SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

MAYO, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INDICE

		PÁG.
	INTRODUCCIÓN.	2
I.	OBJETIVO DEL MANUAL.	3
II.	MARCO JURÍDICO.	4
III.	PROCEDIMIENTOS.	23
1.	Procedimiento para otorgar consulta médica de neurocirugía	24
2.	Procedimiento para la atención de pacientes que requieren cirugía programada.	42
3.	Procedimiento para la valoración anestésica del paciente neuroquirúrgico y neurológico.	64
4.	Procedimiento para el registro de aplicación anestésica	81
5.	Procedimientos para la implementación del programa de enseñanza en neurocirugía para médicos residentes.	95
6.	Procedimiento para la implementación de proyectos de investigación en neurocirugía.	107
7.	Procedimiento para el tratamiento en Radioneurocirugía.	125
IV.	Hoja de autorización	155

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INTRODUCCIÓN

El Manual de Procedimientos de la Subdirección de Neurocirugía es un documento de apoyo técnico – administrativo dirigido a el personal que labora en ella con el propósito de coadyuvar el adecuado desempeño de sus funciones, integra el objetivo del manual, la denominación de cada procedimiento, su descripción, propósito, alcance, políticas de operación, normas y lineamientos a realizar por la Subdirección para otorgar atención a los usuarios del instituto.

La actualización del presente, se inscribe en el contexto de los cambios derivados del proceso de modernización administrativa en Instituciones de Salud, por lo cual se emite haciendo hincapié en que deberá ser un documento dinámico que permita incluir los avances de mejoramiento de los servicios de enseñanza y atención médica.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos, políticas y normas necesarios para orientar y facilitar el desarrollo de las actividades encomendadas a las diversas áreas dependientes de la Subdirección de Neurocirugía.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05/02/1917
REF. 15/09/2017.

LEYES

Ley Aduanera
D.O.F. 15/12/1995
REF. 01/06/2018.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04/01/2000
REF. 10/11/2014.

Ley de Aguas Nacionales
D.O.F. 01/12/1992
REF. 24/03/2016.

Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 02/04/2013
REF. 19/01/2018.

Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público
D.O.F. 15/12/1992
REF. 17/12/2015.

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente modificados
D.O.F. 18/03/2005

Ley de Ciencia y Tecnología
D.O.F. 05/06/2002
REF. 08/12/2015.

Ley de Coordinación Fiscal
D.O.F. 27/12/1978
REF. 30/01/2018.

Ley de Firma Electrónica Avanzada
D.O.F. 11/01/2012.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de La Federación
D.O.F. 18/07/2016.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2018
D.O.F. 15/11/2017.

Ley de Instituciones de Crédito
D.O.F. 18/07/1990
REF. 17/06/2016.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
D.O.F. 04/04/2013
REF. 10/01/2014.

Ley de Nacionalidad
D.O.F. 23/01/1998
REF. 23/04/2012.

Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas
D.O.F. 04/01/2000
REF. 13/01/2016.

Ley de Planeación
D.O.F. 05/01/1983
REF. 28/11/2016.

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles
D.O.F. 31/12/1975
REF. 17/12/2015.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
D.O.F. 18/01/1999
REF. 10/01/2014.

Ley de Seguridad Pública del Distrito Federal
D.O.F. 19/07/1993.

Ley de Vías Generales de Comunicación
D.O.F. 19/02/1940
REF. 18/12/2015.

Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 29/12/1978
REF. 30/11/2016.

Ley del Impuesto Sobre la Renta
D.O.F. 11/12/2013
REF. 30/11/2016.

Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicio
D.O.F. 30/12/1980
REF. 15/11/2016.

Cuotas Actualizadas por Acuerdo D.O.F. 29/12/2017
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 31/03/2007
REF. 24/03/2016.

Ley del Seguro Social
D.O.F. 21/12/1995
REF. 12/11/2015.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley del Servicio de Administración Tributaria
D.O.F. 15/12/1995
REF. 17/12/2015.

Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30/12/2015
REF. Sin reforma

Ley del Servicio Postal Mexicano
D.O.F. 24/12/1986
REF. 04/06/2015.

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
D.O.F. 10/04/2003
REF. 09/01/2006.

Ley del Sistema de Horario en los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 29/12/2001
REF. 31/01/2015.

Ley del Sistema Nacional de Información, Estadística y Geografía
D.O.F. 16/04/2008
REF. 19/01/2018.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
D.O.F. 29/06/1992
REF. 26/06/2017.

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
D.O.F. 21/05/2003
REF. 22/06/2017

Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 27/06/1991
REF. 01/06/2016.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
D.O.F. 25/06/2002
REF. 27/12/2016.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 26/05/2000
REF. 27/01/2015.

Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01/04/1970
REF. 12/06/2015.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14/05/1986
REF. 18/12/2015.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional
D.O.F. 28/12/1963
REF. 02/04/2014.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 30/03/2006
REF. 30/12/2015.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción; la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa
D.O.F. 18/07/2017

Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 25/07/2007
REF. 07/06/2012.

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24/12/1996
REF. 13/01/2016.

Ley Federal para prevenir y eliminar la Discriminación
D.O.F. 11/06/2003
REF. 01/12/2016.

Ley Federal contra la Delincuencia Organizada
D.O.F. 07/11/1996
REF. 07/04/2017.

Ley Federal de Archivos
D.O.F. 19/01/2018.

Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31/12/1981
REF. 07/12/2016.
Cantidades actualizadas por Resolución Miscelánea Fiscal DOF 22/12/2017
Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04/08/1994
REF. 02/05/2017.

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
D.O.F. 01/12/2005
REF. 27/01/2017.

Ley Federal de Protección al Consumidor
D.O.F. 24/12/1992
REF. 11/01/2018.

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. 31/12/2004.
REF. 12/06/2009.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Publico
D.O.F. 19/12/2002.
REF. 09/04/2012.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 01/07/1992
REF. 18/12/2015.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción
DOF 18/07/2016

Ley Federal de los Derechos del Contribuyente
D.O.F. 23/06/2005.

Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión
D.O.F. 14/07/2014.
REF. 31/10/2017.

Ley Federal de Seguridad Privada
D.O.F. 06/07/2006
REF. 17/10/2011.

Ley General de Bienes Nacionales
D.O.F. 20/05/2004
REF. 19/01/2018.

Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31/12/2008.
REF. 30/01/2018.

Ley General de Población
D.O.F. 07/01/1974
REF. 01/12/2015.
Ley General de Protección Civil
D.O.F. 06/06/2012
REF. 19/01/2018.

Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. 18/07/2016

Ley General de Salud
D.O.F. 07/02/1984
REF. 08/12/2017.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04/05/2015.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
D.O.F. 28/01/1988
REF. 19/01/2018.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley General para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos
D.O.F. 14/06/2012
REF. 19/01/2018.

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito
D.O.F. 27/08/1932
REF. 13/06/2014.

Ley General de Educación
D.O.F. 13/07/1993
REF. 19/01/2018.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre sin violencia
D.O.F. 01/02/2007
REF. 22/06/2017.

Ley General de Bibliotecas
D.O.F. 21/02/1988
REF. 19/01/2018.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30/05/2011
REF. 17/12/2015.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 24/08/2006
REF. 24/03/2016.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 08/10/2003
REF. 19/01/2018.

Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados
D.O.F. 26/01/2017

Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F.30/05/2008
REF. 06/01/2010

Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 27/07/1931
REF. 20/01/2009.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29/12/1976
REF. 19/05/2017.

Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa
D.O.F. 18/07/2016

CEREBRUM DIVINA LUX RATIO SALUS SCIENTIAE
MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley Orgánica de La Procuraduría de la Defensa del Contribuyente
D.O.F. 04/09/2006
REF. 07/09/2009.

Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República
D.O.F. 29/05/2009
REF. 18/07/2016.

Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 03/09/1999
REF. 28/12/2017.

Ley Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
D.O.F. 05/06/2002
REF. 20/05/2014.

Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
D.O.F. 26/05/1995
REF. 26/01/2018.

Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México
D.O.F. 26/05/1945
REF. 19/01/2018.

Ley sobre Delitos de Imprenta
D.O.F. 12/04/1917
REF. 04/11/2015.

Ley sobre el Contrato de Seguro
D.O.F. 31/08/1935
REF. 04/04/2013.

Ley sobre el Escudo, la Bandera y el Himno Nacionales
D.O.F. 08/02/1984
REF. 11/05/2018
Ley Ambiental de Protección a la Tierra en el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 13/01/ 2000
REF. 08/09/2017.

Ley de Asistencia Social
D.O.F. 02/09/2004
REF. 24/04/2018.

Ley de Cultura Cívica de la Ciudad de México
Gaceta Oficial del Distrito Federal 31/05/2004
REF. 29/12/2017.

Ley de Movilidad del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 14/07/2014
REF. 05/04/2018.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
05 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/01/2004
REF. 29/11/2014.

Ley de Protección a los Animales del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 26/02/2002
REF. 27/06/2017.

Ley de Residuos Sólidos del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 22/04/ 2003
REF. 02/11/2017.

Ley de Salud del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 17/09/2009
REF. 29/12/2017.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales
D.O.F. 05/06/2012

Ley del Notariado para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 28/03/2000
REF. 18/12/2014.

Ley del Sistema de Protección Civil del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 22/12/2016
REF. 22/03/2018

Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 22/06/1993
REF. 18/11/2015.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México
Gaceta Oficial del Distrito Federal 07/03/2000
REF. 01/03/2018.

Ley de los Servicios de Seguridad Privada prestados por empresas privadas
Gaceta Oficial del Distrito Federal 18/01/1999.

Ley Orgánica del Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 10/09/2009
REF. 24/03/2017.

Ley de Seguridad Privada para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 24/01/2005
REF. 18/12/2014.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 07/01/ 2008
REF. 27/08/2012.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

CÓDIGOS

Código Civil Federal
D.O.F. 26/05/1928
REF. 09/03/2018.

Código de Comercio
D.O.F. 07/10/1889
REF. 28/03/2018.

Código Federal de Procedimientos Civiles
D.O.F. 24/02/1943
REF. 09/04/2012.

Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 31/12/1981
REF. 01/06/2018.

Código Nacional de Procedimientos Penales
D.O.F. 05/03/2014
REF. 17/06/2016.

Código Penal Federal
D.O.F. 14/08/1931
REF. 01/06/2018.

Código Civil para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/12/2009
REF. 24/10/2017.

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal
REF. 02/06/2015.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 22/07/2013
REF. 10/01/2014.

Código Fiscal del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/12/2009
REF. 30/12/2015.

Código Penal para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 16/07/2002
REF. 22/12/2017.

REGLAMENTOS

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04/02/1998
REF. 14/03/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
06 MAY 2016
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

D.O.F. 18/01/1988
REF. 28/12/2004.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad
D.O.F. 04/05/2000
REF. 14/02/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
D.O.F. 18/02/1985
Fe de erratas 10/07/1985.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental
D.O.F. 31/10/2014

Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada
D.O.F. 21/03/2014.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 28/07/2010.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas
D.O.F. 28/07/2010.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26/01/1990
REF. 23/11/2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28/06/2006
REF. 30/03/2016.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22/05/1998
REF. 14/09/2005.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05/04/2004
REF. 17/12/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
D.O.F. 20/02/1985
REF. 26/03/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F. 14/05/1986
REF. 19/12/2016.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. 06/02/1987

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

REF. 02/04/2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Autorregulación, Auditorias y Ambientales
D.O.F. 29/04/2010
REF. 31/10/2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental
D.O.F. 31/10/2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Prevención y Control de la Contaminación de la Atmósfera
D.O.F. 25/11/1988
REF. 31/10/2014.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30/11/2012.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 09/10/2012.

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 30/11/2006
REF. 31/10/2014.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión de Arbitraje Médico
D.O.F. 25/07/2006.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 02/04/2014.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos
D.O.F. 13/05/2014.

Reglamento de la Ley Ambiental del Distrito Federal
D.O.F. 03/12/1997.

Reglamento de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal
D.O.F. 21/10/1997.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, para la Prevención y Control de la Contaminación Generada por Vehículos Automotores que Circulan en el Distrito Federal y los Municipios de su Zona Conurbada
D.O.F. 25/11/1988.

Reglamento de la Ley Aduanera
D.O.F. 20/04/2015.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público
D.O.F. 06/11/2003
REF. 28/09/2012.

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23/11/1994
REF. 16/12/2016.

Reglamento de la Ley de Nacionalidad
D.O.F. 17/06/2009
REF. 25/11/2013.

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 04/12/2006
REF. 25/09/2014.

Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta
D.O.F. 08/10/2015.
REF. 06/05/2016.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30/06/2017.

Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor
D.O.F. 03/08/2006.
REF. 09/09/2016.

Reglamento de La Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17/06/2003
REF. 29/11/2006.

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14/01/1999
REF. 28/11/2012.

Reglamento de la Ley General de Población
D.O.F. 14/04/2000
REF. 28/09/2012.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Registro de Emisiones de Transferencia de Contaminantes
D.O.F. 03/06/2004
REF. 31/10/2014.

Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República
D.O.F. 23/07/2012
REF. 21/09/2012.

Reglamento del Artículo 95 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, para el cobro de Fianzas otorgadas a favor de la Federación del Distrito Federal, de los Estados y Municipios, distintas de las que garantizan obligaciones fiscales a cargo de Terceros

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

D.O.F. 15/01/1991.

Reglamento de la Ley Ambiental del Distrito Federal en Materia de Verificación Vehicular
Gaceta Oficial del Distrito Federal 07/08/2015.

Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/01/ 2004
REF. 12/01/2015.

Reglamento de Impacto Ambiental y Riesgo del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 26/03/ 2004
REF. 24/03/2017.

Reglamento de la Ley de Protección Civil para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 23/12/ 2005
REF. 21/12/2007.

Reglamento de la Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/01/2004.
REF. 15/03/2018

Reglamento de Tránsito Metropolitano
Gaceta Oficial del Distrito Federal 20/06/ 2007
REF. 19/08/2010.

Reglamento de Tránsito del Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 17/08/2015.
REF. 16/02/2018

Reglamento de Verificación Administrativa para el Distrito Federal
Gaceta Oficial del Distrito Federal 31/08/ 2010
REF. 28/03/2014.

ACUERDOS

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.
DOF: 15/04/2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
DOF: 04/05/2016

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones a los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.
DOF: 18/08/2015

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 21/11/2012.
REF. 03/02/2016.

Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.
D.O.F. 27/05/2013

Acuerdo por el que se reforma el diverso por el que se establecen las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
D.O.F. 16/07/2010
REF. 03/10/2012.

Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes a los requisitos establecidos en los artículos 179 Y 180 del Reglamento de los Insumos para la Salud
D.O.F. 25/01/2012.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones generales para la realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección
D.O.F. 16/06/2011.

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de aplicación general en materia de Control Interno
D.O.F. 03/11/2016.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas
D.O.F. 09/08/2010.

Acuerdo por el que se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros
D.O.F. 15/07/2010.

Acuerdo por el que se modifican las disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio profesional de carrera, así como el Manual administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera
D.O.F. 0402/2016.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se dan a conocer los Trámites y Servicios, así como los formatos que aplicará la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios inscritos en el Registro Federal de trámites y servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

D.O.F. 12/12/2016.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones generales en las materias de archivos y transparencia para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.
DOF: 03/03/2016

Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Formatos Certificados de Defunción y de Muerte Fetal publicados el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal vigentes a partir del 1 de enero del 2012
D.O.F. 29/12/2011.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Políticas y Disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la Seguridad de la Información, así como establecer el Manual Administrativo de aplicación general en dichas Materias
D.O.F. 08/05/2014.

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República de abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 10 de agosto de 2010
REF. 23/08/2013.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana Nom-001-Ssa3-2012, Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas
D.O.F. 04/01/2013.

Norma Oficial Mexicana Nom-001-Ssa1-2010, que Instituye el Procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 26/01/2011.

Norma Oficial Mexicana Nom-002-Ssa3-2007, para la organización, funcionamiento e Ingeniería Sanitaria del Servicio de Radioterapia
D.O.F. 11/06/2009.

Norma Oficial Mexicana Nom-003-zoo-1994, criterios para la operación de laboratorios de pruebas aprobados en materia Zoosanitaria
D.O.F. 17/11/1998.

Norma Oficial Mexicana Nom-004-Ssa3-2012, del Expediente Clínico
D.O.F. 15/10/2012.

Norma Oficial Mexicana Nom-006-Ssa3-2011, para la práctica de la Anestesiología.
D.O.F. 23/03/2012.

Norma Oficial Mexicana Nom-008-scfi-1993, sistemas generales de unidades de medida
D.O.F. 23/05/2001.

Norma Oficial Mexicana Nom-016-Ssa3-2012, que establece las características mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y consultorios de Atención Médica Especializadas
D.O.F. 08/01/2013.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
23 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Norma Oficial Mexicana Nom-017-Ssa2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica
D.O.F. 19/02/2013.

Norma Oficial Mexicana Nom-021-Ssa2-1994, para la Prevención y Control del Binomio Teniosis/Cisticercosis en el Primer Nivel de Atención Médica
D.O.F. 21/05/2004.

Norma Oficial Mexicana Nom-025-Ssa2-2014, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médica-Psiquiátrica
D.O.F. 16/11/1995.

Norma Oficial Mexicana Nom-025-Ssa3-2013, para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos
D.O.F. 17/09/2013.

Norma Oficial Mexicana Nom-027-Ssa3-2013, Regulación de los Servicios de Salud que establece los Criterios de funcionamiento y atención de los servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica
D.O.F. 04/09/2013.

Norma Oficial Mexicana Nom-028-Ssa2-2009, para la prevención, tratamiento y Control de las Adicciones
D.O.F. 21/08/2009.

Norma Oficial Mexicana Nom-028-stps-1994, seguridad-código de colores para la identificación de fluidos conducidos en tuberías
D.O.F. 19/07/1993.

Norma Oficial Mexicana Nom-030-Ssa2-2009, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica
D.O.F. 31/05/2010.

Norma Oficial Mexicana Nom-030-ssa3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 12/09/2013

Norma Oficial Mexicana Nom-033-zoo-1995, sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres
D.O.F. 16/07/1997.

Norma Oficial Mexicana Nom-034-Ssa3-2013, regulación de los servicios de Salud y Atención Médica Pre hospitalaria
D.O.F. 23/09/2014.

Norma Oficial Mexicana Nom-045-Ssa2-2005, para la Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Nosocomiales
D.O.F. 20/11/2009.

Norma Oficial Mexicana Nom-046-Ssa2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las Mujeres, criterios para la Prevención y Atención
D.O.F. 16/04/2009.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Norma Oficial Mexicana Nom-046-zoo-1995, sistema nacional de vigilancia Epizootiológica
D.O.F. 29/01/2001.

Norma Oficial Mexicana Nom-051-zoo-1995, trato humanitario en la movilización de animales
D.O.F. 23/03/1998.

Norma Oficial Mexicana Nom-056-Ssa1-1993, requisitos Sanitarios del equipo de Protección Personal
D.O.F. 10/01/1996.

Norma Oficial Mexicana Nom-072-Ssa1-2012, etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios
D.O.F. 21/11/2012.

Norma Oficial Mexicana Nom-114-Ssa1-1994, Bienes y Servicios. Método para la determinación de Salmonella en Alimentos
D.O.F. 22/09/1995.

Norma Oficial Mexicana Nom-137-Ssa1-2008, etiquetado de Dispositivos Médicos.
D.O.F. 12/12/2008.

Norma Oficial Mexicana Nom-229-Ssa1-2002, Salud ambiental, requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X
D.O.F. 15/09/2006
MOD. 26/12/2011.

Norma Oficial Mexicana Nom-253-Ssa1-2012, para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con Fines Terapéuticos
D.O.F. 26/10/2012.

LINEAMIENTOS

Lineamientos en materia de clasificación y desclasificación de información relativa a operaciones fiduciarias y bancarias, así como al cumplimiento de obligaciones fiscales realizadas con recursos públicos federales por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 22/12/2004.

Lineamientos generales para la clasificación y desclasificación de información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 18/08/2003.

Lineamientos generales para el Acceso a la Información en la modalidad de consulta directa
D.O.F. 28/02/2012.

Lineamientos generales para la organización y conservación de los Archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 20/02/2004.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la administración pública federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los
particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos
D.O.F. 02/12/2008.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
MÉXICO
15 MAY 2018
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
FIRMA

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la administración pública federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos personales que formulen los particulares
D.O.F. 02/12/2008.

Lineamientos para la elaboración de versiones públicas, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 13/04/2006.

Modificaciones a los Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos, y Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos personales que formulen los particulares
DOF: 02/12/2008

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, publicado por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
17/06/2016.

Estatuto de Gobierno del Distrito Federal
D.O.F. 27/06/2014.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Neurología Y Neurocirugía MVS, Aprobado en la Primera Sesión de Junta de Gobierno
27/03/2012.

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaria de Salud
Septiembre 2013.

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaria de Salud
Septiembre 2013.

Manual administrativo de aplicación general en materia de Recursos Humanos y organización y el manual del Servicio Profesional de Carrera
D.O.F. 12/07/2010
REF. 23/08/2013.

Manual administrativo de aplicación general en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y en la Seguridad de la Información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General de dichas materias.
D.O.F. 08/05/2014.
REF. 04/02/2016

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Manual de administración de aplicación general en materia de Transparencia y de Archivos
D.O.F. 12/07/2010
REF. 23/11/2012.

DISPOSICIONES DIVERSAS

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
DOF: 10/12/2012

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018
D.O.F. 12/12/2013.

Decreto por el que se Reforma el Consejo Nacional de Vacunación
D.O.F. 05/17/2001.

Guía para identificar y prevenir conductas que puedan constituir conflicto de interés de los servidores públicos
Unidad Especializada en Ética y Prevención de Conflictos de Interés. Marzo 2016

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
D.O.F. 20-05-2013.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017
D.O.F. 30/11/2016.

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual
DOF: 31/08/2016

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
DOF: 30/08/2013

El presente marco normativo de encuentra actualizado a junio del 2018; incorpora disposiciones vigentes al momento de su elaboración, con independencia de la expedición y la modificación de disposiciones realizadas de manera posterior, particularmente de aquellas cuya vigencia queda sujeta al ejercicio fiscal en curso.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

III.- PROCEDIMIENTOS

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTA MÉDICA DE NEUROCIRUGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer mediante la entrevista médica de neurocirugía si el paciente cursa con un padecimiento que requiere un acto quirúrgico para establecer su diagnóstico y tratamiento.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno permitirá apoyar a que el personal que trabaja en el Instituto conozca el proceso de consulta externa de neurocirugía para la atención del paciente con manejo quirúrgico.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de proporcionar consulta médica neuroquirúrgica a los pacientes de primera vez y subsecuentes programados por la Subdirección de Consulta Externa.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de coordinarse con la Subdirección de Consulta Externa para establecer los horarios y el personal que proporcionará la atención en consulta.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y residentes asignados a neurocirugía, de otorgar en tiempo y forma la consulta de neurocirugía.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y médicos residentes, del cumplimiento de la NOM-168 y del presente procedimiento.

