones o del propio Instituto positivas a la infección por VIH solicita la realización de pruebas al Laboratorio de Biología Molecular y Virología mediante la solicitud de estudios de Laboratorio. | <ul style="list-style-type: none"> 2430-54/SIGIn |
| | 4 | Elabora solicitud de estudio con clave correspondiente, cita al paciente con clave de muestra. | <ul style="list-style-type: none"> 2430-54/SIGIn |
| | 5 | Toma muestra y la envía al Laboratorio de Biología Molecular y Virología para su procesamiento. | |
| | 6 | ¿Procede? No: Indica a la paciente que no puede realizar la toma, solicita que regrese al Departamento para nueva toma. Regresa a la actividad 5. | |
| | 7 | Si: Envía la muestra al Laboratorio. Continúa procedimiento. | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Domínguez | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

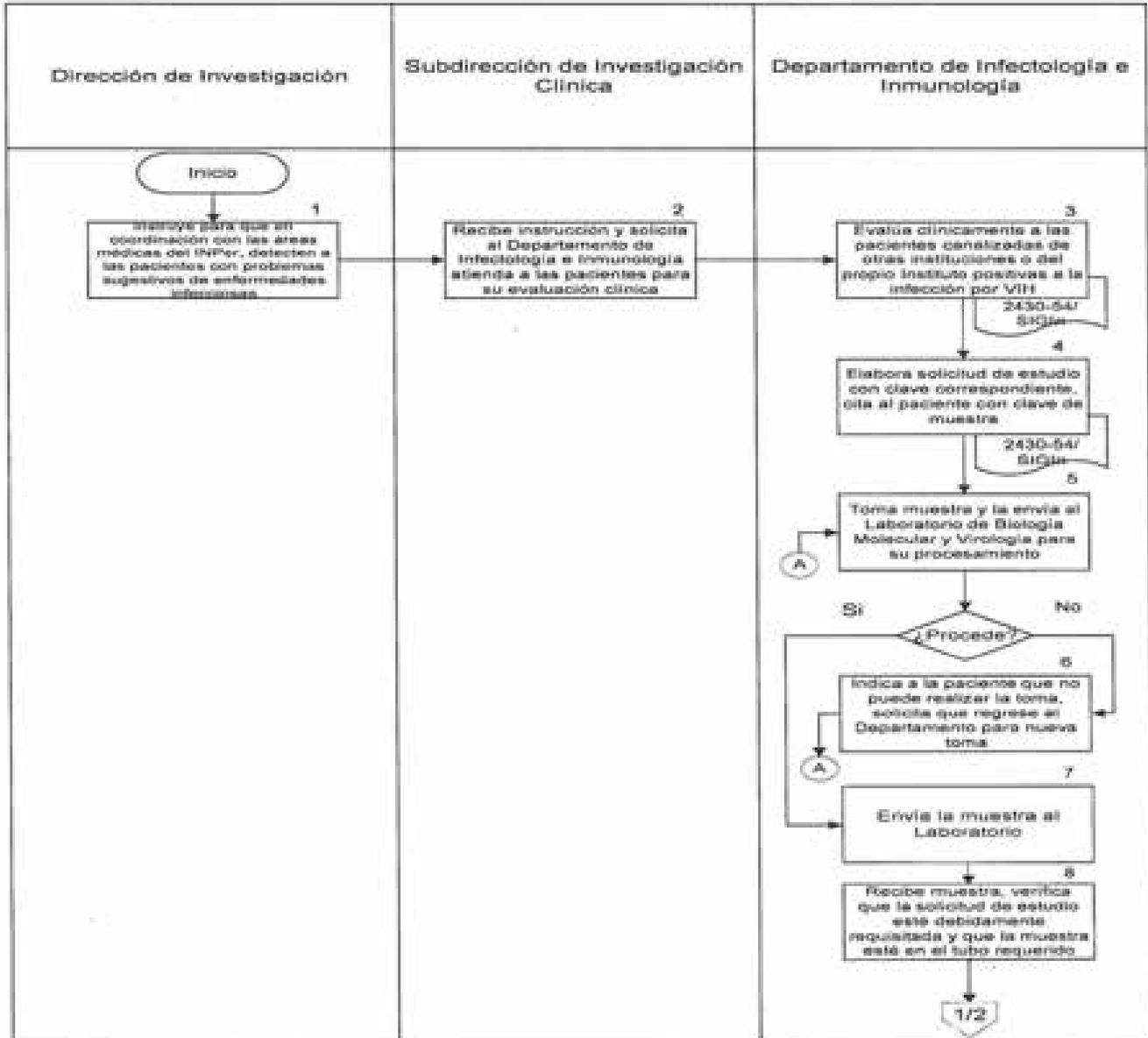
| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|--|--|--|-------------------|
| Departamento de Infectología e Inmunología | 8 | Recibe muestra, verifica que la solicitud de estudio esté debidamente requisitada y que la muestra esté en el tubo requerido. | |
| | 9 | Revisa que correspondan los datos de la solicitud de estudios con los de la muestra. | |
| | 10 | Verifica volumen de la muestra sea el requerido. Regresa actividad 5. | |
| | | ¿Procede? | |
| | 11 | No: Se solicita nueva muestra con el volumen requerido. | |
| | 12 | Si: Procede a realizar estudio. Continúa Procedimiento. | |
| | 13 | Registra en bitácora los datos del paciente. | • Bitácora |
| | 14 | Realiza cuantificación de carga viral VIH según manual técnico de procedimientos y/o instructivo del proveedor en equipo COBAS TaqMan 48, ROCHE. | • BIOL-MOL-P-01 |
| 15 | Verifica y valida resultados. | | |
| 16 | Imprime resultados y entrega a Médico Infectólogo encargado. | • Resultados finales | |
| 17 | Registra resultados en bitácora. | • Bitácora | |
| Termina Procedimiento | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|--|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Guémez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 13-07-2017 |