3.5 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de informar a los médicos adscritos y residentes asignados a la Subdirección, cuáles son los exámenes y estudios necesarios para poder otorgar una consulta de neurocirugía.

3.6 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y médicos residentes, de solicitar interconsulta de Neuroanestesia para todo paciente que sea programado para cirugía.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

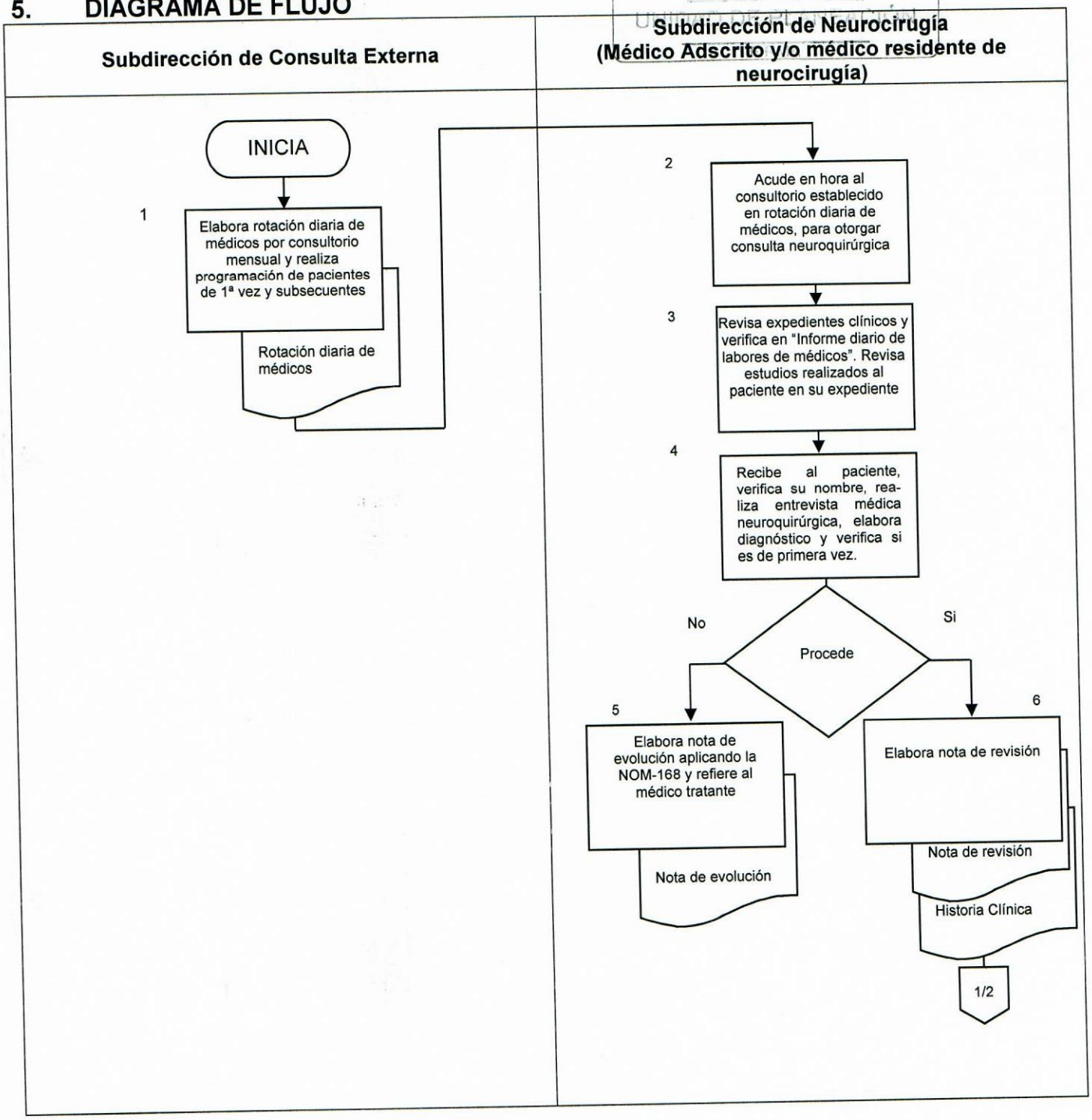
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa	1	Elabora rotación diaria de médicos por consultorio de forma mensual y realiza la programación de pacientes de primera vez y subsecuentes.	• Rotación diaria de médicos
Subdirección de Neurocirugía (Médico Adscrito y/o médico residente de neurocirugía)	2	Acude en horario al consultorio establecido por la Subdirección de Consulta Externa en rotación diaria de médicos, a otorgar consulta médico neuroquirúrgica.	
	3	Revisa el número de expedientes clínicos de pacientes y verifica en "Informe diario de labores de médicos". Consulta en el expediente médico los datos clínicos, exámenes y estudios realizados al paciente, de interés para el padecimiento.	
	4	Recibe al paciente, verifica su nombre, realiza la entrevista médica neuroquirúrgica y elabora un diagnóstico presuncional. Verifica si el paciente es de primera vez:	
	5	Procede. No: Elabora nota en hoja de evolución aplicando la NOM-168 y refiere al médico tratante.	• Hoja de evolución.
	6	Si: Elabora nota de revisión en Nota de Evolución e Historia Clínica.	• Historia clínica • Nota de evolución.
	7	Establece si el paciente es candidato a cirugía para mejorar su estado de salud y determina.	
	8	Procede: No: indica al paciente que su padecimiento debe ser tratado por otro médico y que no requiere cirugía. Elabora nota de egreso del servicio, y en su caso, hoja de referencia.	• Nota de egreso. • Hoja de referencia.
	9	Si: explica al paciente en que consiste la cirugía, los riesgos, accidentes, el pronóstico y determina la necesidad de estudios complementarios.	

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
		Procede.	
	10	No: Continúa en la actividad 12.	
	11	Si: Requisita solicitud de estudios de laboratorio y/o imagen e interconsulta, en caso de que aplique, y entrega al paciente.	• Solicitud de estudios de laboratorio. • Solicitud de estudios de imagen. • Interconsulta.
Subdirección de Consulta Externa	12	Elabora receta médica, en su caso, de acuerdo a los requisitos establecidos. Entrega al paciente y determina si se requiere de consulta subsecuente.	• Receta médica
		Procede:	
	13	No: Anota en carnet la programación de cirugía y solicita al paciente acudir al módulo de citas. Se conecta con Procedimiento 2.	• Carnet de cita abierta.
	14	Si: Anota en carnet el tiempo de la próxima cita, le solicita acudir al módulo de citas	• Carnet con tiempo de cita
	15	Requisita el "Informe diario de labores de médicos". Al final de la consulta entrega hoja y expedientes clínicos.	• Informe diario de labores de médicos. • Expediente clínico.
		TERMINA	

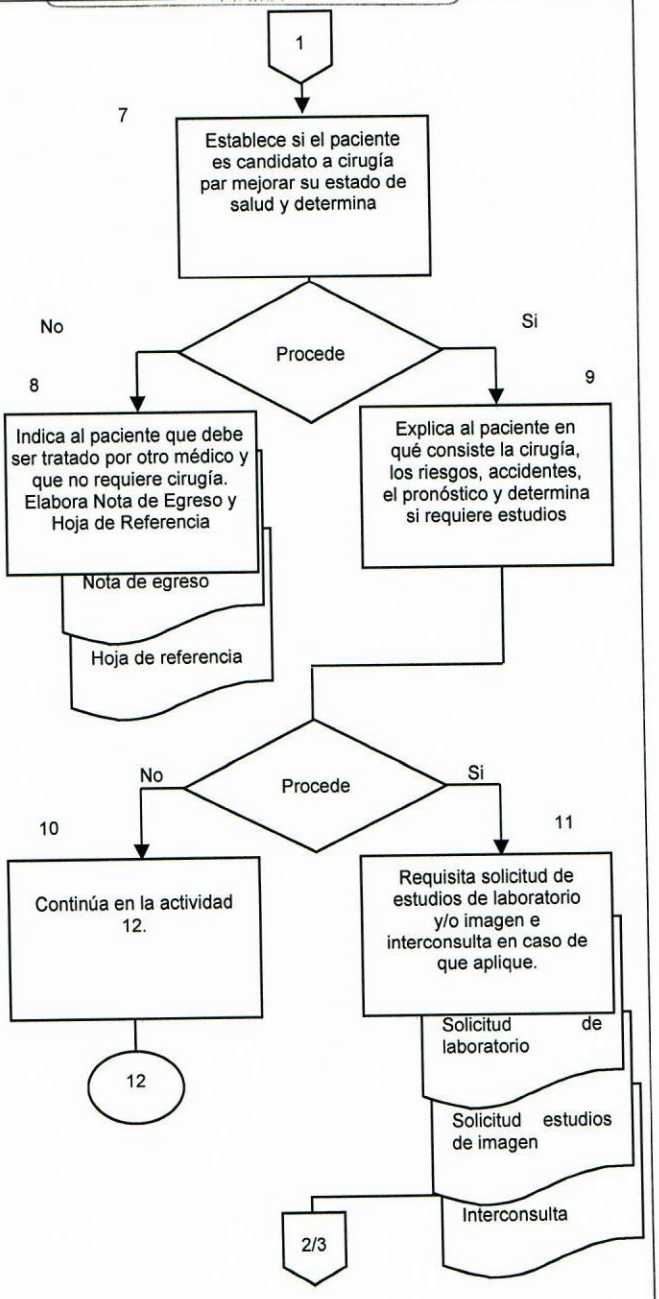
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO

5. DIAGRAMA DE FLUJO



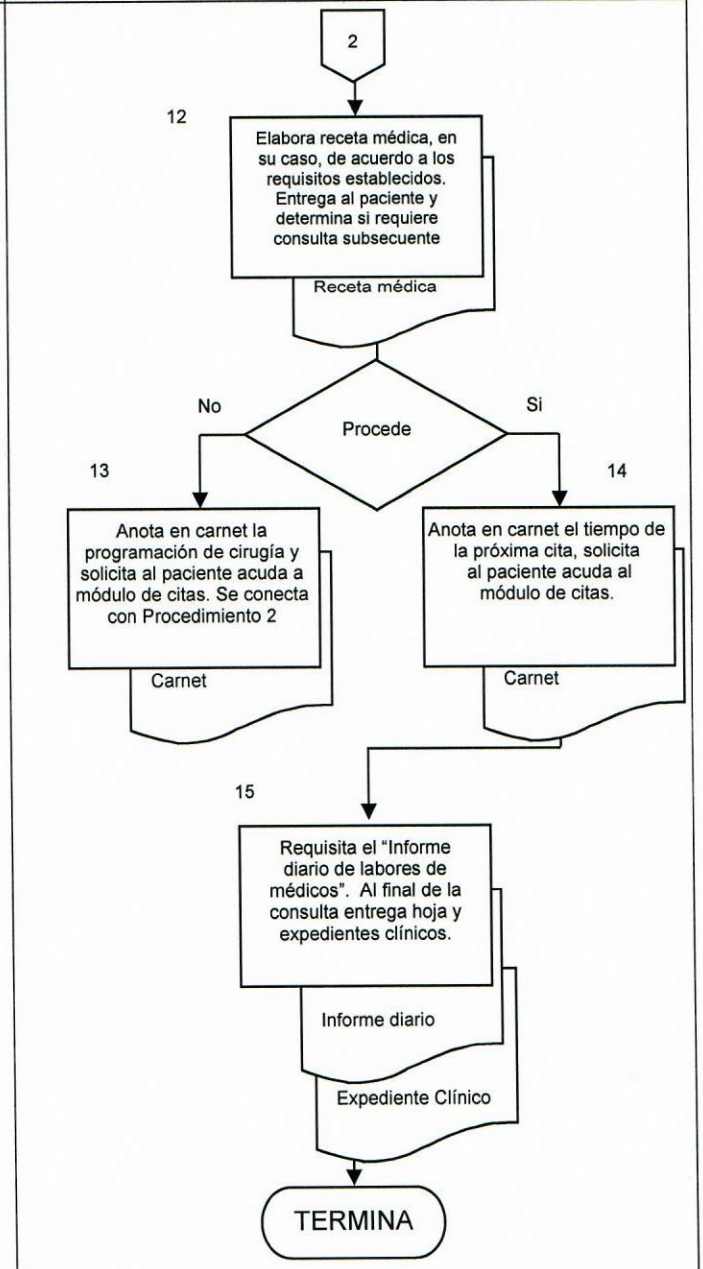
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010

Subdirección de Consulta Externa	Subdirección de Neurocirugía (Médico Adscrito y/o médico residente de neurocirugía)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN

Subdirección de Consulta Externa	Subdirección de Neurocirugía (Médico Adscrito y/o médico residente de neurocirugía)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Nota de revisión	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.2 Historia Clínica	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.3 Informe diario de labores de médicos"	5 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Carnet: Documento de tipo informativo donde se indica al paciente las fechas de estudios, consultas y servicios que se le proporcionarán.

8.2 Neurocirugía: Procedimiento quirúrgico cuyo tratamiento se precisa la intervención directa manual o instrumental que involucra las diferentes partes que integran el sistema nervioso.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Rotación diaria de médicos por consultorios
10.2 Hoja de evolución
10.3 Historia Clínica
10.4 Hoja de referencia

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN

10.1 ROTACIÓN DIARIA DE MÉDICOS POR CONSULTORIOS

VIGENCIA DEL 29-09-AL 31 DE OCTUBRE

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA MANUEL VELASCO SUAREZ

JEFATURA DE ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA

ROTACION DIARIA DE MEDICOS POR CONSULTORIOS

JUEVES	Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3	Cons.4	Cons. 5	Cons. 6	Cons. 7	Cons. 8	Cons. 9	Cons. 10	Cons. 11
8:00-08:30	Dr Sotomayor	Neurl.Gral		Dra Tlapa	Cl.Escl. Mul.	NI. Gral.	Dra.Perez	Dra.M.Rdez	C. Epilepsia	Dra Maldonado	Dr. Fuentes.
8:30-09:00	R1-Ncx.	Dr. López	R1NI..	R1 NPS	Dr.J. Flores	Dra. I. Martinez	Reumatologia	Neurologia	Dr. Suastegui	R1-NI.	R1 Ncx.
9:00-09:30		Dr. López	Precons.(4)	Precons.(4)	Dr.J. Flores	Dra. I. Martinez	Reumatologia	Parkinson	Dr. Suastegui	Precons.(4)	Precons.(4)
9:30-10:00		Dr. López			Dr.J. Flores	Dra. I. Martinez	Reumatologia	Parkinson	Dr. Suastegui		
10:00-10:30	Cl. Onco.					Dra. Romero		Parkinson	Dr. Suastegui		
10:30-11:00	Dr. Briceño	C. Columna		Neurol. Gral.	R1NI..	R3 NL	Cl.Vascular		Dr. Suastegui	Dra Maldonado	Dr. Fuentes.
11:00-11:30	Dr. Briceño	Dr. Arriada	Dra Espinola	Dr. Arauz	Dr. Leyva	Cl. Epilepsia	Dr.Calleja		Dr. Suastegui	R1-NI.	R1 Ncx.
11:30-12:00	Dr. Briceño	Dr. Arriada	Psiquiatria	Dr. Arauz	Dr. Leyva	Cl. Epilepsia	Dr.Calleja		Dr. Suastegui	Neurol. Gral.	Neurol. Gral.
12:00-12:30	Dr Sotomayor	Dr. Arriada	Psiquiatria	Dr. Arauz	Dr. Leyva	Cl. Epilepsia	Dr.Calleja	R2 NL		Neurol. Gral.	Neurol. Gral.
12:30-13:00	R1-Ncx.	Dr. Arriada	Psiquiatria	Dr.Orego		Cl. Epilepsia	Dr.Calleja			Neurol. Gral.	Neurol. Gral.
13:00-13:30		Dr. Arriada	Psiquiatria	R2 NL	R1NI..		R1 NL	Hist.Clinica			
13:30-14:00	Dr.Gutierrez	Dr. Arriada	Psiquiatria					Hist.Clinica			
14:00-14:30	Radio Ncx	Dr. Arriada		Dra.Cardenas	Dra.Rodriguez		Hist.Clinica	Dr. Ramos			
14:30-15:00	Radio Ncx	Dr.Gutierrez		R-3 NL	R-3 NL		Hist.Clinica	Psiq R-3	Med. Int.		Preoperatorios
15:00-15:30	Radio Ncx	Radio Ncx		Dra.Cardenas	Dra.Rodriguez	NI. Gral.		Psiq R-3	Arturo Pineda		Preoperatorios
15:30-16:00	Radio Ncx	Radio Ncx	R1-NL	Dra.Cardenas	Dra.Rodriguez	Dr. Rodriguez			Arturo Pineda		Dr. Quintero
16:00-16:30	Radio Ncx	Radio Ncx	Hist.Clinica	Dra.Cardenas	Dra.Rodriguez	Dr. Rodriguez	NI. Gral.		Arturo Pineda		Preoperatorios
16:30-17:00	Radio Ncx	Radio Ncx	Hist.Clinica	R2 NL		Dr. Rodriguez	Dr. Zárate		Arturo Pineda		Preoperatorios
17:00-17:30	Radio Ncx	Radio Ncx				Dr. Rodriguez	Dr. Zárate		Arturo Pineda		
17:30-18:00				Hist.Clinica		Dr. Rodriguez	Dr. Zárate		Arturo Pineda		
18:00-18:30				Hist.Clinica		Dr. Rodriguez	Dr. Zárate	E. K. G.	Arturo Pineda		
18:30-19:00				Hist.Clinica		Dr. Rodriguez	Dr. Zárate	E. K. G.	Arturo Pineda		
19:00-19:30						Dr. Rodriguez	Dr. Zárate	E. K. G.	Arturo Pineda		
19:30-20:00						Dr. Rodriguez	Dr. Zárate		Arturo Pineda		
20:00-20:30						Dr. Rodriguez	Dr. Zárate		Arturo Pineda		
20:30-21:00											

JUEVES	Cons. 12	Cons. 13	Cons. 14	Cons. 15	Cons. 16	Cons. 17	Cons. 18	Cons. 19	ELECTROFISIOLOGIA Cons. 20	Cons.21	PRIMER PISO Endocrino	Med.Int.
8:00-8:30	Dr Bahena		Neuropsiq.		Neuropsiq.	Neurocirugia	Genetica	N.Musculo	Endocrino	Dr.Resendiz	Dra. Portocarre	Med. Int.
8:300-9:00	R1-NL	R2-Ps.	Dr.Crail Daniel		Dra. Orozco	Dr. Gomez Llata	Genetica	Dr. Stiven V.	Dra. Rios	R2NL.	Dra. Portocarre	Dr. Cervantes
9:00-9:30	Precons.(2)	Precons.(4)	Dr.Crail Daniel		Dra. Orozco	Dr. Gomez Llata	Genetica	Dr. Stiven V.	Dra. Rios	Rev. Estudios	Dra. Portocarre	Dr. Cervantes
9:30-10:00	Precons.		Dr.Crail Daniel		Dra. Orozco	Dr. Gomez Llata	Genetica	Dr. Stiven V.	Dra. Rios		Dra. Portocarre	Dr. Cervantes
10:00-10:30				NI. Gral.	Dra. Orozco		Genetica		Dra. Rios		Dra. Portocarre	Dr. Cervantes
10:30-11:00	Cl. Cefalea	Anestesia	Neuropsiq.	Dra. Fleury		Neuropsiq.					Dra. Portocarre	Dr. Cervantes
11:00-11:30	Dr. Zermeño	Anestesia	Dr.Crail Daniel	Dra. Fleury	R1 Ps	Dr. Colin					Dr Ruiz	
11:30-12:00	Dr. Zermeño	Anestesia	Dr.Crail Daniel	Dra. Fleury	Dra. Orozco	Dr. Colin					R1 Ncx.	
12:00-12:30	Dr. Zermeño	Anestesia	Dr.Crail Daniel	Dra. Fleury	Dra. Orozco	Dr. Colin						
12:30-13:00	Dr. Zermeño			Dra. Fleury	Dra. Orozco	Dr. Colin						
13:00-13:30	Dr. Bahena			Dra. Fleury								
13:30-14:00	R1-NL			Dra. Fleury								
14:00-14:30				Dra. Fleury								
14:30-15:00	R4 NCx											Disponible
15:00-15:30		Dra. Velez	Dr. Sotomayor	Dr. Ruiz	Dra. Maldonado	Dr. Bahena	Dra.Tlapa	Dr. Fuentes.				
15:30-16:00	R4-Neurocirugia	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist. Clinica
16:00-16:30	R4-Neurocirugia	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist. Clinica
16:30-17:00		Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist. Clinica
17:00-17:30		Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist.Clinica	Hist. Clinica
17:30-18:00												
18:00-18:30									14 Historias Clinicas			
18:30-19:00									24 Preconsultas			
19:00-19:30												
19:30-20:00												
20:00-20:30												
20:30-21:00												

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 HOJA DE EVOLUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

HOJA Nº (1)

NOTAS DE EVOLUCIÓN
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE: (2)			**Nº DE REGISTRO**: (3)
EDAD: (4)	(5) SEXO: M ☐ F ☐	CAMA: (6)	PROCEDENCIA: (7)

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 NOTA DE EVOLUCIÓN

1	Indicar número de hoja que corresponde.
2	Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
3	Indicar número de registro que tiene el paciente.
4	Indicar edad que tiene el paciente.
5	Indicar sexo del paciente
6	Indicar el número de cama del paciente
7	Indicar de donde proviene el paciente.
8	Indicar apellido paterno, materno, nombre completo y firma del médico que realiza la Nota de Evolución.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.3 HISTORIA CLÍNICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA MANUEL VELASCO SUAREZ

HISTORIA CLINICA

A. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha (día/mes/año): __/__/__ 1 Registro: 2

Nombre: 3 Edad: 4

Sexo: F☐ M☐ 5 Estado civil: S☐ C☐ V☐ U L☐ 6 Religión: 7

Lugar de nacimiento: 8 Fecha de nacimiento (día/mes/año): 9 __/__/__

Ocupación: 10 Escolaridad: 11 Lateralidad: 12 D☐ Z☐ A☐

Dirección: 13

Tel: 14

B. ANTECEDENTES FAMILIARES

15

C. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

16

D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETICOS

17

E. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

18

F. PADECIMIENTO ACTUAL

19

G. TRATAMIENTOS Y EXAMENES PREVIOS, TRATAMIENTO ACTUAL

20

H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

21

1

2

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE ADMISIÓN
FIRMA

I. EXPLORACION FISICA GENERAL 22

Peso actual:____Kg. Peso anterior:____Kg. Fecha:___/___/___

F.C.____/min T.A.___/___mmHg Talla:____mts. Temp.____°C

EFG

Examen cardiovascular

J. EXPLORACION NEUROLOGICA 23

a. Funciones mentales

b. Nervios craneales

SISTEMA MOTOR 24

c. Fuerza muscular (escala 0 a 5)

d. Reflejos de estiramiento muscular (0 a 4)

D I

D I

e. Tono muscular

f. Reflejos patológicos y atávicos

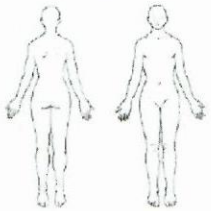
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

g. Movimientos anormales

h. Marcha

SISTEMA SENSITIVO

i. Sensibilidad primaria y corticoparietal 25



j. Funciones cerebelosas

k. Signos meningeos

7). Sistema nervioso autónomo

K. DIAGNOSTICOS

1. Sindromático 26

2. Topográfico

3. Etiológico

*Elaborar nota inicial (consulta externa) o nota de ingreso (hospitalización) en hojas de notas médicas y anexar al expediente.

27 Nombre y firma de quien elaboró

28 Nombre y firma del revisor

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.3 HISTORIA CLÍNICA

1 Indicará día, mes y año, en que se realiza la Historia Clínica.
2 Indicará número de registro del paciente.
3 Apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
4 Indicará edad con años cumplidos del paciente.
5 Marcar con una "X" F (femenino) o M (masculino), según corresponda.
6 Marcar "X" en el recuadro que corresponda S (soltero), C (casado), V (viudo), UL (unión libre).
7 Indicará la religión del paciente.
8 Indicará país y Entidad Federativa, en que nació el paciente.
9 Indicará día, mes y año en que nació el paciente.
10 Indicará ocupación a la que se dedica el paciente.
11 Indicará nivel de estudios del paciente.
12 Marcar "X" en el recuadro que corresponda Z (zurdo), D (diestro) A (ambidiestro).
13 Dirección calle, número exterior e interior, colonia, delegación
14 Indicará número telefónico donde se puede localizar al paciente.
15 Indicará antecedentes clínicos familiares del paciente.
16 Indicará antecedentes personales patológicos del paciente.
17 En el caso de que el paciente sea femenino, anotar sus antecedentes gineco-obstétricos (número de partos, etc.).
18 Indicará antecedentes sobre los padecimientos que ha presentado el paciente.
19 Indicará nombre del padecimiento actual.
20 Indicará nombre de los tratamientos y exámenes a los que se ha sometido el paciente previamente y del tratamiento actual.
21 Respuesta a las preguntas que el médico realice al paciente en relación a la funcionalidad de aparatos y sistemas.
22 Peso actual, peso anterior, fecha, frecuencia cardíaca, talla, temperatura, T.A. y resultados de examen cardiovascular.
23 Resultados de la exploración de funciones mentales y nervios craneales.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

24 Resultados de la exploración de fuerza muscular, reflejos de estiramiento muscular, tono muscular, reflejos patológicos y atávicos, movimientos anormales y marcha.

25 Resultados de la exploración sobre sensibilidad primaria y corticoparietal, funciones cerebelosas, signos meníngeos y sistema nervioso autónomo.

26 Nombre de los diagnósticos: sindromático, topográfico y etiológico.

27 Apellido paterno, materno y nombre (s) del médico que elabora la historia clínica.

28 Apellido paterno, materno y nombre (s) del médico que revisa la historia clínica.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.4 HOJA DE REFERENCIA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DIRECCIÓN MÉDICA

INSURGENTES SUR NO. 3877
C.P. 14269 MÉXICO D.F.
TEL. 56 06 38 22
www.innneuu@facmed

FORMATO DE REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA
DE PACIENTES

Clave FRCR-01/2001
Fecha de Elaboración: ____/____/____

Marque con una "X" si se trata de Referencia ( ) Contrarreferencia ( )

1.- DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ Sexo: (F) (M) No. de Expediente: _____ Tel: _____

Domicilio: _____
Calle y No. Colonia

_____ _____ _____ _____ _____
Delegación C.P. Estado Municipio País

2.- DATOS DE LA UNIDAD MEDICA DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA

Tipo de Unidad Médica ( ) Privada ( ) ISSSTE ( ) IMSS ( ) SSA ( ) Otros

Nombre: _____

Domicilio: _____
Calle y No Colonia C.P.

_____ _____ _____ _____
Delegacion Municipio Estado País

4.- MOTIVO DE ENVIO

Alta en el INNN( ) Realización de Estudios ( ) Otros ( )

Especificar: _____

5.- RESUMEN CLINICO (SIN ABREVIATURAS)

(Padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y seguimiento)

_____
_____
_____
_____
_____

OBSERVACIONES:

El caso es urgente: SI ☐ NO ☐

_____
_____

_____ _____
Nombre completo, clave y firma del Médico que elabora Nombre y Firma del Médico que autoriza

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.4 FORMATO DE REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

1	Día, mes y año en que se elabora el formato.
2	Apellido paterno, materno, y nombre (s) del paciente.
3	Indicará número de años cumplidos.
4	Marcar con una "X" si es (F) femenino o (M) masculino.
5	Indicará el No. de expediente que aparece en el carnet o en el caso de tener expediente, anotar sin registro.
6	Indicará número telefónico del paciente.
7	Indicará nombre de la calle y número de la casa, nombre de la colonia, código postal, delegación o municipio, estado y país, donde habita el paciente.
8	Marcar con una "X" el tipo de unidad médica que refiere o a donde se contra refiere al paciente.
9	Indicará Nombre de la institución de salud que envía o a donde se envía al paciente.
10	Indicará nombre de la calle y número de la casa, nombre de la colonia, código postal, delegación o municipio, estado y país, donde habita el paciente.
11	Marcar con una "X" el motivo por el cual se refiere o contra refiere al paciente, y en su caso especificar.
12	Indicará padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronósticos y seguimiento.
13	Marcar con una "X" en el recuadro si o no, para especificar si el caso es urgente o bien alguna otra aclaración que el médico considere pertinente para la realización de la referencia o contrarreferencia.
14	Indicará apellido paterno, materno y nombre(s) y firma del médico que elabora.
15	Indicará apellido paterno, materno y nombre(s) y firma del médico que autoriza.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN CIRUGÍA PROGRAMADA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer mediante la entrevista médica de neurocirugía, si el paciente cursa con un padecimiento que requiere un acto quirúrgico para establecer su diagnóstico y tratamiento.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno permitirá contar con un procedimiento para que el personal que interviene aplique adecuadamente los pasos para realizar una consulta neuroquirúrgica.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de proporcionar la atención médico neuroquirúrgica a todo paciente que lo requiera a través de la Consulta Externa.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de coordinarse con la Subdirección de Consulta Externa para establecer los horarios y el personal que proporcionará la atención en consulta.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y médicos residentes, en coordinación con la Subdirección de Consulta Externa, de otorgar en tiempo y forma la consulta neurocirugía.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y médicos residentes, de asignar el color del brazalete que debe portar todo paciente que ingresa a tratamiento neuroquirúrgico.

3.5 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través de los médicos adscritos y médicos residentes, del cumplimiento de la NOM-168 y el presente procedimiento.

3.6 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través de los médicos adscritos y médicos residentes asignados a la Subdirección, de solicitar los exámenes y estudios necesarios para poder otorgar una consulta de neurocirugía.

3.7 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de elaborar el egreso hospitalario a través de los médicos adscritos y médicos residentes asignados a la Subdirección.

3.8 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través del médico adscrito, de verificar que el egreso incluya el diagnóstico y motivo de egreso, resúmenes de evolución, estado actual y tratamiento, problemas clínicos pendientes de resolver, así como plan terapéutico. En caso de defunción, las causas probables de la muerte y, si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia.

3.9 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través del médico adscrito y médicos residentes de aplicar en cada neurocirugía la Lista de Verificación para Cirugía Segura conjuntamente con el equipo médico.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Admisión Hospitalaria)		Proviene del Procedimiento 1.- Consulta Médica de Neurocirugía.	
	1	Recibe al paciente para internarlo en el servicio de Neurocirugía. Solicita el expediente del paciente al Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	
	2	Da indicaciones al paciente, le coloca el brazalete y lo conduce con el familiar al piso de hospitalización de neurocirugía.	• Brazalete
	3	Entrega la jefe de servicio de la Subdirección de Enfermería, al paciente y expediente clínico para que sea internado.	• Expediente clínico.
Jefe de servicio y enfermera de piso	4	Recibe al paciente y expediente clínico, verifica su nombre, le orienta sobre los lineamientos para pacientes hospitalizados y familiares. Entrega expediente al médico adscrito y/o residente de neurocirugía.	• Expediente clínico.
	5	Instala al paciente en su unidad, entrega a la Enfermera de piso para que otorgue cuidados de enfermería establecidos.	
	6	Recibe al paciente, toma signos vitales, peso y talla. Realiza valoración de enfermería, inicia cuidados de acuerdo a su padecimiento e indicaciones médicas.	
Subdirección de Neurocirugía Médico Residente	7	Elabora nota médica de admisión en hospitalización de acuerdo a la NOM-168 y, en su caso, elabora historia clínica neurológica.	• Nota médica de admisión.
	8	Elabora nota médica, realiza análisis integrando los diagnósticos síndromáticos y solicita los exámenes de laboratorio de rutina preoperatorios.	• Nota médica de diagnóstico sindromático. • Solicitud de laboratorio.
	9	Elabora nota de revisión, corroborando las notas médicas previas, interrogatorio, estado mental, exploración física, abordaje quirúrgico, resultados de laboratorio, pronóstico y solicita al médico adscrito a neurocirugía, verifique que la integración del expediente clínico esté completa.	• Nota médica de revisión.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
MÉXICO
03 MAY 2019

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía Médico Adscrito	10	Verifica que el expediente clínico del paciente integre: historia clínica completa, estudios de rutina, nota médica de admisión y de revisión, diagnóstico, propuesta de abordaje quirúrgico a realizar, y determina.	
	11	Procede No: Comenta con médico residente y le solicita modificar y, en su caso, agregar los datos faltantes en cada una de las notas. Regresa a actividad 7.	
	12	Si: Elabora nota médica preoperatoria que incluya: diagnóstico, tipo de intervención, posición para el acto operatorio, descripción del mismo, riesgo quirúrgico y plan terapéutico preoperatorio.	• Nota médica preoperatoria.
	13	Comenta con el médico residente la necesidad de equipo especializado y otros implementos. Sala quirúrgica programada para la cirugía y verifica la autorización del paciente y responsable legal.	
	14	Solicita al médico residente recabe los estudios de imagen y laboratorio realizados recientemente y el expediente clínico del paciente, para presentar el caso en sesión de programación de cirugía.	• Expediente clínico. • Estudios de imagen y laboratorio.
	15	Presenta caso médico quirúrgico en sesión de programación de cirugía, se discute cuadro clínico, estudios y determina. Procede	
	16	No: Informa al paciente y/o familiar sobre el riesgo quirúrgico, indica causas por las que se difiere neurocirugía. Instruye al médico residente elabore alta del servicio de neurocirugía. Aplica política 3.8. Termina procedimiento.	• Egreso hospitalario.
	17	Si: programa cirugía, indicado plan quirúrgico de abordaje, elabora nota médica y solicita se programe cita de valoración preanestésica.	• Nota médica • Programación de cirugía • Cita de valoración anestésica.

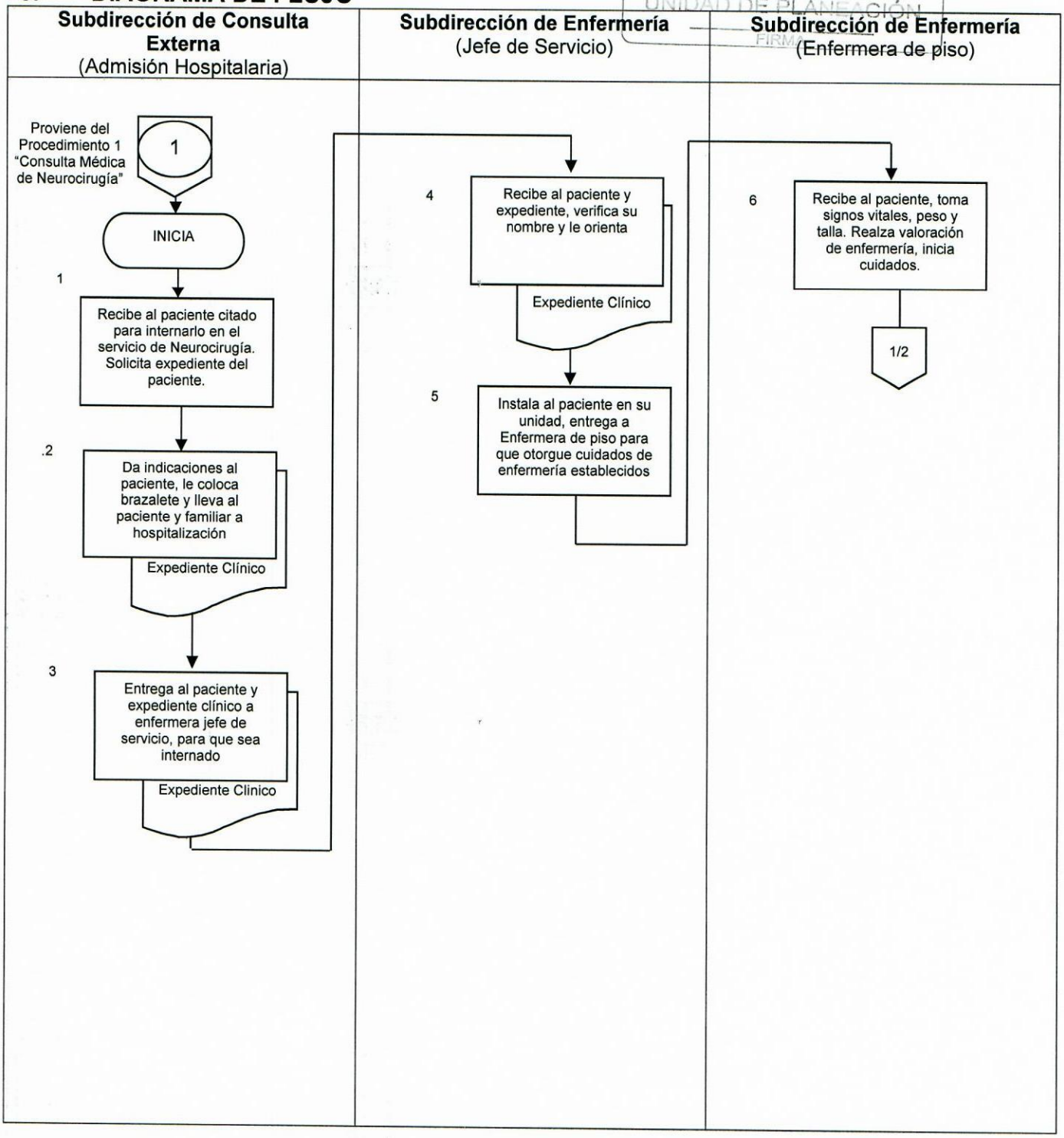
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

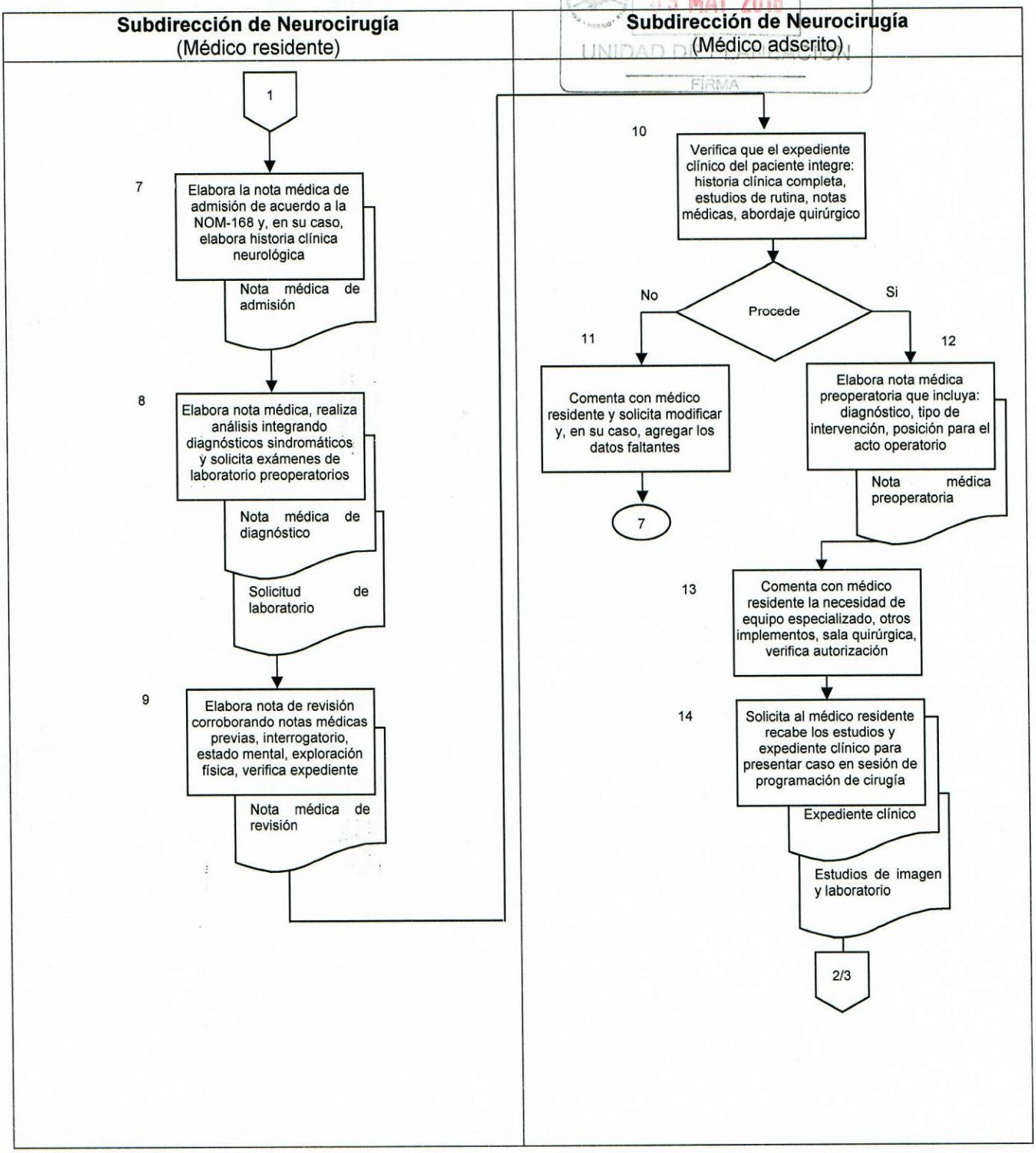
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía (Médico residente)	18	Programa cita en libreta de neuroanestesia. Revisa al paciente conjuntamente con médico anestesiólogo el día de su cita.	
	19	Conoce el resultado del riesgo respiratorio, cardiovascular, valoración neurológica e intervención anestésica para determinar si las condiciones son las adecuadas. Procede:	
	20	No: Informa al paciente y/o familiar sobre el riesgo quirúrgico, indica causas por las que se difiere neurocirugía. Elabora alta del servicio de neurocirugía. Aplica política 3.8. Termina procedimiento.	• Egreso hospitalario.
	21	Si: Anota indicaciones médicas, tramita estudios complementarios. Solicita al paciente firme carta de consentimiento informado.	• Indicaciones médicas. • Carta de consentimiento informado.
	22	Elabora nota preoperatoria, detalla perfil del caso, autorización quirúrgica del enfermo o responsable. Revisa nota de valoración preanestésica, la necesidad de maniobras o medicamentos especiales durante la inducción quirúrgica e inicia llenado del formato de verificación para cirugía segura en coordinación con el personal de enfermería. Entrega paciente al médico adscrito de neurocirugía.	• Nota preoperatoria. • Lista de verificación de cirugía segura.
Subdirección de Neurocirugía (Médico adscrito)	23	Conduce al quirófano al paciente el día de la programación, participa con enfermera de quirófanos, médico anestesiólogo, médico residente en la mejor posición para el paciente y continua con el proceso para la firma de entrada en lista de verificación de cirugía segura.	• Lista de verificación de cirugía segura.
	24	Realiza neurocirugía según programa. Al término, solicita al médico residente elabore nota operatoria inmediata; así como la continuación del llenado de la lista de verificación para cirugía segura, este último formato de manera conjunta con el personal de enfermería y médico de neuroanestesiología; para el posterior traslado del paciente al área de recuperación.	• Nota operatoria inmediata. • Lista de verificación para cirugía segura.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	25	Elabora nota inmediata, una mediata y una tardía, describiendo la evolución y cambios en el manejo postoperatorio del paciente.	• Nota postoperatoria inmediata. • Nota postoperatoria mediata. • Nota postoperatoria tardía.
	26	Elabora nota de ingreso a recuperación consigna el tipo de cirugía realizada, hallazgos, exploración neurológica, así como las condiciones en que ingresa a recuperación, con medidas de tratamiento.	• Nota ingreso a recuperación.
	27	Da seguimiento al paciente hasta su egreso en el área de hospitalización. TERMINA	• Egreso hospitalario.