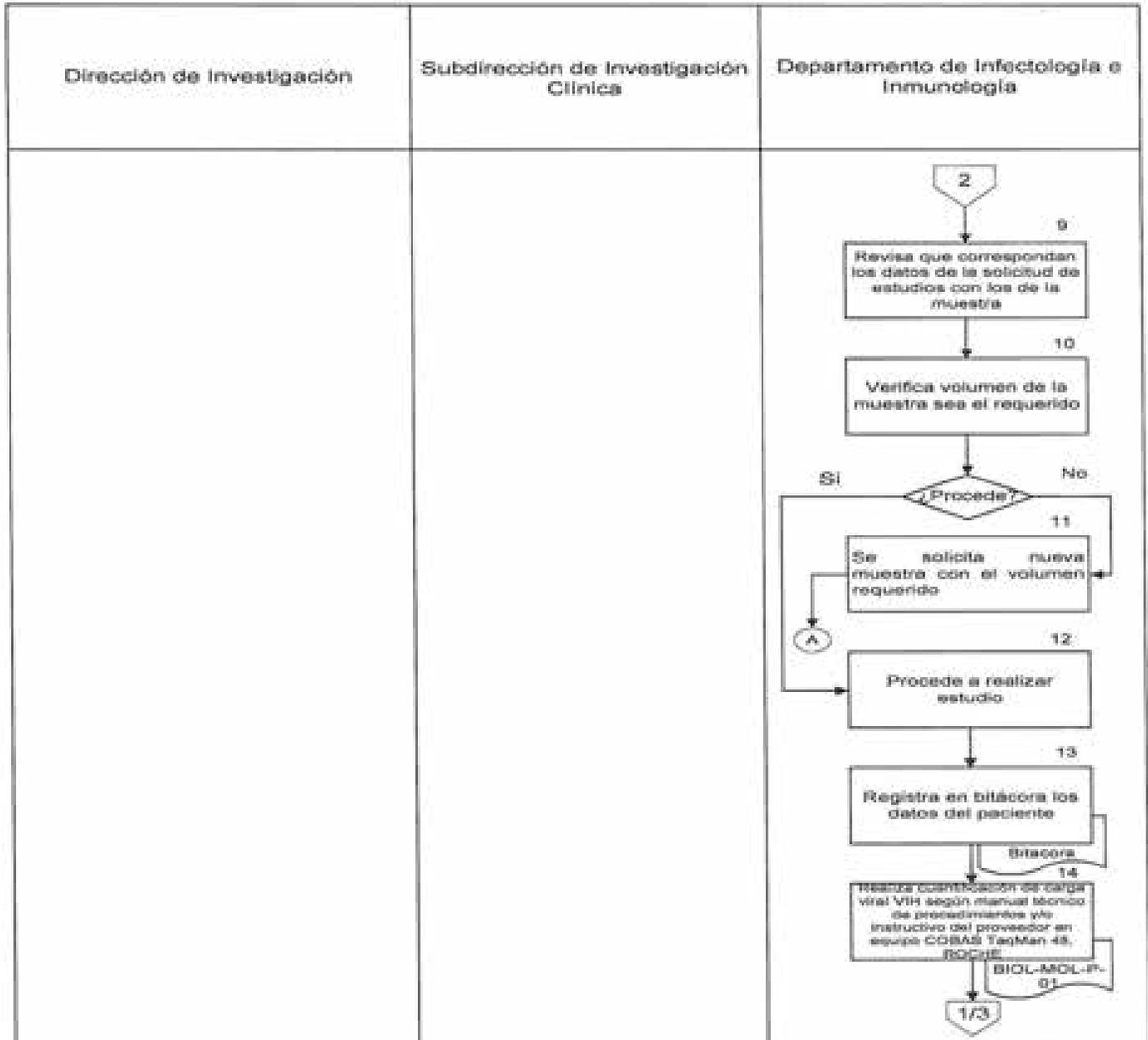
| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 6 de 9 |