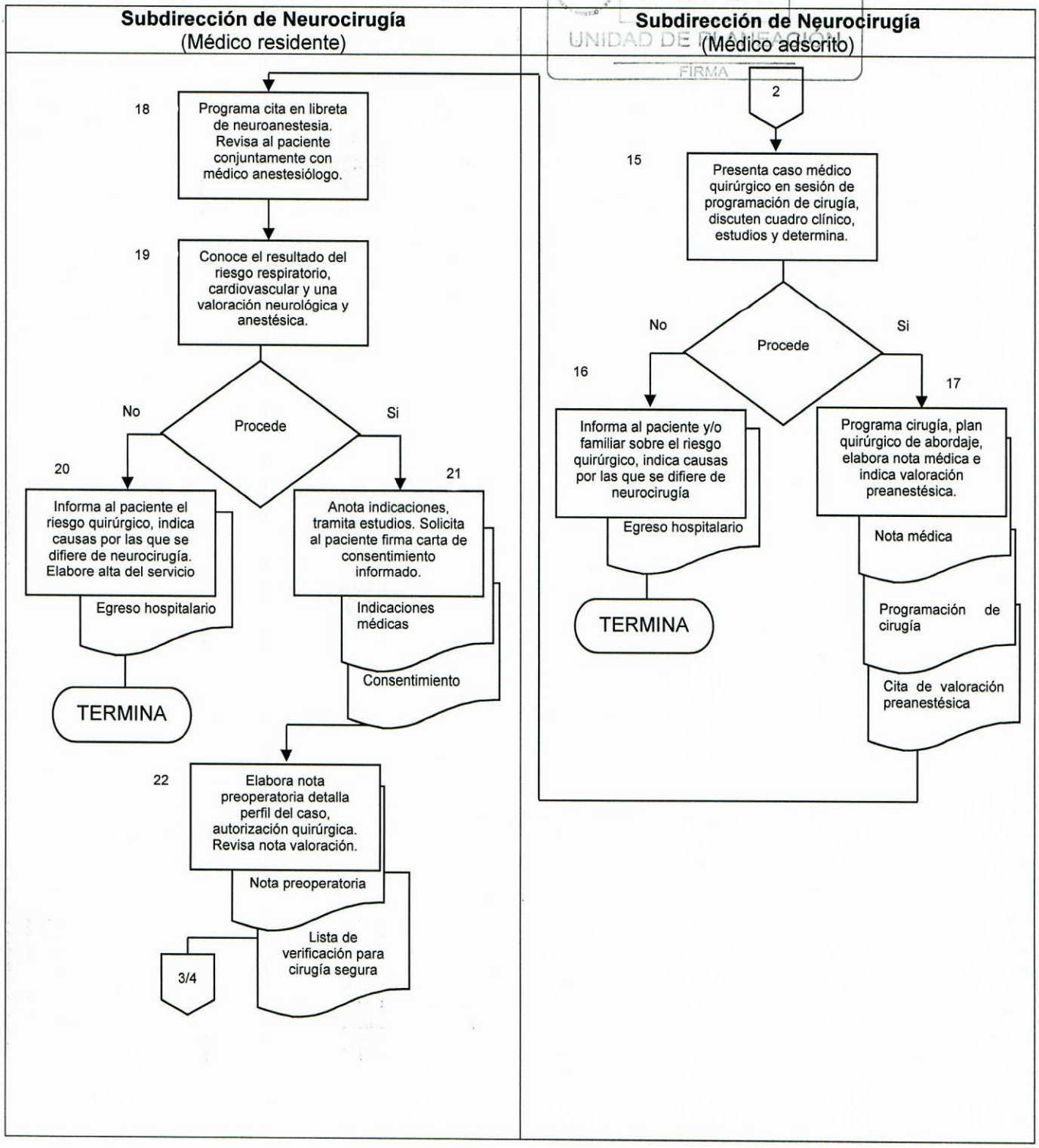
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
MÉXICO
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

5. DIAGRAMA DE FLUJO



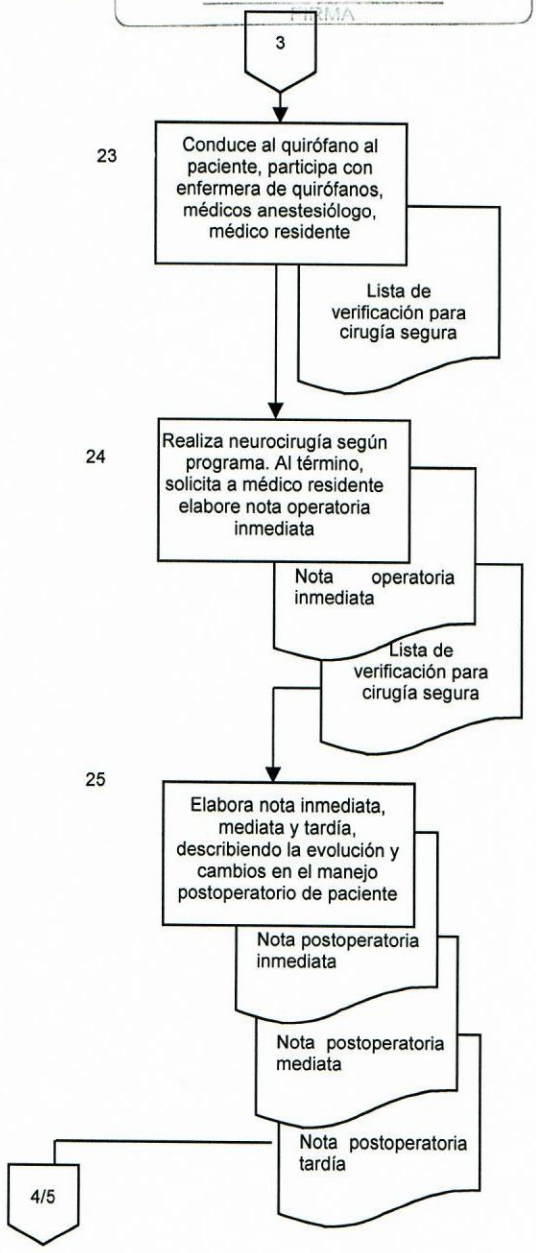

Subdirección de Neurocirugía
(Médico residente)
Subdirección de Neurocirugía
(Médico adscrito)
1
7
Elabora la nota médica de admisión de acuerdo a la NOM-168 y, en su caso, elabora historia clínica neurológica
Nota médica de admisión
8
Elabora nota médica, realiza análisis integrando diagnósticos sindromáticos y solicita exámenes de laboratorio preoperatorios
Nota médica de diagnóstico
Solicitud de laboratorio
9
Elabora nota de revisión corroborando notas médicas previas, interrogatorio, estado mental, exploración física, verifica expediente
Nota médica de revisión
10
Verifica que el expediente clínico del paciente integre: historia clínica completa, estudios de rutina, notas médicas, abordaje quirúrgico
Procede
No
Si
11
Comenta con médico residente y solicita modificar y, en su caso, agregar los datos faltantes
7
12
Elabora nota médica preoperatoria que incluya: diagnóstico, tipo de intervención, posición para el acto operatorio
Nota médica preoperatoria
13
Comenta con médico residente la necesidad de equipo especializado, otros implementos, sala quirúrgica, verifica autorización
14
Solicita al médico residente recabe los estudios y expediente clínico para presentar caso en sesión de programación de cirugía
Expediente clínico
Estudios de imagen y laboratorio
2/3

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ MÉXICO
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA



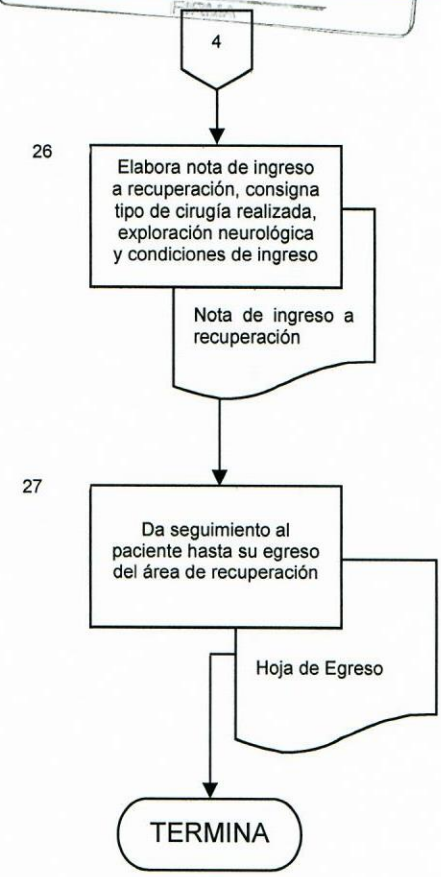
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Subdirección de Neurocirugía (Médico residente)	Subdirección de Neurocirugía (Médico adscrito)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN

Subdirección de Neurocirugía (Médico residente de neurocirugía)	**Subdirección de Neurocirugía** (Médico adscrito y/o médico residente)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS.	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Notas médicas	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.2 Historia Clínica	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.3 Egreso hospitalario	5 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Neurocirugía: Manejo quirúrgico (incluyendo la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, cuidados intensivos, y rehabilitación) de determinadas patologías del sistema nervioso.

8.2 Egreso hospitalario: Alta del paciente de un servicio médico hospitalario. Conclusión del periodo de hospitalización y desocupación de una cama censable.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Nota médica (Hoja de evolución)
10.2 Historia Clínica
10.3 Lista de Verificación para cirugía segura

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 HOJA DE EVOLUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

HOJA Nº (1)

NOTAS DE EVOLUCIÓN
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE: (2)			**Nº DE REGISTRO**: (3)
EDAD: (4)	(5) SEXO: M ☐ F ☐	CAMA: (6)	PROCEDENCIA: (7)

(8)
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 NOTA DE EVOLUCIÓN

1	Indicar número de hoja que corresponde.
2	Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
3	Indicar número de registro que tiene el paciente.
4	Indicar edad que tiene el paciente.
5	Indicar sexo del paciente
6	Indicar el número de cama del paciente
7	Indicar de donde proviene el paciente.
8	Indicar apellido paterno, materno, nombre completo y firma del médico que realiza la Nota de Evolución.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 HISTORIA CLÍNICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA
Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ

HISTORIA CLINICA

A. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha (día/mes/año): __/__/__ 1 Registro: 2

Nombre: 3 Edad: 4

Sexo: F☐ M☐ 5 Estado civil: S☐ C☐ V☐ UL☐ 6 Religión: 7

Lugar de nacimiento: 8 Fecha de nacimiento (día/mes/año): 9 __/__/__

Ocupación: 10 Escolaridad: 11 Lateralidad: 12 D☐ Z☐ A☐

Dirección: 13

Tel: 14

B. ANTECEDENTES FAMILIARES

15

C. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

16

D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETICOS

17

E. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

18

F. PADECIMIENTO ACTUAL

19

G. TRATAMIENTOS Y EXAMENES PREVIOS, TRATAMIENTO ACTUAL

20

H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

21

1

2

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

I. EXPLORACION FISICA GENERAL 22

Peso actual:_____Kg. Peso anterior:_____Kg. Fecha: ___/___/___

F.C._____/min. T.A._____/_____mmHg. Talla:_____mts. Temp._____°C

EFG

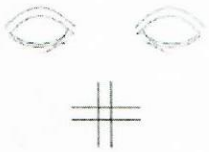
Examen cardiovascular

23

J. EXPLORACION NEUROLOGICA

a. Funciones mentales

b. Nervios craneales



SISTEMA MOTOR 24

c. Fuerza muscular (escala 0 a 5)

D I

d. Reflejos de estiramiento muscular (0 a 4)

D I

e. Tono muscular

f. Reflejos patológicos y atávicos

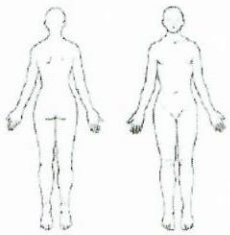
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

g. Movimientos anormales

h. Marcha

SISTEMA SENSITIVO

i. Sensibilidad primaria y corticoparietal 25



j. Funciones cerebelosas

k. Signos meningeos

l). Sistema nervioso autónomo

K. DIAGNOSTICOS 26

1. Sindromático

2. Topográfico

3. Etiológico

*Elaborar nota inicial (consulta externa) o nota de ingreso (hospitalización) en hojas de notas médicas y anexar al expediente.

27

Nombre y firma de quien elaboró

28

Nombre y firma del revisor

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 HISTORIA CLÍNICA

1 Indicará día, mes y año, en que se realiza la Historia Clínica.
2 Indicará número de registro del paciente.
3 Apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
4 Indicará edad con años cumplidos del paciente.
5 Marcar con una "X" F (femenino) o M (masculino), según corresponda.
6 Marcar "X" en el recuadro que corresponda S (soltero), C (casado), V (viudo), UL (unión libre).
7 Indicará la religión del paciente.
8 Indicará país y Entidad Federativa, en que nació el paciente.
9 Indicará día, mes y año en que nació el paciente.
10 Indicará ocupación a la que se dedica el paciente.
11 Indicará nivel de estudios del paciente.
12 Marcar "X" en el recuadro que corresponda Z (zurdo), D (diestro) A (ambidiestro).
13 Dirección calle, número exterior e interior, colonia, delegación
14 Indicará número telefónico donde se puede localizar al paciente.
15 Indicará antecedentes clínicos familiares del paciente.
16 Indicará antecedentes personales patológicos del paciente.
17 En el caso de que el paciente sea femenino, anotar sus antecedentes gineco-obstétricos (número de partos, etc.).
18 Indicará antecedentes sobre los padecimientos que ha presentado el paciente.
19 Indicará nombre del padecimiento actual.
20 Indicará nombre de los tratamientos y exámenes a los que se ha sometido el paciente previamente y del tratamiento actual.
21 Respuesta a las preguntas que el médico realice al paciente en relación a la funcionalidad de aparatos y sistemas.
22 Peso actual, peso anterior, fecha, frecuencia cardíaca, talla, temperatura, T.A. y resultados de examen cardiovascular.
23 Resultados de la exploración de funciones mentales y nervios craneales.
24 Resultados de la exploración de fuerza muscular, reflejos de estiramiento muscular, tono muscular, reflejos patológicos y atávicos, movimientos anormales y marcha.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

25 Resultados de la exploración sobre sensibilidad primaria y corticoparietal, funciones cerebelosas, signos meníngeos y sistema nervioso autónomo.

26 Nombre de los diagnósticos: sindromático, topográfico y etiológico.

27 Apellido paterno, materno y nombre (s) del médico que elabora la historia clínica.

28 Apellido paterno, materno y nombre (s) del médico que revisa la historia clínica.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.3 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA

DIRECCIÓN MÉDICA
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ **Nº Registro:**_____ **Fecha:**_____

PREPARACION PREOPERATORIA

TRICOTOMIA A MÁQUINA DE SITIO QUIRÚRGICO RESIDENTE

☐

_____
Nombre y firma

SHAMPOO PREOPERATORIO (CLORHEXIDINA)
☐ **CON BD E-Z SCRUB HORA:** _____

ENFERMERA QUE VERIFICÓ

_____
Nombre y firma

Antes de inducir la anestesia debe firmarse

FIRMA DE ENTRADA

☐ El paciente ha sido confirmado
- Procedimiento de identidad
- Sitio
- Consentimiento

☐ El sitio marcado/no aplicable

☐ Revisión de seguridad de anestesia completa

☐ El pulso del oximetro en el paciente funcionando

Tiene el paciente alguna alergia:
☐ NO ☐ SI _____

☐ Dificultad en la vía aérea/riesgo de aspiración
NO
☐ SI, existe el equipo para asistencia

Riesgo de hemorragia >500 ML? (7ml/kg en niños)
☐ NO
☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.

PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA (EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS ANTES DE INCISIÓN DE PIEL)

☐ **KEFLIN 1 GRAMO (3 DOSIS EN TOTAL CON INTERVALOS DE 8 HORAS), SI LA CIRUGÍA DURA MAS DE 4 HORAS O LA PÉRDIDA HEMÁTICA ES MAYOR A 1000 ML ADMINISTRAR DOSIS ADICIONALES CADA 4 HORAS.**

☐ **CEFTRIAXONA (3 DOSIS EN TOTAL CON INTERVALOS DE 12 HORAS)**

☐ **CEFTRIAXONA/CLINDAMICINA (1 GRAMO Y 600 MG) EN CIRUGÍA TRANSEPTOESFENOIDAL, PASO POR SENOS PARANASALES O CRANEALIZACIÓN DE ESTOS, CONTINÚA HASTA RETIRO DE TAPONES**

Antes de la incisión de la piel

TIEMPO FUERA

☐ Confirme que todos los miembros del equipo sean presentados por nombre y posición

☐ El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera confirmen
- Paciente
- Lugar

Procedimiento

☐ Eventos críticos anticipados. El cirujano revisa cuáles son los pasos críticos y no esperados, la duración de la operación y la posible pérdida de sangre

☐ El equipo de anestesia revisa si existen algunos problemas específicos del paciente

☐ El equipo de enfermería revisa si ¿se ha confirmado la esterilidad del equipo?

☐ Hay alguna parte del equipo que tenga algún problema

Están las imágenes radiológicas en exhibición
☐ SI
☐ NO es necesario

Antes de que el paciente salga de la sala de operación

FIRMA DE SALIDA

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

☐ El nombre del procedimiento efectuado

☐ La cuenta de instrumentos, gasa y agujas está correcto (o no es necesario)

Hay espécimen ☐ SI ☐ NO

☐ El espécimen está marcado con el tipo de tejido y el nombre del paciente. Responsable de entregar a Patología:

_____

☐ Se tomaron muestras de LCR ó Material Purulento para Microbiología. Responsable de entregar a Microbiología:

_____

☐ Hay algunos problemas del equipo que deberán hacerse notar

☐ El cirujano, los anestesiólogos y las enfermeras revisan los problemas que puedan presentarse para recuperación y manejo del paciente

☐ El cirujano, los anestesiólogos y las enfermeras revisan los problemas que puedan presentarse para recuperación y manejo del paciente

NOMBRE Y FIRMA NEUROCIRUJANO
NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE 4º AÑO NEUROCIRUGÍA

NOMBRE Y FIRMA NEUROANESTESIÓLOGO

NOMBRE Y FIRMA PERSONAL DE ENFERMERIA

NOTA: *"Este formato está basado en la Lista de Verificación para una Cirugía Segura emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud" basado en iniciativa de OMS*

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

10.3 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

1	Indicará apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
2	Indicará número de registro asignado al paciente.
3	Indicará día, mes y año en que se elabora el formato.

Para continuar con el llenado del formato, revisar anexo SNC-6-A

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

SNC-6-A

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FLUJOGRAMA DE LISTA DE VERIFICACION PARA CIRUGIA SEGURA

ÁREA		LISTA DE VERIFICACIÓN	ACTIVIDAD
Médico Residente de Neurocirugía	1	Preparación Preoperatoria	Realiza la tricotomía la tarde previa a la cirugía. Anotando nombre y firma.
Enfermera de piso responsable del paciente	2	Preparación Preoperatoria	Vigila y/o realiza que en el paciente se realice aseo de cabeza con shampoo clorhexidina, previo a su cirugía. Anotado nombre y firma.
Médico residente de Neurocirugía	3	Firma de entrada	Realiza la verificación de la sección de entrada del formato Lista de Verificación para Cirugía Segura, preguntando en voz alta.
Médico Adscrito y/o médico residente de 4° grado	4	Firma de entrada	Solicita al médico anestesiólogo y/o, en su caso, indica al personal de enfermería la profilaxis con antibiótico (Keflin/Ceftriaxona/combinación de ceftriaxona - clindamicina).
Médico Adscrito y/o médico residente de 4° grado	5	Tiempo fuera	Realiza la verificación de la sección Tiempo Fuera del formato Lista de Verificación para Cirugía Segura, preguntando en voz alta
Enfermera de quirófano	6	Firma de salida	Realiza la verificación de la sección Firma de Salida del formato Lista de Verificación para Cirugía Segura, preguntando en voz alta y anotando los responsables del manejo de muestras.
Médico Residente de Neuroanestesiología	8	Firma de salida	Anota nombres y recaba firmas en el formato de: • Neurocirujano • Neuroanestesiólogo • Enfermera Anexa al expediente y lo entrega a Recuperación.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

3.- PROCEDIMIENTOS PARA LA VALORACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO Y NEUROLÓGICO

INSTITUTO NACIONAL
GÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar el estado de salud de los pacientes que son programados para cualquier procedimiento quirúrgico o diagnóstico, y así determinar y optimizar el manejo anestésico-quirúrgico del paciente y evitar el riesgo de morbi-mortalidad derivado de la técnica anestésica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno permitirá que el personal que interviene en el procedimiento aplique los pasos a seguir para conocer el estado de salud del paciente y determine el riesgo anestésico-quirúrgico.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de proporcionar consulta médica de valoración preanestésica a los pacientes que son programados para realizar cualquier procedimiento quirúrgico o diagnóstico en el paciente neurológico.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de determinar el riesgo anestésico de los pacientes que son programados para procedimiento quirúrgico o diagnóstico y documentar esto en el expediente clínico del paciente.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de requisitar el consentimiento informado de cada paciente después de determinar el riesgo de anestésico y documentarlo en el expediente clínico del paciente.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de solicitar a todo médico adscrito y residente que para realizar una valoración preanestésica el paciente debe contar con lo siguientes puntos:

1. Valoración quirúrgica.
2. Paciente disponible y Familiar encargado.
3. Laboratorio completo: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, electrolitos séricos, y Grupo y Rh. Todos con menos de 3 meses de realizados y dentro de parámetros aceptables para procedimiento neuroquirúrgico.
4. Pruebas cruzadas y disponibilidad de hemoderivados.
5. Estudios de Neuroimagen y/o electrofisiología.
   Electrocardiograma a todos los pacientes.
   Placas de tórax en pacientes con compromiso ventilatorio o cardiovascular y mayores de 65 años.
   Espirometría y gasometría en pacientes con compromiso ventilatorio.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

Eco cardiaco en pacientes con deterioro cardiovascular.

6. Interconsulta a Endocrinología en casos de: Diabetes Mellitas descontrolada. Adenomas de Hipófisis o otras descomposiciones hormonales.

3.0 La Subdirección de Neurocirugía y el Departamento Neuroanestesia serán responsables, a través de los médicos adscritos y médicos residentes de anestesia, de cumplir con la NOM-168 y el presente procedimiento.

3.1 La Subdirección de Neurocirugía y el Departamento Neuroanestesia serán responsables de otorgar capacitación y desarrollar habilidades en los médicos adscritos y médicos residentes de neuroanestesiología para identificar el riesgo anestésico-quirúrgico.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable, a través del Departamento Neuroanestesia, de determinar las escalas de valoraciones cunado esta sea modificada por la Organización Mundial de la Salud y por el cuerpo Colegiado de Neuroanestesia para el paciente neurológico que integra el presente procedimiento para determinar riesgo anestésico.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

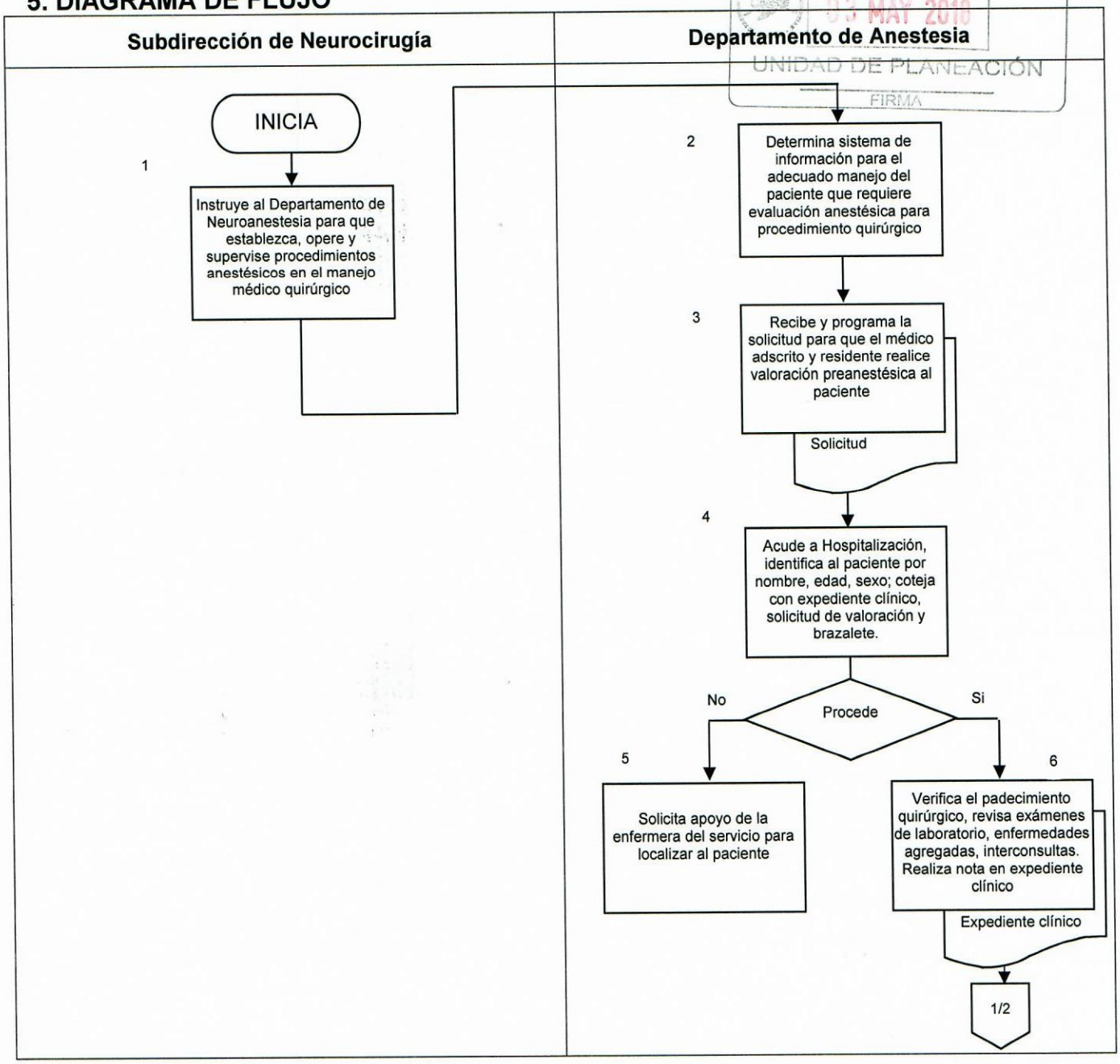
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía	1	Instruye al Departamento de Neuroanestesia para que establezca, opere y supervise procedimientos anestésicos en el manejo médico quirúrgico.	
Departamento de Neuroanestesia	2	Determina un sistema de información que permita un adecuado manejo del paciente que requiere una evaluación anestésica para someterse a procedimiento neuroquirúrgico.	
	3	Recibe y programa la solicitud para que el médico adscrito y el residente realicen la valoración preanestésica.	• Solicitud.
	4	Acude a hospitalización, identifica al paciente por nombre, edad y sexo. Coteja con el expediente clínico, solicitud de valoración y brazalete de identificación. Procede	
	5	No: Solicita apoyo con la enfermera del servicio para localizar al paciente.	
	6	Si: Verifica el padecimiento quirúrgico, revisa que los exámenes de laboratorio tengan cifras dentro de los límites aceptables, enfermedades agregadas, solicita interconsultas en caso necesario, realiza nota en el expediente clínico. Aplica política 3.4.	• Expediente clínico.
	7	Verifica que los datos clínicos y estudios estén completos. Procede.	
	8	No: Notifica al servicio tratante y anexa nota con las recomendaciones pertinentes.	• Nota medica de anestesia.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	9	Si: Realiza interrogatorio dirigido a buscar datos que interfieran con el uso de anestésicos y analgésicos: experiencias anestésicas anteriores, antecedentes de transfusiones y consumo de alcohol, tabaco o drogas. La exploración física se dirige a los signos vitales, la función pulmonar, sistema cardiaco, estado neurológico y circulación vascular periférica.	
	10	Clasifica el estado físico del paciente (ASA), riesgo respiratorio, cardiovascular, riesgo de intubación difícil y valoración neurológica (escala de coma Glasgow).	
	11	Informa al paciente con claridad y veracidad sobre los riesgos de la técnica anestésica y le da seguridad sobre la capacidad del anestesiólogo.	
	12	Verifica que las condiciones del paciente sean adecuadas Procede:	
	13	No: Notifica al servicio tratante y se anexa nota con las recomendaciones pertinente.	• Nota medica de anestesia.
	14	Si: Elabora nota médica de anestesia.	• Nota medica de anestesia.
	15	Solicita al paciente firma de conformidad en el formato de consentimiento informado.	• Consentimiento informado.
	16	Requisita el formato de valoración preanestésica del servicio de neuroanestesia, incluye nota en expediente clínico, anexa indicaciones pertinentes incluyendo medicación preanestésica. TERMINA	• Valoración anestésica. • Nota médica de anestesia. • Indicaciones.

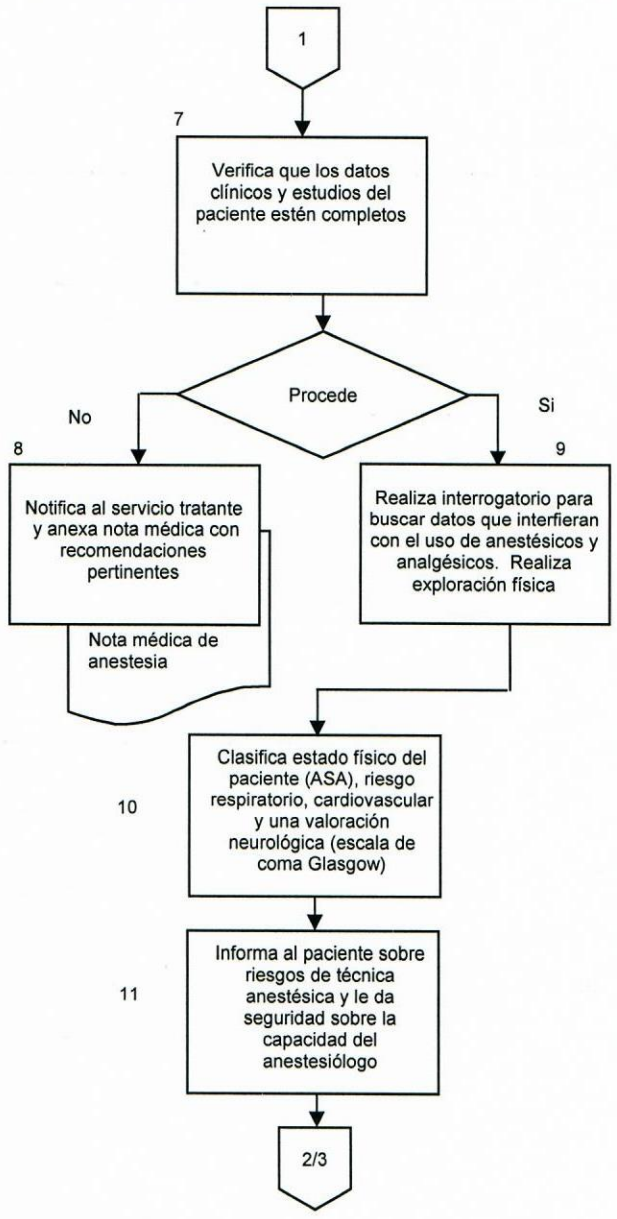
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

5. DIAGRAMA DE FLUJO



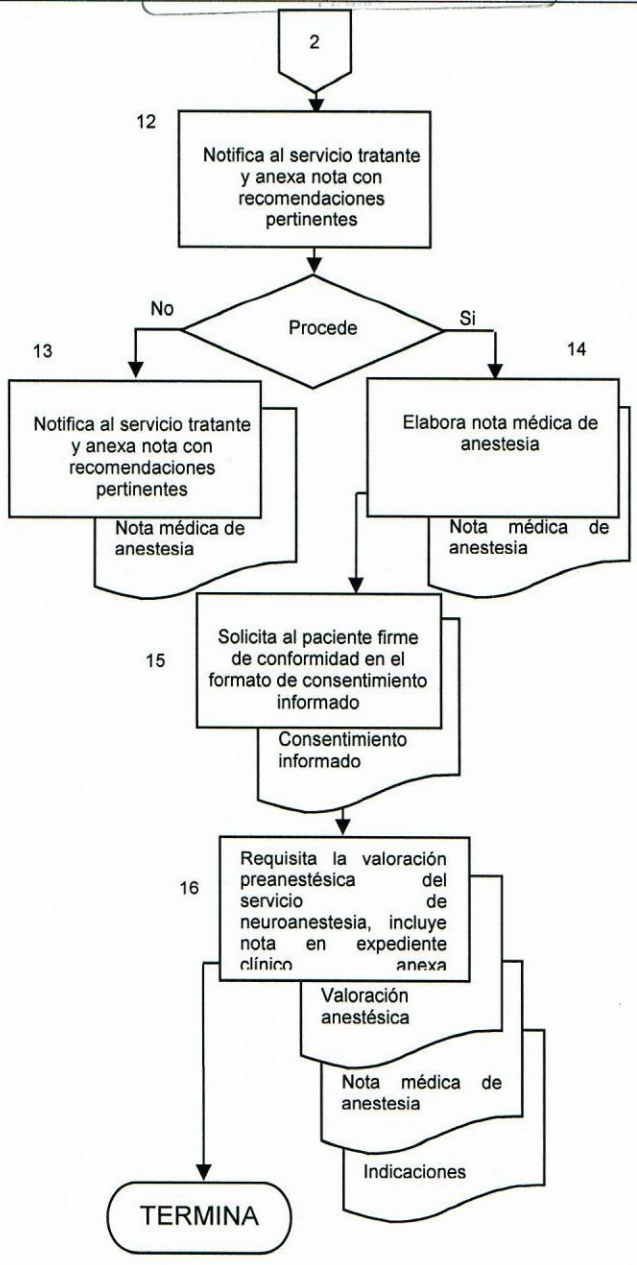
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FISICA

Subdirección de Neurocirugía	Departamento de Anestesia



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Subdirección de Neurocirugía	Departamento de Anestesia



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Nota de preanestésica	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.2 Formato de valoración del servicio	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Preanestesia: Evaluación preoperatoria y, en su caso, prescripción de una medicación preanestésica a pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Permite optimizar el estado preoperatorio del paciente, identificar alteraciones que puedan causar complicaciones y planificar el tratamiento perioperatorio más apropiado.

8.2 Riesgo anestésico: Valor que establece el médico de acuerdo a la valoración preanestésica, tomando en cuenta edad, tipo de cirugía, etc. Probabilidad de que el paciente no sobreviva a la acción anestésica o sufra consecuencias indeseables, permanentes.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Nota preanestésica (Hoja de evolución)
10.2 Formato de valoración anestésica
10.3 Escala de valoración para el paciente neurológico

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 HOJA DE EVOLUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

HOJA Nº (1)

NOTAS DE EVOLUCIÓN
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE: (2)			**Nº DE REGISTRO**: (3)
EDAD: (4)	(5) SEXO: M ☐ F ☐	CAMA: (6)	PROCEDENCIA: (7)

(8)
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
23 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 NOTA DE EVOLUCIÓN

1 Indicar número de hoja que corresponde.

2 Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)

3 Indicar número de registro que tiene el paciente.

4 Indicar edad que tiene el paciente.

5 Indicar sexo del paciente

6 Indicar el número de cama del paciente

7 Indicar de donde proviene el paciente.

8 Indicar apellido paterno, materno, nombre completo y firma del médico que realiza la Nota de Evolución.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 FORMATO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

NEUROANESTESIOLOGÍA

VALORACIÓN PREANESTÉSICA

NOMBRE_____

EDAD_____SEXO_____EXPEDIENTE_____CAMA_____

DIAGNÓSTICO_____

PROCEDIMIENTO PROGRAMADO_____

ANTECEDENTES

AHF

APP

Toxicomanías

Transfusionales

Anestésico/Qx

Alérgicos

PADECIMIENTO ACTUAL

LABORATORIO

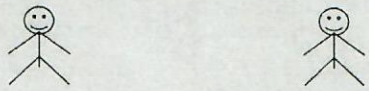
Hb_____Hto_____
Plaquetas_____
TT_____TTP_____
INR_____GS_____
Gluco_____Ur_____
Creat_____BUN_____
Na_____K_____
Perfil hormonal
_____
_____
Gasometría_____
_____
_____
Otros_____
_____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso_____Talla_____Temperatura_____TA_____FC_____FR_____
EF General_____
_____
EF Neurológica_____
INTEGRACIÓN DE SÍNDROMES_____
_____

Sensibilidad

Movimiento



IRM/TAC_____
_____
ANGIOGRAFIA_____
ECG_____FC_____Eje_____Qtc_____Diagnóstico_____
OTROS_____
_____
INTERCONSULTAS_____
_____
MEDICACIÓN ACTUAL_____
_____
VALORACIONES: ASA _____GLASGOW_____RR_____RTE_____RCV_____
FISHER_____HYH_____MALLAMPATTI_____OTRA_____
Volumen sanguíneo calculado_____Pérdida Sanguínea admitida_____

REALIZÓ VALORACIÓN_____**FIRMA**_____**FECHA**_____

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 FORMATO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA

1	Indicará apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
2	Indicará número de años cumplidos del paciente.
3	Indicará género del paciente.
4	Indicará número de registro del expediente clínico del paciente.
5	Indicará número de cama hospitalaria asignada al paciente.
6	Indicará diagnóstico preoperatorio del paciente.
7	Los datos solicitados: AHF, APP, Toxicomanías, Anestésico/Qx, Alérgicos.
8	Información sobre la situación actual del padecimiento del paciente.
9	Resultados obtenidos en los estudios de laboratorio.
10	Resultados obtenidos en la exploración física del paciente, tales como peso, talla, temperatura, frecuencia cardiaca, etc.
11	Resultados obtenidos en los estudios, interconsultas y en otras valoraciones IRM/TAC, Angiografía, Otros, Interconsultas, medicación actual, valoraciones
12	Indicará nombre del médico que elabora el formato de valoración anestésica.
13	Firma del médico que elabora el formato de valoración anestésica.
14	Indicará día, mes y año en que se elabora el formato de valoración anestésica.

INSTITUCIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
FIRMA

10.3 ESCALA DE VALORACIÓN UTILIZADA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO SNC - 06

1 CLASIFICACION DE LA ASA*: Valora el estado físico del paciente, por sus siglas en ingles, de la sociedad americana de anestesiólogos. **(*American society of anesthesiologist)**

ASA

GRADO	CRITERIO
I	**Paciente sano**
II	**Paciente con enfermedad leve**
III	**Paciente con enfermedad grave**
IV	**Paciente con enfermedad incapacitante**
V	**Paciente moribundo**
VI	**Paciente con Muerte Cerebral**

2. CLASIFICACIÓN DE MALLAMPATI: Para valorar vía aérea, La valoración se realiza con apertura bucal máxima, en posición sentada, con el cuello en extensión, predice intubación difícil.

MALLAMPATI

Clase I	Se ve el paladar blando, las fauces, la úvula y los pilares
Clase II	Se ve el paladar blando, las fauces y la úvula
Clase III	Se ve el paladar blando y la base de la úvula
Clase IV	No se ve el paladar blando

3. ESCALA COMA DE GLASGOW (ECG): Valora el estado de alerta, movimiento y respuesta verbal.

APERTURA DE OJOS:	[1,4]
Espontánea	4
En respuesta a la voz	3
En respuesta al dolor	2
Ninguna	1
RESPUESTA VERBAL:	[1,5]
Orientado	5
Confuso	4
Palabras incoordinadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
RESPUESTA MOTORA:	[1,6]
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión al dolor	3
Extensión al dolor	2
Ninguna	1
TOTAL	[3,15]

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

4. WORLD FEDERATION OF NEUROLOGICAL SURGEONS (WFNS): Para valorar estado de alerta y déficit neurológicos.

GRADO	CRITERIO
I	Asintomático o mínimo dolor de cabeza
II	Moderado a severo dolor de cabeza
III	Somnoliento, confuso, déficit focal
IV	Estupor, hemiparesia severa
V	Coma profundo, moribundo

5. CORRELACIÓN ESCALA COMA GLASGOW Y WFNS

WFNS	ECG	DEFICIT MOTOR
I	15	Ausente
II	13-14	Ausente
III	12-13	Presente
IV	7-12	Presente
V	3-6	Presente

Grado	Mortalidad	Morbilidad
0	0-2 %	0-2%
I	2-5	2
II	5-10	7
III	5-10	37
IV	35-60	40
V	50-70	45

6. HUNT – HESS: Escala de valoración del estado físico en hemorragia subaracnoidea.

GRADO	CRITERIO
0	Aneurisma no roto
I	Asintomático o mínima cefalea y ligera rigidez de nuca
II	Cefalea moderada, rigidez de nuca sin déficit neurológico
III	Somnoliento, confuso, déficit focal, hemiparesia moderada
IV	Estupor, hemiparesia severa, alteraciones vegetativas
V	Coma profundo, moribundo, rigidez de descerebración.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

7. **ESCALA DE FISHER:** Para hemorragia subaracnoidea por medio de una Tomografía Axial Computada.

Grado	PARAMETRO
I	No se detecta sangre subaracnoidea
II	Deposito difuso o capa delgada [de sangre subaracnoidea] sangre fisura interhemisférica, cisterna insular, dentro de cisterna < 1 mm de espesor
III	Hemorragia localizada [subaracnoidea] coágulo y/o línea vertical de sangre >=1 mm en espesor.
IV	Difuso [delgado] o sin sangre subaracnoidea, pero con coágulos intracerebral o intraventricular.

8. **GRADO DE SPETZLER-MARTIN:** Para Malformaciones arterio-venosas (MAVs)

		PUNTOS
Tamaño	Pequeña (< 3 cm)	1
	Mediana (3-6 cm)	2
	Grande (> 6 cm)	3
Elocuencia	No elocuente	0
	Elocuente	1
Drenaje venoso	Superficial	0
	Profundo	1

9. **ESCALA DE ALDRETE:** Para valorar el estado clínico al final del procedimiento anestésico. Con 8 puntos (9 puntos para otros autores) se puede dar el alta al paciente. Lo ideal son 10 puntos.
- Es utilizada para fijar los criterios de salida de la sala de recuperación posanestésica a los pisos de hospitalización.

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20-49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial mayor 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO_2)	Mantiene SaO_2 mayor de 92% con aire ambiente	2
	Necesita O_2 para mantener Sa O_2 mayor de 90%	1
	Sa O_2< 90% con O_2 suplemento	0

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

10. ESCALA DE RAMSAY: Para valorar grado de sedación.

PUNTOS	CRITERIO
1	Ansioso, Agitado, incontrolable.
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo.
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos.
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos.
5	Dormido, responde perezosamente a estímulos lumínicos o auditivos, responde a estímulos importantes (aspiración traqueal).
6	No responde a estímulos.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

4.- PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE APLICACIÓN ANESTÉSICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Registrar la aplicación de anestesia conforme a la normatividad vigente que permita llevar un control de la pérdida del estado de conciencia, asistencia ventilatoria y la función cardiovascular, hasta restablecer los parámetros hemodinámicos del paciente y evitar el riesgo de morbi-mortalidad derivado de la técnica anestésica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno permitirá que el médico anestesiólogo encargado del procedimiento registre y controle la aplicación de la anestesia apoyando a la recuperación del paciente.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de proporcionar anestesia a los pacientes neuroquirúrgicos y neurológicos que son programados para procedimiento quirúrgico o diagnóstico neurológico.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de establecer todos los registros necesarios que documenten el control de la aplicación de la técnica de anestesia e integrarlos al expediente clínico de cada paciente.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de realizar la identificación del paciente, corroborar la existencia y el contenido de la valoración preanestésica, disponibilidad de hemoderivados, tiempo de ayuno, consentimiento informado y accesos venosos.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Neuroanestesia de realizar las pruebas de seguridad del equipo anestésico y la preparación e identificación de fármacos anestésicos, dependiendo de la técnica a utilizar.

3.5 La Subdirección de Neurocirugía y el Departamento de Neuroanestesia serán responsables a través de los médicos adscritos y médicos residentes de anestesia, de cumplir con la NOM-168 y el presente procedimiento.