5.0 Diagrama de Flujo



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 06-07-2017 | 10-07-2017 |

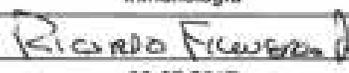
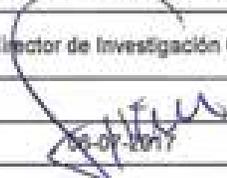
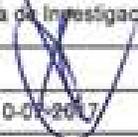
| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII- MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 7 de 9 |



| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 03-07-2017 | 10-06-2017 |

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DI-SiC-DiI-MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 8 de 9 |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Dirección de Investigación | Subdirección de Investigación Clínica | Departamento de Infectología e Inmunología |
| | |  <pre> graph TD Start{{3}} --> 15[Verifica y valida resultados] 15 --> 16[Imprime resultados y entrega a Médico Infectólogo encargado] 16 -- "Resultados Finales" --> 17[Registra resultados en bitácora] 17 -- "Bitácora" --> End([Término]) </pre> |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 03-07-2017 | 10-07-2017 | 10-07-2017 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DI-SIC-DII-MP-11 |
| | Departamento de Infectología e Inmunología | | Rev. 5 |
| | 11.- Envío, recepción, desarrollo técnico y reporte de exámenes clínicos, solicitados al laboratorio de biología molecular y virología | | Hoja: 9 de 9 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 09-2013 |

7.0 Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--|---|
| 7.1 "Solicitud de Estudio de Laboratorio" | N/P | Departamento de Infectología e Inmunología | 2430-54/Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.2 Bitácora | N/P | Departamento de Infectología e Inmunología | Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.3 "BIOL-MOL-P-01 "Manejo de Muestras" | N/P | Departamento de Infectología e Inmunología | BIOL-MOL-P-01/Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.4 Resultados finales | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |

8.0 Glosario

8.1 Agente patógeno: Agente capaz de desarrollarse y/o multiplicarse en un huésped y causa una enfermedad

8.2 Diagnóstico Etiológico: Determinación de la causa de la enfermedad.

8.3 Enfermedad de Origen Inmunológico: Son enfermedades resultado de la falta, carencia o respuesta exagerada de factores del sistema inmunológico.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|--|
| 5 | 10-07-2017 | Actualización por cambio del Titular del Departamento e inclusión de políticas, así como alineación con la clasificación archivística. |

10.0 Anexos

10.1 No Aplica.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
| Nombre | Dr. Ricardo Figueroa Damián | Dr. Salvador Espino y Sosa | Dra. Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez |
| Cargo-Puesto | Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología | Subdirector de Investigación Clínica | Directora de Investigación |
| Firma | | | |
| Fecha | 03-07-2017 | 04-07-2017 | 10-07-2017 |