3.6 El Departamento Neuroanestesia será responsable a través de los médicos anestesiólogos adscritos al Departamento, de supervisar a los médicos residentes de neuroanestesia durante la aplicación y registro de anestesia.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

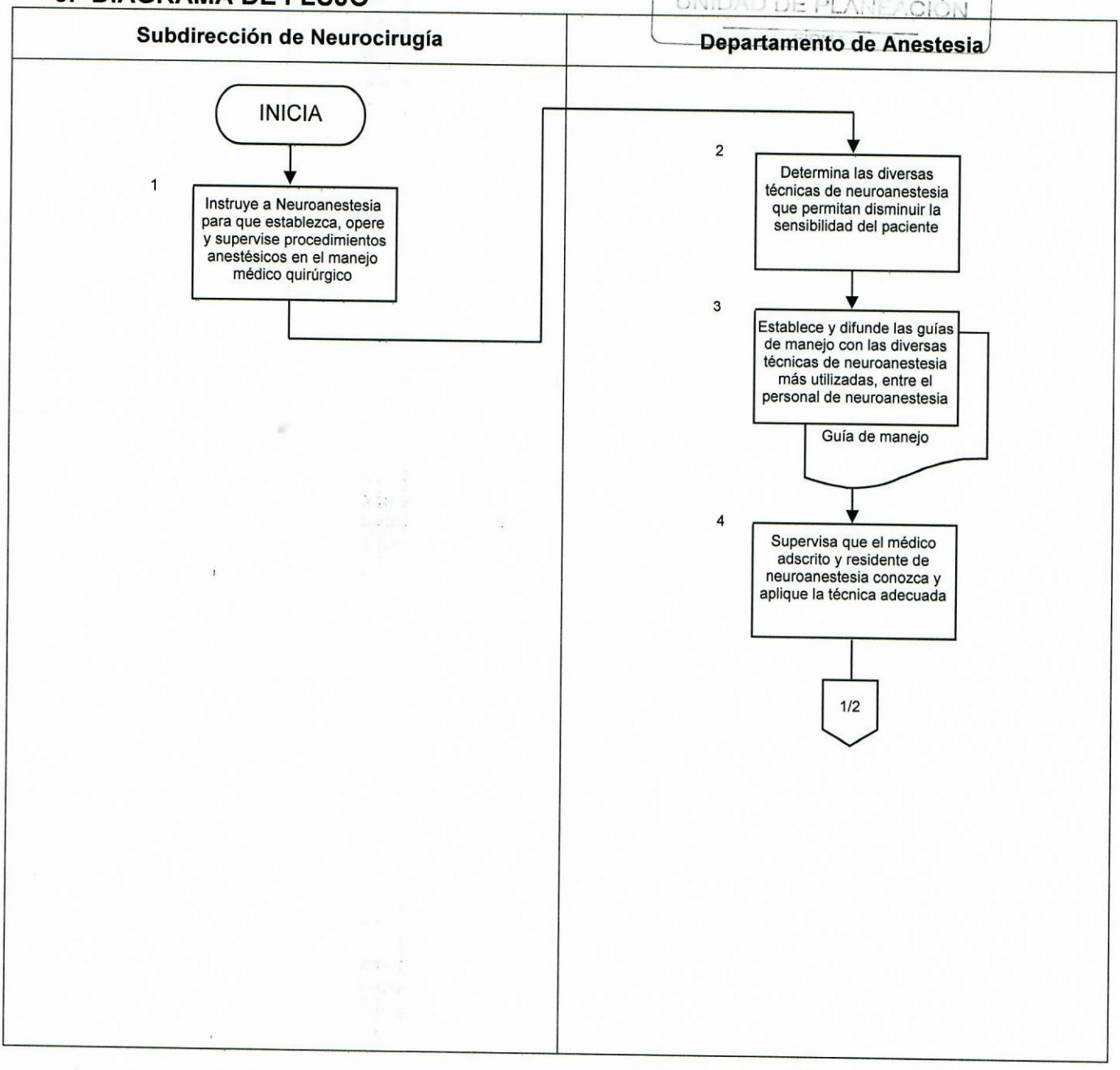
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía	1	Instruye al Departamento de Neuroanestesia para que establezca, opere y supervise los procedimientos anestésicos en el manejo médico quirúrgico.	
Departamento de Neuroanestesia	2	Determina las diversas técnicas de neuroanestesia que permitan disminuir la sensibilidad del paciente para realizar procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico en el área neurológica.	
	3	Establece y difunde las guías de manejo con las diversas técnicas de neuroanestesia más utilizadas para realizar procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico, entre el personal médico adscrito y residente de neuroanestesia.	• Guía de manejo.
	4	Supervisa que el médico adscrito y residente de neuroanestesia conozca y aplique la técnica adecuada determinada para cada procedimiento quirúrgico o de diagnóstico.	
	5	Realiza las pruebas de seguridad del equipo anestésico, preparación e identificación de fármacos anestésicos, dependiendo de la técnica a utilizar.	
	6	Confirma al inicio del procedimiento quirúrgico o de diagnóstico la identificación del paciente y la técnica anestésica a aplicar.	• Expediente clínico.
	7	Instala el monitoreo de tipo invasivo apropiado para cada paciente dependiendo del tipo de cirugía. Registra sus variables hemodinámicas iniciales y/o básales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura).	• Hoja de registro anestésico.
	8	Participa en la posición adecuada para cada paciente dependiendo del tipo de abordaje: sedente, ventral, decúbito lateral o decúbito dorsal. Cuidando en todo momento las salientes óseas y confort del paciente. Registra la posición final del paciente.	• Hoja de registro anestésico.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	9	Realiza la inducción anestésica, proporciona mascarilla y/o intubación según procedimiento. Registra tipos, cantidad y vía de administración de todos los fármacos; hora de administración, tipo de mascarilla o tubo endotraqueal utilizado y técnica, detallando si hubo algún evento en este paso.	• Hoja de registro anestésico.
	10	Registra cada 5 minutos las variables hemodinámicas durante la etapa de mantenimiento anestésico en la hoja de anestesia.	• Hoja de registro anestésico.
	11	Controla y vigila todos los parámetros hemodinámicos y metabólicos. Sigue estrechamente el desempeño del neurocirujano, anticipando posibles complicaciones para actuar tempranamente ante cualquier evento anestésico. Registra cada 5 minutos TA, FR, sat O2 y capnografia. De forma horaria: gasometría, diuresis y PVC; en caso de emergencia, de forma continua.	• Hoja de registro anestésico.
	12	Mantiene bajo anestesia al paciente y realiza la emersión correspondiente de acuerdo al tipo de cirugía, estado hemodinámico y realiza valoración de extubación. Registra tiempo y características del momento de la extubación.	• Hoja de registro anestésico.
	13	Valora al paciente con las escalas de Aldrete y Glasgow al final del proceso anestésico.	• Escala de Aldrete y Glasgow.
	14	Participa en la conducción e instalación del paciente en la terapia intermedia para su vigilancia.	
	15	Termina de registrar la hoja anestesia, elabora nota médica post-anestésica en el expediente clínico del paciente e indicaciones médicas pertinentes y medicación que aplique. TERMINA	• Hoja de registro anestésico. • Nota médica de post-anestesia. • Indicaciones.

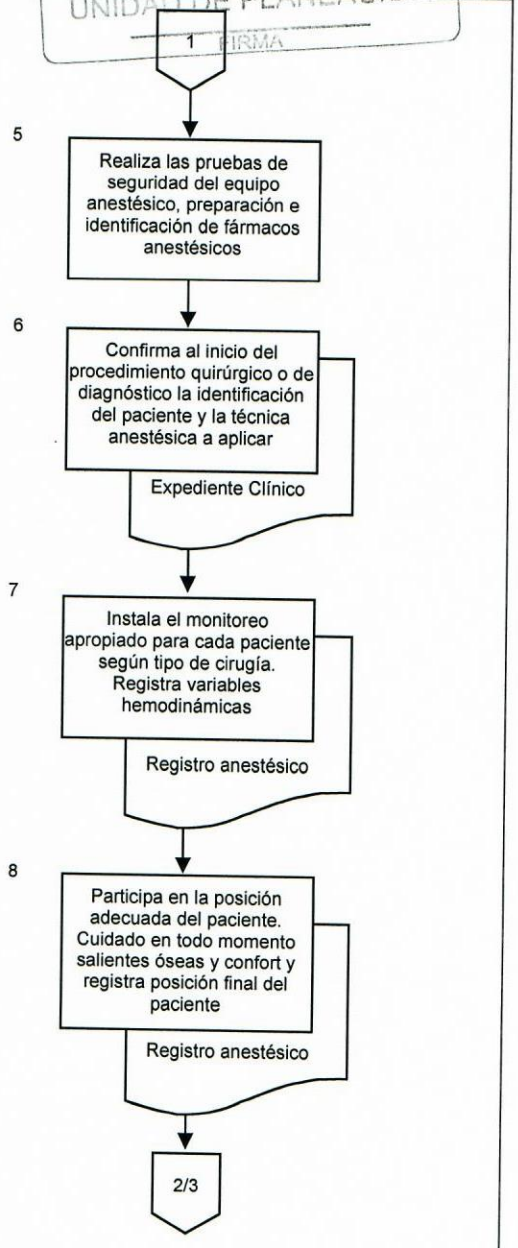
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN

5. DIAGRAMA DE FLUJO



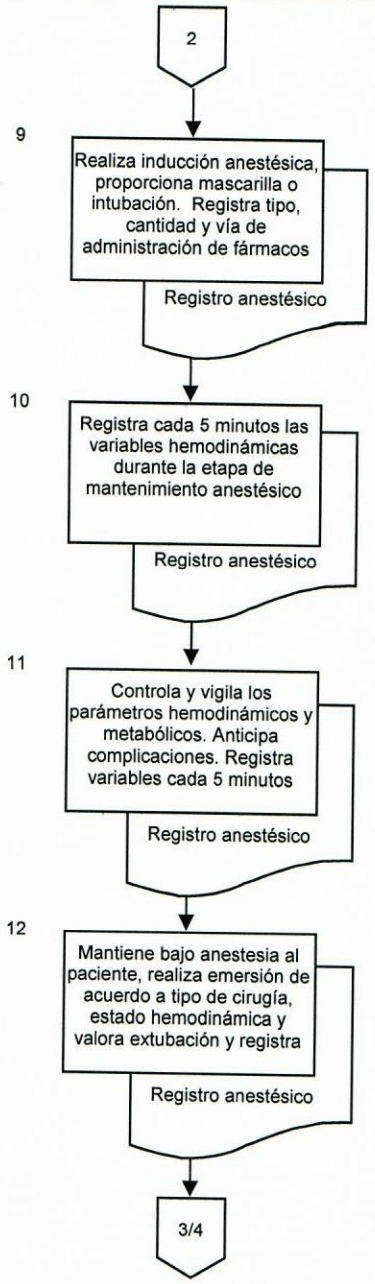
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
09 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN

Subdirección de Neurocirugía	Departamento de Anestesia (Médico adscrito y residente)



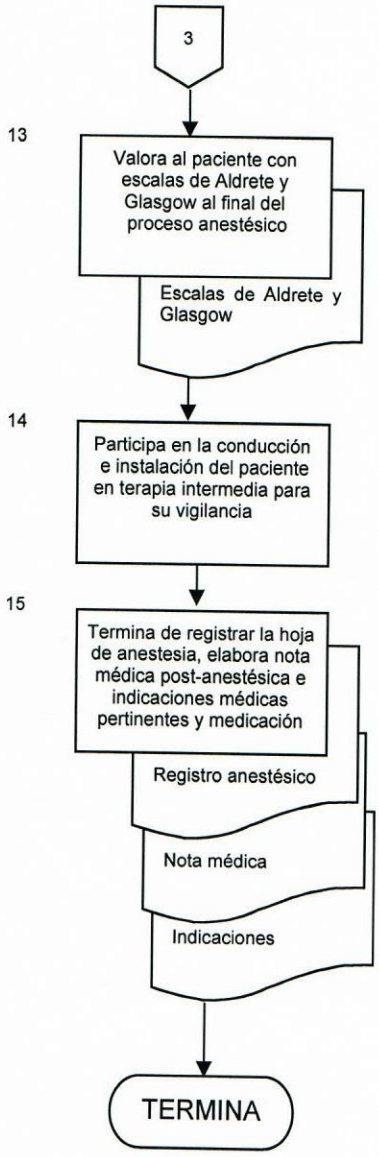
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

Subdirección de Neurocirugía	Departamento de Anestesia (Médico adscrito y residente)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN

Subdirección de Neurocirugía	Departamento de Anestesia (Médico adscrito y residente)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Nota de preanestésica	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
7.2 Formato de valoración del servicio	Indefinida	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Postanestesia: Valoración para determinar el estado de salud del paciente y su reacción posterior a la anestesia.

8.2 Escala de Aldrete: Valora el estado clínico al final del procedimiento anestésico.

8.3 Escala de Glasgow: Valora el estado de alerta, movimiento y respuesta verbal.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

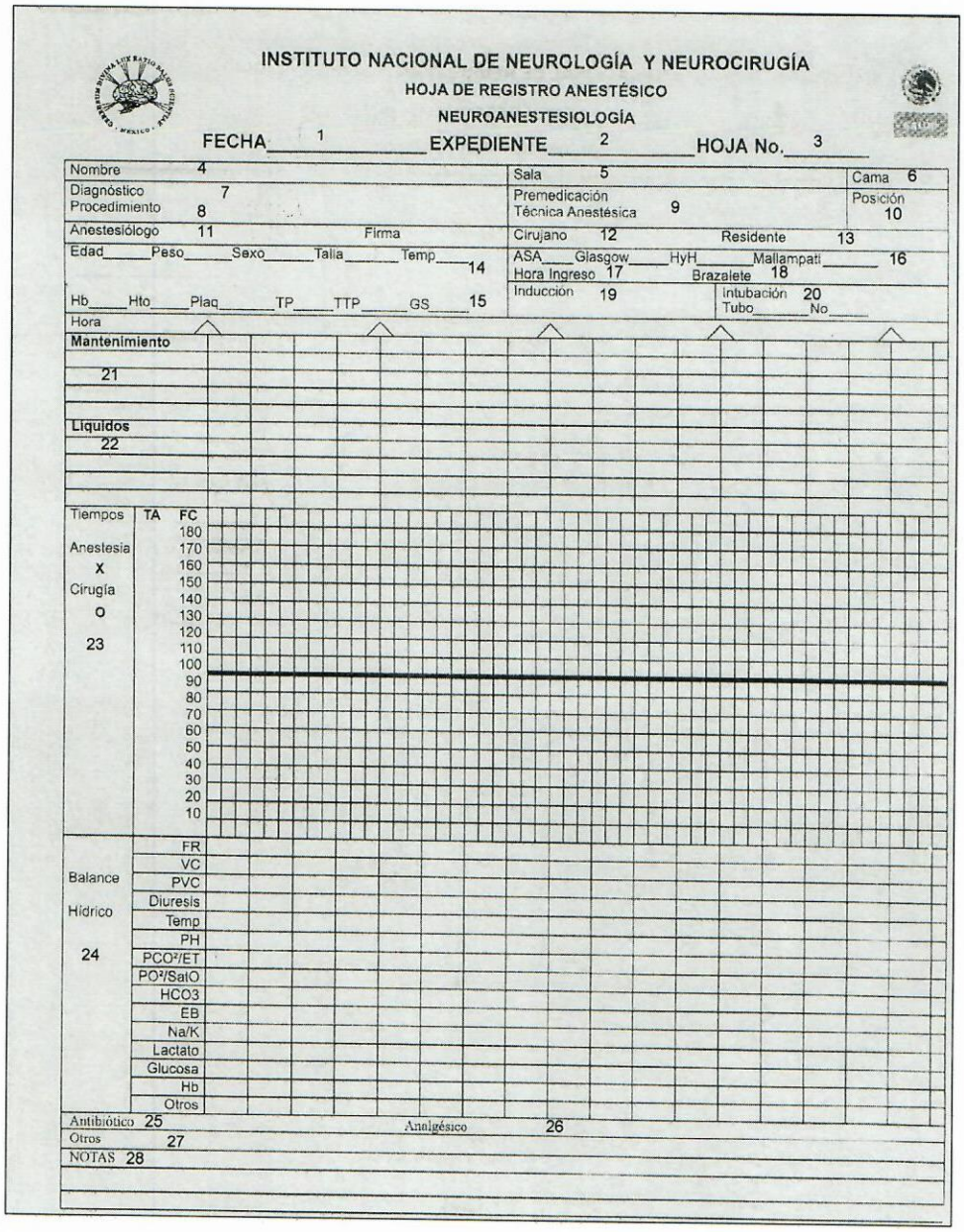
Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Hoja de registro anestésico
10.2 Nota médica post-anestesia (Hoja de evolución)
10.3 Escala de Aldrete y Glasgow

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO

NEUROANESTESIOLOGÍA

FECHA 1 EXPEDIENTE 2 HOJA No. 3

Nombre 4 | Sala 5 | Cama 6

Diagnóstico 7 | Premedicación | Posición 10

Procedimiento 8 | Técnica Anestésica 9

Anestesiólogo 11 Firma | Cirujano 12 | Residente 13

Edad Peso Sexo Talla Temp 14 | ASA Glasgow HyH Mallampati 16

Hora Ingreso 17 | Brazalete 18

Hb Hto Plaq TP TTP GS 15 | Inducción 19 | Intubación 20 Tubo No

Hora

Mantenimiento

21

Líquidos

22

Tiempos

Anestesia

X

Cirugía

O

23

TA FC

180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

Balance Hídrico

24

FR
VC
PVC
Diuresis
Temp
PH
PCO²/ET
PO²/SatO
HCO3
EB
Na/K
Lactato
Glucosa
Hb
Otros

Antibiótico 25 Analgésico 26

Otros 27

NOTAS 28

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO

1 Indicará día, mes y año en que se requisita la hoja de registro anestésico.
2 Indicará número de registro del expediente clínico del paciente.
3 Indicará número progresivo de la hoja de registro anestésico.
4 Apellidos paterno y materno, así como el nombre (s) del paciente.
5 Indicará número de sala quirúrgica en la que se efectuará el procedimiento anestésico y quirúrgico.
6 Indicará número de cama hospitalaria asignada al paciente.
7 Indicará diagnóstico del paciente.
8 Indicará la operación propuesta.
9 Premedicación Técnica Anestésica previa a la anestesia.
10 Registra posición final del paciente.
11 Indicará nombre completo y firma del médico anestesiólogo tratante.
12 Indicará nombre completo del neurocirujano.
13 Indicará nombre completo del médico residente.
14 Edad, peso, talla, sexo y temperatura del paciente, así como el resultado de sus estudios practicados.
15 Laboratorios preoperatorios indispensables Hb, Hto, Plaq, TP, TTP, GS. ASA, Glasgow, HyH, Mallampati
16 Revisar Anexo 10.3.
17 Hora y minutos en que el paciente ingresa al servicio de neuroanestesia.
18 Verificar el brazalete de identificación del paciente, si es el que le corresponde y contiene los datos correctamente.
19 Indicará inducción de fármacos, dosis y vía.
20 Los datos sobre la intubación practicada al paciente.
21 Mantenimiento anestésico, fármacos y gases administrados durante la anestesia.
22 Soluciones intravenosas administradas durante todo el procedimiento.
23 X Inicio y fin de procedimiento anestésico.
O Inicio y fin de procedimiento quirúrgico.
24 Balance hídrico ingresos y egresos de las soluciones y pérdidas hemáticas y urinarias
25 Antibiótico utilizado (dosis, vía y hora).
26 Analgésico utilizado (dosis, vía y hora).
27 Especificar eventos de importancia anestésicos y/o quirúrgicos.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 HOJA DE EVOLUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

HOJA Nº (1)

NOTAS DE EVOLUCIÓN
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE: (2)			**Nº DE REGISTRO**: (3)
EDAD: (4)	(5) SEXO: M ☐ F☐	CAMA: (6)	PROCEDENCIA: (7)

(8)
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 NOTA DE EVOLUCIÓN

1 Indicar número de hoja que corresponde.

2 Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)

3 Indicar número de registro que tiene el paciente.

4 Indicar edad que tiene el paciente.

5 Indicar sexo del paciente

6 Indicar el número de cama del paciente

7 Indicar de donde proviene el paciente.

8 Indicar apellido paterno, materno, nombre completo y firma del médico que realiza la Nota de Evolución.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.3 ESCALA DE ALDRETE Y GLASGOW

ESCALA DE ALDRETE: Para valorar el estado clínico al final del procedimiento anestésico. Con 8 puntos (9 puntos para otros autores) se puede dar el alta al paciente. Lo ideal son 10 puntos.

• Es utilizada para fijar los criterios de salida de la sala de recuperación posanestésica a los pisos de hospitalización.

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20-49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial mayor 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO_2)	Mantiene SaO_2 mayor de 92% con aire ambiente	2
	Necesita O_2 para mantener Sa O_2 mayor de 90%	1
	Sa O_2< 90% con O_2 suplemento	0

ESCALA COMA DE GLASGOW (ECG): Valora el estado de alerta, movimiento y respuesta verbal.

APERTURA DE OJOS:	[1,4]
Espontánea	4
En respuesta a la voz	3
En respuesta al dolor	2
Ninguna	1
RESPUESTA VERBAL:	[1,5]
Orientado	5
Confuso	4
Palabras incoordinadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
RESPUESTA MOTORA:	[1,6]
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión al dolor	3
Extensión al dolor	2
Ninguna	1
TOTAL	[3,15]

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA EN NEUROCIRUGÍA PARA MÉDICOS RESIDENTES

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Implementar el programa de enseñanza de la especialidad de neurocirugía del Instituto a través de la instrumentación de actividades docentes en conjunto con la División de Estudios Superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno es aplicable a todos los médicos residentes que realizan la especialidad de neurocirugía en el Instituto.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de cumplir con los lineamientos emitidos por la Dirección de Enseñanza del Instituto, relacionados a la impartición de actividades docentes.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de evaluar a cada uno de los médicos seleccionados por la Dirección de Enseñanza del Instituto, para emitir su opinión de aceptación o rechazo a residencia médica en neurocirugía en el Instituto.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje de cada uno de los médicos residentes e informar a la Dirección de Enseñanza del Instituto el resultado obtenido por cada médico.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de cumplir el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Dirección de Enseñanza del Instituto y de la División de Estudios Superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de vigilar y supervisar al médico residente de neurocirugía para que cumpla con sus actividades académicas, asistenciales, de docencia, trabajos de investigación, etc., realizado evaluaciones periódicas que permitan continuar con el proceso de especialización o, en su caso, la suspensión de la beca.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

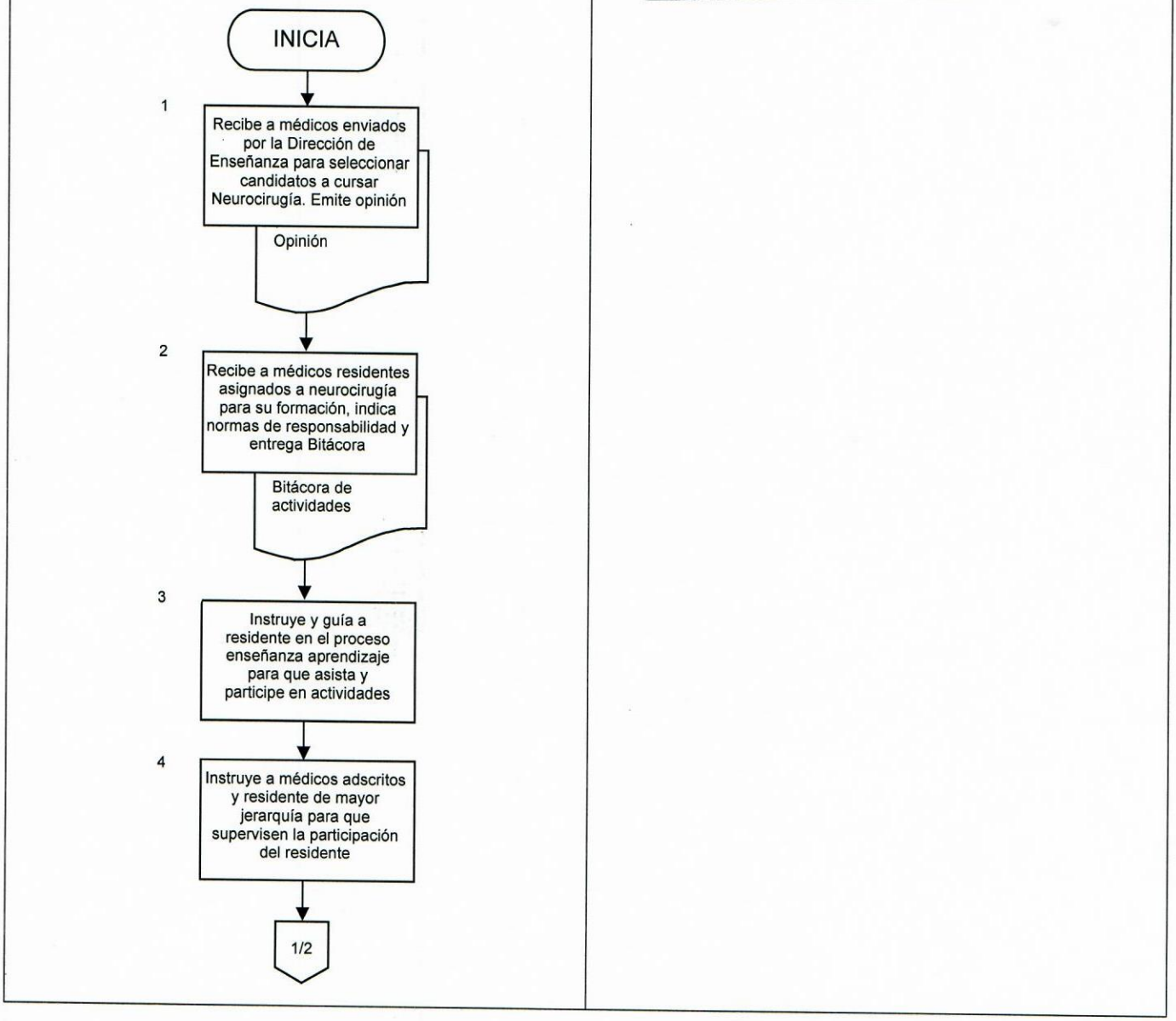
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía	1	Recibe a médicos enviados por la Dirección de Enseñanza para seleccionar a los mejores candidatos para cursar la residencia en neurocirugía. Realiza revisión curricular y examen físico de cada médico para emitir una opinión.	
	2	Recibe a médicos residentes asignados a neurocirugía por la Dirección de Enseñanza para su formación, les indica las normas y responsabilidades propias de la Subdirección y les entrega la bitácora de actividades académicas y asistenciales.	• Bitácora de actividades académicas y asistenciales
	3	Instruye y guía al médico residente en el proceso enseñanza-aprendizaje para que asista y participe en actividades académicas programadas (sesiones anatomoclínicas, biográficas, revisión de expedientes clínicos de pacientes, entrenamientos, desarrollo de habilidades quirúrgicas, etc.).	
	4	Instruye a los médicos adscritos y al médico residente de mayor jerarquía para que supervisen la participación del médico residente en visitas médicas a pacientes hospitalizados.	
	5	Vigila que el médico residente realice las actividades cognitivas, de destrezas y afectivas de la especialidad, en apego al programa de enseñanza.	
	6	Realiza evaluación periódica de adquisición de conocimientos, destrezas y de comportamiento necesarios para la actividad del médico residente. Revisa que la bitácora esté bien requisitada.	• Bitácora requisitada.
	7	Elabora y envía la evaluación trimestral alcanzada por cada médico residente en forma trimestral a la Dirección de Enseñanza del Instituto.	• Evaluación trimestral.
Dirección de Enseñanza	8	Recibe, revisa y registra la evaluación de los médicos residentes de neurocirugía.	• Evaluación trimestral.

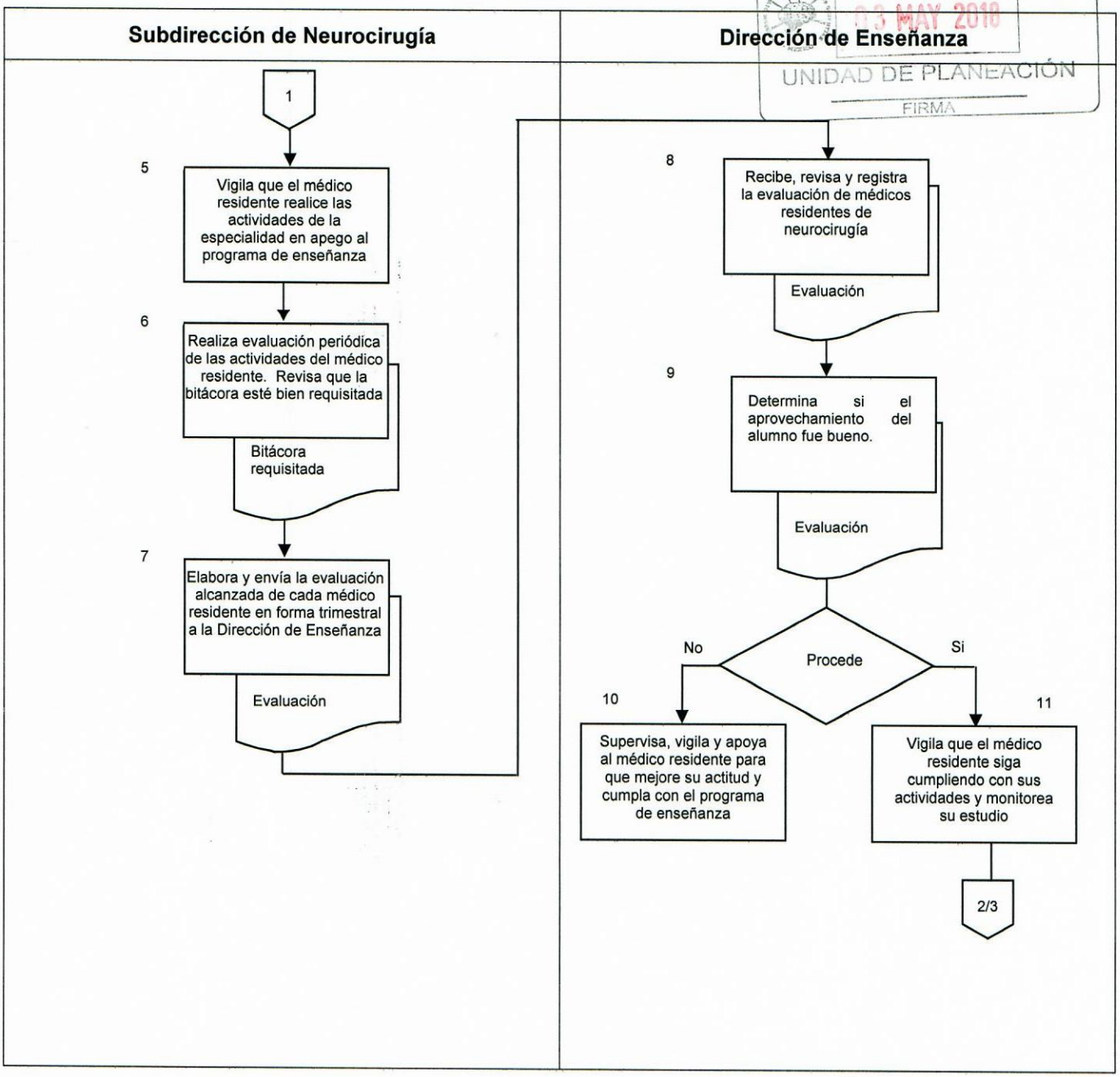
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	9	Determina si el aprovechamiento del alumno fue bueno. Procede:	
	10	No: Supervisa, vigila y apoya al médico residente para que mejore su actitud, actividades cognitivas, destrezas y afectivas para que cumpla con el programa.	
	11	Si: Vigila que el médico residente siga cumpliendo con sus actividades y monitorea su estudio.	
Subdirección de Neurocirugía	12	Recibe y registra anualmente copia de los resultados de los exámenes departamentales realizados a médicos residentes de neurocirugía por parte de la División de Estudios Superiores de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México	• Evaluación de cada médico residente.
	13	Vigila que, al finalizar el curso de residencia en neurocirugía, el médico residente presente su tesis de grado y apruebe los exámenes departamentales de la División de Estudios Superiores de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México y el examen del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica. TERMINA	

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

5. DIAGRAMA DE FLUJO

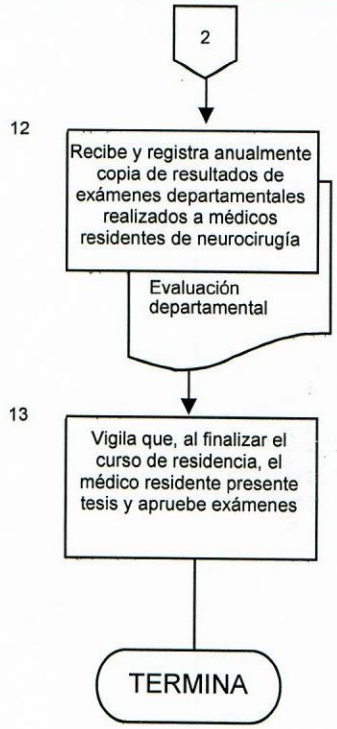


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Subdirección de Neurocirugía | **Dirección de Enseñanza**



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Evaluación	5 años	Subdirección de Neurocirugía	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Proceso enseñanza aprendizaje: Proceso mediante el cual el médico residente adquiere los conocimientos, destrezas y capacidades para ser capaz de diagnosticar, tratar y resolver los problemas médicos de la especialidad que esté cursando, cumpliendo con los lineamientos que se expresan en el Programa Único de Especialidades Médicas elaborado por la UNAM.

8.2 Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de obtención de conocimientos, habilidades, destrezas, que debe adquirir el médico residente, de acuerdo a los objetivos previstos en el programa de enseñanza.

8.3 Médico residente: Licenciado en medicina y/o médico especialista con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa al Instituto para cursar un programa con reconocimiento universitario de posgrado.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.0 **Bitácora de actividades académicas y asistenciales (Documento anexo al Manual)**
10.1 **Evaluación**

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 BITÁCORA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y ASISTENCIALES

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

BITÁCORA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y ASISTENCIALES DE NEUROCIRUGÍA

INSURGENTES SUR No. 3877
C.P. 14269 CIUDAD DE MEXICO
Tel.: 56 06 38 22

HOJA DE PRESENTACION

NOMBRE:

PROCEDENCIA:

AÑO DE RESIDENCIA:

(Documento anexo al Manual)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 HOJA DE PRESENTACIÓN

1 Nombre completo del medico residente

2 Nombre del País, Estado y Ciudad de donde proviene

3 Especificar los años de residencia actual (R1, R2, R3)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 EVALUACIÓN

Evaluación Teórico-Práctica de los médicos residentes de Neurocirugía		
	Calificación del 1 al 5	**Suma de la fila**
Presentación del residente (puntualidad, aseo, respeto).	Cal	
Destrezas cínicas (interrogatorio, análisis del caso). Integración neurológica. Conocimientos de patología neuroquirúrgica-neurológica	Cal Cal Cal	
Conocimientos paraclínicos TAC IRM Otros (neurfisiología, laboratorio)	 Cal Cal Cal	
Conocimientos Quirúrgicos Disposición de la sala de operaciones Posicionamiento del enfermo Posicionamiento del equipo quirúrgico Asepsia y antisepsia Marcado y realización del abordaje Uso del instrumental quirúrgico Conocimiento de la anatomía quirúrgica	 Cal Cal Cal Cal Cal Cal Cal	
Seguimiento del paciente Valoración del estado postoperatorio Conocimiento de las complicaciones posibles Resolución de complicaciones Seguimiento del paciente post operado	 Cal Cal Cal Cal	
Trato a los familiares Consentimiento quirúrgico	Cal Cal	
Comentarios adicionales:		**Suma total (máximo 100 puntos)**
Se deberá evaluar cada destreza asignándole 5 puntos a cada una basados en el nivel de cada residente (r1 a r4), en la columna de la derecha se pondrán los subtotales de cada fila para realizar la suma total que da un máximo de 100 puntos.		

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FÍSICA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 FORMATO DE EVALUACIÓN

1 Indicará el nombre de la materia, actividad, concepto y práctica evaluada.

2 Anotar los puntos obtenidos en cada materia, actividad, concepto y práctica evaluada.

3 Sumar los puntos anotados en la columna de calificación.

4 Escribir alguna aclaración nota, observación o felicitación relacionada con los conceptos evaluados.

5 Sumar todos los puntos obtenidos en cada concepto evaluado (La puntuación máxima es de 100 puntos).

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN NEUROCIRUGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Elaborar proyectos de investigación en el ámbito de la neurocirugía de conformidad con los requerimientos técnicos y científicos, así como con estricto apego a la ética, que permitan obtener nuevos conocimientos neuroquirúrgicos en bienestar de los pacientes y del propio Instituto.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplicable a todas las Unidades Administrativas adscritas a la Subdirección de Neurocirugía del Instituto.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de seleccionar a los pacientes participantes en los proyectos de investigación.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de vigilar que los médicos adscritos (neurocirujanos y/o anestesiólogos) a la Subdirección, registren los proyectos de investigación en la Dirección de Investigación del Instituto.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de vigilar que los médicos adscritos (neurocirujanos y/o anestesiólogos) a la Subdirección, informen trimestralmente los avances obtenidos a la Dirección de Investigación del Instituto.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable de vigilar que los médicos adscritos (neurocirujanos y/o anestesiólogos) a la Subdirección que realizan investigación, se apeguen estrictamente a las normas de investigación vigente, así como a la Ley de Derechos de Autor.

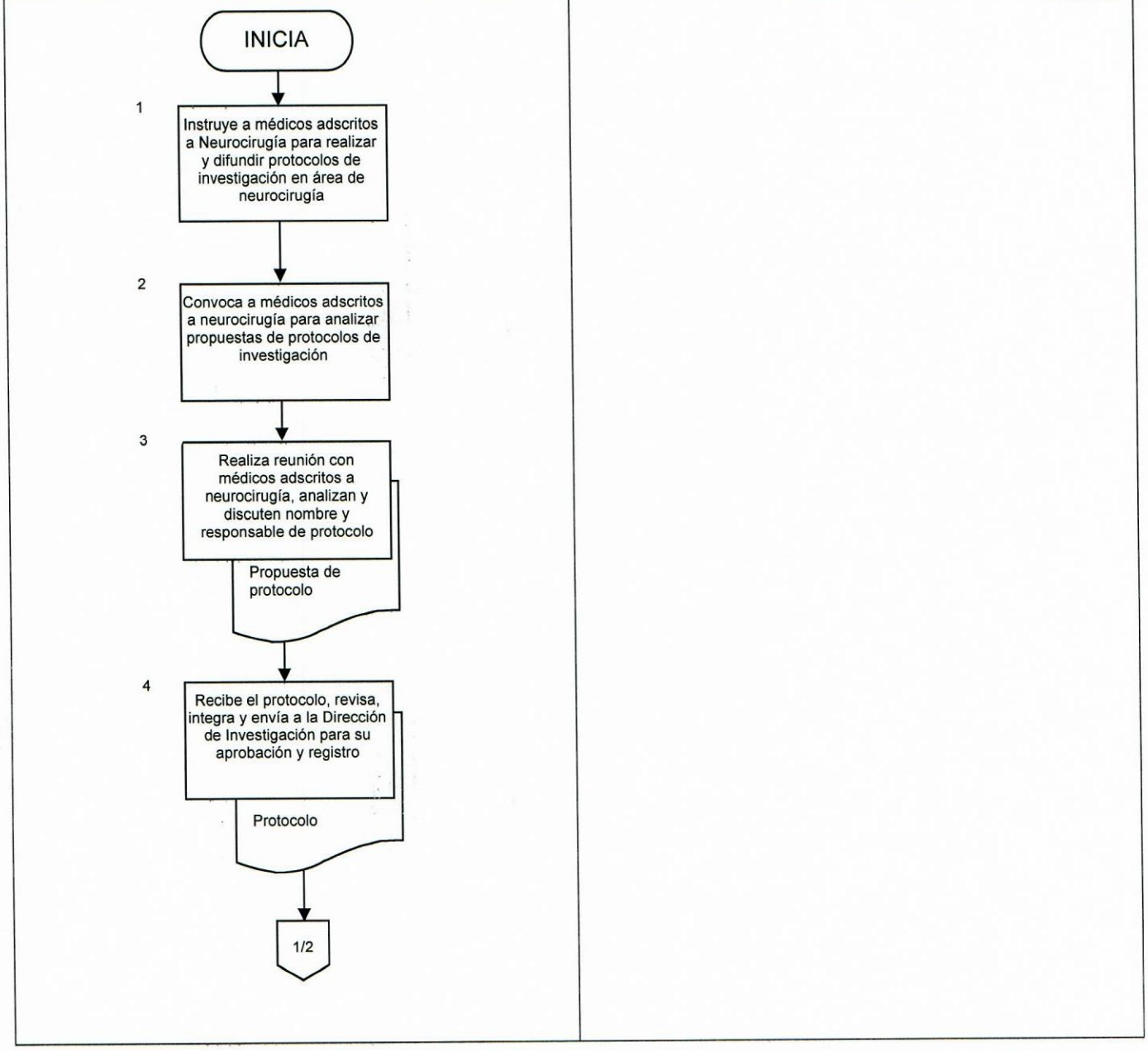
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

4.DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

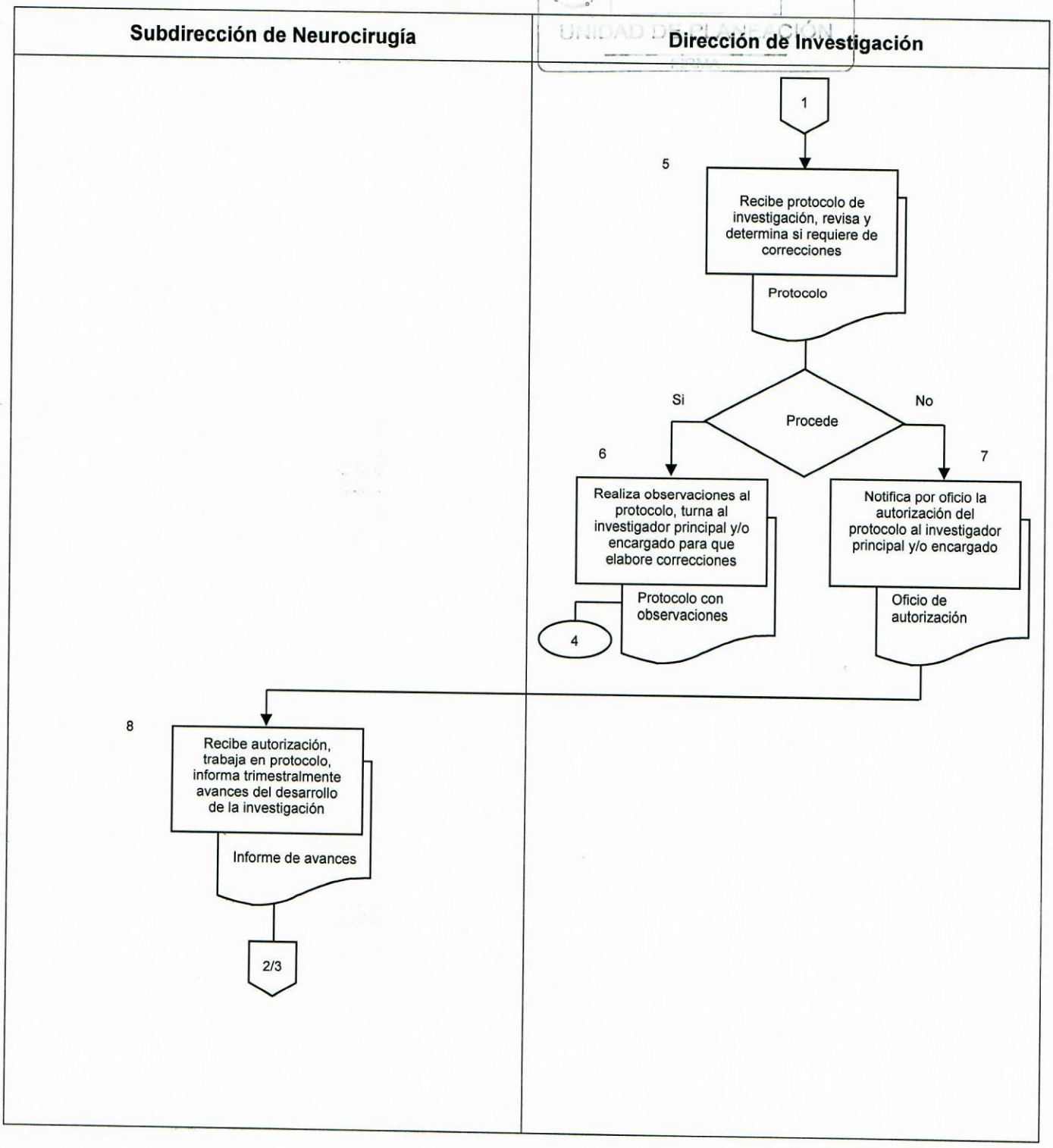
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía	1	Instruye a los médicos adscritos a la Subdirección para realizar y difundir protocolos de investigación sobre la casuística, tratamiento y rehabilitación en el área de neurocirugía.	
	2	Convoca a los médicos adscritos a la Subdirección a una reunión para analizar propuestas para diferentes protocolos de investigación.	
	3	Realiza reunión con médicos adscritos, analizan y discuten el nombre del protocolo y el médico responsable de su desarrollo.	• Propuesta de protocolo.
	4	Recibe el protocolo, revisa, integra y envía a la Dirección de Investigación para su aprobación y registro.	• Protocolo.
Dirección de Investigación	5	Recibe protocolo de investigación, revisa y determina si requiere de correcciones. Procede	• Protocolo.
	6	No: Notifica por oficio la autorización al investigador principal y/o encargado del protocolo de investigación.	• Oficio de autorización.
	7	Si: Realiza las observaciones al protocolo de investigación, turna al investigador principal y/o encargado para que elabore correcciones. Regresa a la actividad 1.4	• Protocolo con observaciones.
Subdirección de Neurocirugía	8	Informa trimestralmente los avances obtenidos en el desarrollo de la investigación a la Dirección de Investigación.	• Informe de avances.
Dirección de Investigación	9	Recibe informe trimestral de avance, lo revisa y determina si existen dudas en el avance del informe. Procede.	• Oficio de aclaración.
	10	Si: Solicita por oficio al médico responsable aclare dudas del informe. Regresa a la actividad 8.	
	11	No: Recibe trimestralmente el informe hasta la conclusión de la investigación. Informa sobre las difusiones de los resultados y su probable publicación alcanzadas en reuniones académicas y congresos. TERMINA.	• Informe de avances.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2016
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

5. DIAGRAMA DE FLUJO

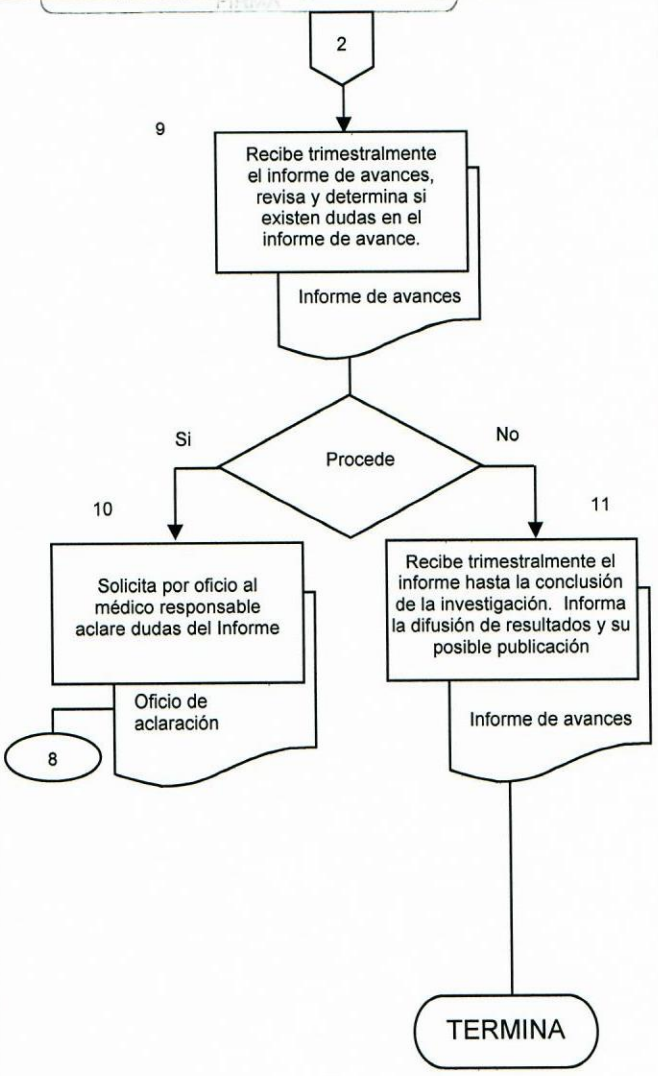


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
DR. VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

Subdirección de Neurocirugía	Dirección de Investigación



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe de avances	5 años	Dirección de Investigación	No aplica
7.2 Informe cuantitativo y cualitativo de actividades de la Dirección de Investigación	5 años	Dirección de Investigación	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Protocolo de investigación: Versión escrita del proyecto de investigación que contiene la organización sistematizada del trabajo que el investigador propone realizar, sobre un aspecto específico de su(s) línea(s) de investigación, precisando objetivos y metas por alcanzar en un periodo de tiempo determinado.

8.2 Informe trimestral de avance: Descripción escrita de las características, hallazgos y circunstancias del desarrollo de la investigación.

8.3 Publicaciones: Difusión o comunicación de los hallazgos del proceso de investigación en revistas científicas. Incluye productos publicados como artículos científicos, artículos de divulgación, libros y capítulos de libro.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Protocolo de investigación básica
10.2 Identificación del ámbito de estudio de los Protocolos de investigación clínica
10.3 Protocolo de investigación clínica.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN (10)

Insurgentes Sur 3877
Col. La Fama, C.P. 14269
Mexico, D.F., Tel. 56-06-14-07
www.innn.salud.gob.mx

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

No. (1)

DEPARTAMENTO QUE PROPONE: (2)

TITULO DEL PROTOCOLO: (3)

INVESTIGADOR PRINCIPAL	SERVICIO	CARGO (extensión telefónica y correo electrónico)	FIRMA
(4)	(5)	(6)	(7)

COAUTORES: (8)

TUTOR: (9)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA:

1) ANTECEDENTES (11)

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (12)

3) HIPÓTESIS (13)

4) OBJETIVOS (14)

5) JUSTIFICACIÓN (15)

6) METODOLOGÍA (16)

   a) Diseño
   b) Población y muestra
   c) Criterios de selección del estudio
   d) Variables
   e) Análisis Estadístico

7) CONSIDERACIONES ÉTICAS (17)

8) CONSIDERACIONES FINANCIERAS (18)

   a) Aporte Financiero
   b) Recursos con los que se cuenta
   c) Recursos a solicitar
   d) Análisis del costo por paciente

9) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (19)

10) RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER Y SU POSIBLE IMPACTO EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL AVANCE DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO). (20)

11) SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD DE SALUD CON EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO. (21)

12) MENCIONE QUE APORTARÁ EL DESARROLLO DEL TRABAJO A LA COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO. (22)

13) REFERENCIAS (23)

14) APÉDICE 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (24)

15) APÉNDICE 2: OTROS CRITERIOS DE ACUERDO AL TIPO DE ESTUDIO (25)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

Insurgentes Sur 3877
Col. La Fama, C. P. 14269
México, D.F., Tel. 56-06-14-07
http://www.innn.salud.gob.mx

México, D. F., a

DR. DANIEL SAN JUAN ORTA
JEFE DEL DEPTO. DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA,
P R E S E N T E.

A fin de cumplir con lo que exige la Ley General de Salud de México, y el Reglamento para Investigación Clínica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, envío a usted:

1. El protocolo titulado " ", elaborado de acuerdo al formato oficial, firmado por todos lo autores. Original y dos copias.

2. El formato de identificación del ámbito de estudio del protocolo.

Para su evaluación de acuerdo con los Principios Básicos Científicos aceptados en las Declaraciones sobre Investigación Biomédica en seres humanos, de Helsinki II en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Sudáfrica 1996, Edimburgo 2000, que señalan textualmente "el protocolo se remitirá a un comité independiente del investigador y de la entidad patrocinadora, para consideración, comentarios y asesoramiento", en lo cual se basará la aprobación, en cuyo caso debe informar trimestralmente del avance del estudio.

A T E N T A M E N T E

_____

Nombre y firma del Investigador Principal

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
23 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

1. Número asignado al protocolo de investigación clínica
2. Nombre de la dirección, subdirección, departamento o unidad que propone el protocolo de investigación clínica.
3. Titulo completo del protocolo de investigación clínica.
4. Apellido paterno, materno y nombre (s) del investigador principal.
5. Nombre del área a la que está adscrito el investigador principal.
6. Indicará el cargo que ocupa el investigador, número de extensión telefónica y dirección de correo electrónico.
7. Firma del investigador principal.
8. Indicará nombre completo de los coautores que participan en la investigación.
9. Indicará nombre completo del tutor designado para la investigación.
10. Resumen de la investigación propuesta una síntesis descriptiva de los pasos que seguirá en la investigación.
11. Indicará todos los datos numéricos y descriptivos históricos.
12. Breve descripción del problema que plantea la investigación.
13. Enunciados donde se mencionan las variables a utilizar.
14. Enunciados que describan el objetivo al que se dirige la investigación.
15. Descripción que indique los principales motivos que originan el desarrollo de la investigación.
16. Método científico que se seguirá durante la investigación.
17. Indicará los datos morales que implica en la resolución de la investigación.
18. Indicará la cantidad económica que se debe considerar para el desarrollo de la investigación.
19. Cronograma de actividades y tiempos estimados, para el desarrollo de la investigación.
20. Descripción textual de los datos que se estima obtener y su posible impacto en la investigación biomédica.
21. Especificar qué necesidad de salud, será satisfecha con el desarrollo del trabajo de investigación.
22. Mencionar todas las aportaciones que aportará el desarrollo del trabajo a la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento a las afecciones del sistema nervioso la investigación.
23. Bibliografía consultada.
24. Apéndice 1: Anexar la "carta de consentimiento informado", debidamente firmada y requisitada.
25. Apéndice 2: Documentos que se consideren relevantes para poder realizar la investigación.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

10.2 IDENTIFICACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Título del proyecto: (1)

1) Mencione cual es la vinculación de su proyecto de investigación con las líneas de avance médico actual y futuro:
(2)

2) Mencione el vínculo de su proyecto con las líneas de interés nacional: (3)

3) Diga como se vincula su investigación con las líneas de interés para la Secretaría de Salud:
(4)

4) Diga cómo se vincula su proyecto con las líneas de interés para el Instituto: (5)

5) Mencione cuales son las líneas de investigación de interés para usted mismo: (6)

Fecha: (7) Firma del investigador: (8)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 IDENTIFICACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

1. Titulo completo del proyecto de investigación.
2. Mencionar cuál es la vinculación de su proyecto de investigación con las líneas de avance médico actual y futuro.
3. Mencionar el vínculo del proyecto con las líneas de interés nacional.
4. Mencionar cómo se vincula la investigación con las líneas de interés para la Secretaría de Salud.
5. Mencionar cómo se vincula el proyecto con las líneas de interés para el Instituto.
6. Mencionar cuáles son las líneas de investigación de interés para el investigador.
7. Día, mes y año en que se llena el formato de identificación.
8. Firma del investigador.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.3 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Insurgentes Sur 3877
Col. La Fama, C.P. 14269
Mexico, D.F., Tel. 55-28-80-36
www.innn.salud.gob.mx

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA

No.: (1)

DEPARTAMENTO QUE PROPONE: (2)

TÍTULO DEL PROTOCOLO: (3)

INVESTIGADOR PRINCIPAL	SERVICIO	CARGO (extensión telefónica y correo electrónico)	FIRMA
(4)	(5)	(6)	(7)
COAUTORES: (8)			

TUTOR: (9)

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA: (10)

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1) ANTECEDENTES (11)

2) INTRODUCCIÓN (12)

3) HIPÓTESIS (13)

4) PLANEACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Indique la duración aproximada del estudio _____ (14)
Señale la fecha en que piensa iniciarse el proyecto_____

5) OBJETIVOS Y METAS (15)

6) PARTICIPACIÓN DE OTRA INSTITUCIÓN

a) Nombre de la (s) Institución (es) y porcentaje de coparticipación a al trabajo total del proyecto (16)

b) Indique los métodos y trabajos que será llevado a cabo por la (s) Institución (es) coparticipantes. (17)

7) METODOLOGÍA (18)

8) RESULTADOS PRELIMINARES (19)

9) RESULTADOS QUE SE ESPERA OBTENER Y SU POSIBLE IMPACTO EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL AVANCE DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO). (20)

10) SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD DE SALUD CON EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO. (21)

11) MENCIONE QUE APORTARÁ EL DESARROLLO DEL TRABAJO A LA COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO. (22)

12) CONSIDERACIONES ÉTICAS (23)

13) RECURSOS CON QUE CUENTA: (24)
Humanos:
Físicos: (Área, Equipo)
Financieros: (Materiales, Substancias)

14) SI EL PROYECTO RECIBE APORTE FINANCIERO DE OTRA INSTITUCIÓN DESCRIBA:
a) Origen
b) Monto total (25)
c) Duración del aporte
d) Fecha de inicio
e) Porcentaje en relación al costo total del proyecto.

15) RECURSOS A SOLICITAR (26)
Humanos:
Físicos: (Área, Equipo enlistado)
Financieros: (Substancias, Materiales, Material para publicación, Lista genética).

16) ETAPAS EN QUE PROGRAMA SU INVESTIGACION (NUMERO DE ETAPAS QUE USTED CONSIDERE INTERVIENEN EN SU PROYECTO): (27)

MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1a. _____ ____%

2a. _____ ____%

3a. _____ ____%

4a. _____ ____%

5a. _____ ____%

6a. _____ ____%

100 %

FECHA DE INICIO PROGRAMADA: (28) _____ MES _____ AÑO

FECHA DE INICIO REAL: (29) _____ MES _____ AÑO

FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA: (30) _____ MES _____ AÑO

FECHA DE TERMINACIÓN REAL: (31) _____ MES _____ AÑO

17) REFERENCIAS (32)

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.3 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN BÁSICA

1. Número asignado a la investigación.
2. Nombre de la dirección, subdirección, departamento o unidad.
3. Título del protocolo completo de la investigación.
4. Apellido paterno, materno y nombre (s) del investigador principal.
5. Nombre del área a la que está adscrito el investigador principal.
6. Cargo que ocupa el investigador, número de extensión telefónica y dirección de correo electrónico.
7. Firma del investigador principal.
8. Nombre completo de los coautores que participan en la investigación.
9. Nombre completo del tutor designado para la investigación.
10. Una síntesis descriptiva de los pasos que seguirá en la investigación.
11. Indicar todos los datos numéricos y descriptivos históricos.
12. Descripción que presenta los datos más relevantes de la investigación.
13. Enunciados donde se mencionan las variables a utilizar.
14. Indicar la duración aproximada del estudio y señalar la fecha en que piensa iniciarse el proyecto.
15. Indicar los objetivos y metas que se dirige la investigación.
16. Participación de otra institución
    A) nombre de la(s) institución (es) y porcentaje de coparticipación al trabajo total del proyecto
    B) indique los métodos y trabajos que será llevado a cabo por la(s) institución (es) coparticipantes.
17. Método científico que se seguirá durante la investigación.
18. Descripción textual, con tablas y gráficos de los datos preliminares.
19. Descripción textual de los datos que se estima obtener y su posible impacto en la investigación biomédica.
20. Especificar qué necesidad de salud, será satisfecha con el desarrollo del trabajo de investigación.
21. Mencionar todas las aportaciones que proporcionará la investigación en cuanto a comprensión, prevención,
22. diagnóstico y tratamiento de las afecciones del sistema nervioso.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

23. Los datos morales que implica en la resolución de la investigación.
24. La cantidad de recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta para realizar la investigación.
25. Indicar si el proyecto recibirá apoyo financiero de otra institución y anotar nombre completo de la institución monto total que se aportará, y duración del mismo, la fecha de inicio y el porcentaje en relación al costo total del proyecto.
26. Indicar la cantidad de recursos humanos, materiales y financieros que se requieren para realizar la investigación.
27. Nombre de cada una de las etapas y el porcentaje de tiempo en que se llevarán a cabo.
28. Fecha de inicio programada mes y año con números arábigos.
29. Fecha de inicio real mes y año con números arábigos.
30. Fecha de terminación programada mes y año con números arábigos.
31. Fecha de terminación real anotando mes y año con números arábigos.
32. Bibliografía consultada.

INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

7.- PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTOS DE RADIONEUROCIRUGÍA.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1. PROPÓSITO

1.1 Proporcionar tratamiento de radioneurocirugía a pacientes con padecimientos del sistema nervioso en dosis única o fraccionada para mejorar su estado de salud e integrarlo a su vida social y laboral.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno permitirá contar con un procedimiento para que el personal que interviene aplique adecuadamente los pasos en una radioneurocirugía.

2.2 A nivel externo, no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Radioneurocirugía de proporcionar atención médica a todo paciente que requiera tratamiento de radioneurocirugía.

3.2 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Radioneurocirugía y de los médicos adscritos y médicos residentes de requisitar los formatos (hoja de costo de tratamiento, solicitud de tratamiento, carta de consentimiento informado, solicitud de resonancia magnética y solicitud de tomografía computarizada) adecuadamente a todos los pacientes que se sometan a tratamiento de radioneurocirugía.

3.3 La Subdirección de Neurocirugía será responsable través del jefe del Departamento de Radioneurocirugía, médicos adscritos y médicos residentes responsables del tratamiento de explicar al paciente y familiar el proceso a que será sometido el paciente y aclarar cualquier duda al mismo.

3.4 La Subdirección de Neurocirugía será responsable través del Departamento de Radioneurocirugía de verificar que el paciente que será sometido a radioneurocirugía cuente con todos los estudios necesarios para el tratamiento.

3.5 La Subdirección de Neurocirugía será responsable través del jefe del Departamento de Radioneurocirugía, médicos adscritos y médicos residentes de solicitar al paciente el consentimiento informado especificando si se otorga dosis única o fraccionada.

3.6 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del jefe de Departamento de Radioneurocirugía, médicos adscritos y médicos residentes de elaborar la nota médica prequirúrgica, posquirúrgica, evolución y alta por mejoría, de acuerdo a la NOM 168 y el presente procedimiento.

3.7 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Radioneurocirugía de revisar todos los casos que presenten los médicos adscritos y médicos residentes y de supervisar que el expediente clínico incluya notas de evolución y estudios radiológicos del paciente.

3.8 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Departamento de Radioneurocirugía de supervisar que la coordinación administrativa del departamento realice todas las actividades logísticas y de

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

gestiones necesarias para que el paciente que va a recibir un tratamiento de radioneurocirugía haya realizado todos los trámites necesarios para su tratamiento.

3.9 La Subdirección de Neurocirugía será responsable a través del Jefe de Departamento de Radioneurocirugía, médico adscrito y residente de verificar que el egreso incluya diagnóstico y motivo de egreso, resúmenes de evolución, estado actual y tratamiento, problemas clínicos pendientes de resolver, así como plan terapéutico. En caso de defunción, las causas probables de la muerte y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia.

3.10 El Departamento de Radioneurocirugía será responsable a través de la Enfermera asignada al servicio de recabar el expediente clínico de los pacientes programados para tratamiento y/o mascarilla un día previo a la cita para solicitar al médico adscrito las indicaciones médicas de cada paciente.

3.11 El Departamento de Radioneurocirugía será responsable a través de la Enfermera asignada al servicio de realizar el plan de atención en enfermería, signos vitales y canalizar al paciente conforme a las indicaciones médicas establecidas por el médico adscrito del Departamento.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Neurocirugía	1	Instruye al Departamento de Radioneurocirugía para que establezca y opere un sistema para tratamiento de Radioneurocirugía a pacientes con padecimientos del sistema nervioso.	
Departamento de Radioneurocirugía	2	Recibe instrucción y determina políticas y guía de manejo clínico para pacientes que requieren tratamiento de Radioneurocirugía.	• Guía de Radioneurocirugía.
	3	Recibe a los pacientes de consulta externa remitidos por el médico adscrito para tratamiento de Radioneurocirugía.	
	4	Solicita al paciente y/o familiar los 5 formatos entregados por el médico adscrito, aplica política 3.2 y revisa si se encuentran bien requisitados los formatos.	
	5	Procede No: Indica al paciente y/o familiar que regrese con el médico adscrito y que solicite requisitar los formatos faltantes.	
	6	Si: Explica al paciente y familiar de las actividades y estudios a realizar; costos del total del tratamiento y forma de pago.	• Resonancia magnética. • Hoja de costo.
	7	Programa resonancia magnética, indica fecha y costo de primer pago. Archiva los 3 formatos restantes en carpeta de pacientes de estudio de resonancia de 3 tesla.	• Carpeta de resonancia.
	8	Recibe en la fecha programada de resonancia al paciente y familiar. Solicita copia amarilla de pago de tratamiento y pide que espere en sala para que el médico adscrito revise la imagen.	• Copia amarilla

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE ENSEÑANZA

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de Radioneurocirugía	9	Baja del programa PAC'S la imagen del paciente y la coloca en terminal de trabajo, indica al médico adscrito para que revise imagen, entrega los 3 formatos restantes.	• Formatos.
	10	Revisa imagen en terminal de trabajo, determina dosis de tratamiento y lo registra en el formato solicitud de tratamiento. Entrega los formatos a la Coordinación Administrativa del Departamento.	• Formatos requisitados.
	11	Recibe formatos y los revisa. Identifica dosis única o fraccionada que requiere el paciente, y en su caso estudio de angiografía. Procede.	• Formatos requisitados.
	12	Si: Programa en pizarrón fecha de tratamiento dosis única. Requisita cita del tratamiento para dosis única en carnet blanco y segundo pago. Continúa en actividad 15.	• Solicitud de tomografía. • Carnet blanco.
	13	No: Programa en pizarrón fecha de elaboración de mascarilla e inicio de tratamiento, requisita citas de elaboración de mascarilla en carnet blanco y segundo pago.	• Carnet blanco.
	14	Llama al paciente y familiar, da indicaciones del tipo de tratamiento (dosis única y/o fraccionada), para realizar el segundo pago, día y hora de inicio de tratamiento y/o para elabora mascarilla. Entrega al paciente carnet blanco.	• Carnet blanco.
	15	Archiva los 3 formatos en carpeta de programación de tratamiento.	• Carpeta de programación de tratamiento.
Subdirección de Enfermería	16	Recibe al paciente el día de su cita, solicita carnet blanco y verifica si el tratamiento es dosis única.	• Carnet blanco.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	17	Si: Informa al paciente que debe ser internado en el área de hospitalización por un día. Indica al familiar que debe acudir al área de Admisión Hospitalaria a realizar el trámite. En el caso de necesitar medio de contraste canaliza al paciente. Continua en actividad 19.	
	18	No: Prepara al paciente para la realización de mascarillas y membrete de identificación. En el caso de necesitar medio de contraste canaliza al paciente. Continua actividad 31.	• Membrete de identificación.
	19	Registra en hoja de enfermería el plan de enfermería, toma signos vitales, administra los medicamentos al paciente y apoya a colocar la bata al paciente.	• Hoja de enfermería.
	20	Informa al médico adscrito que el paciente está preparado para colocar marco estéreo táctico	
Departamento Radioneurocirugía	21	Coloca el marco estéreo táctico con apoyo de la enfermera. Conduce a realizar tomografía al paciente con apoyo del físico médico.	
	22	Trasladan al paciente al área de Radioneurocirugía con apoyo de la enfermera y físico médico al término de la tomografía.	
	23	Pasa al paciente a la cama de la unidad de neurocirugía y espera a que los físicos médicos elaboren el plan de tratamiento y el médico determine el mejor y apruebe	
	24	Informa a enfermera que indique al técnico radioterapeuta que el paciente está preparado para recibir tratamiento.	

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

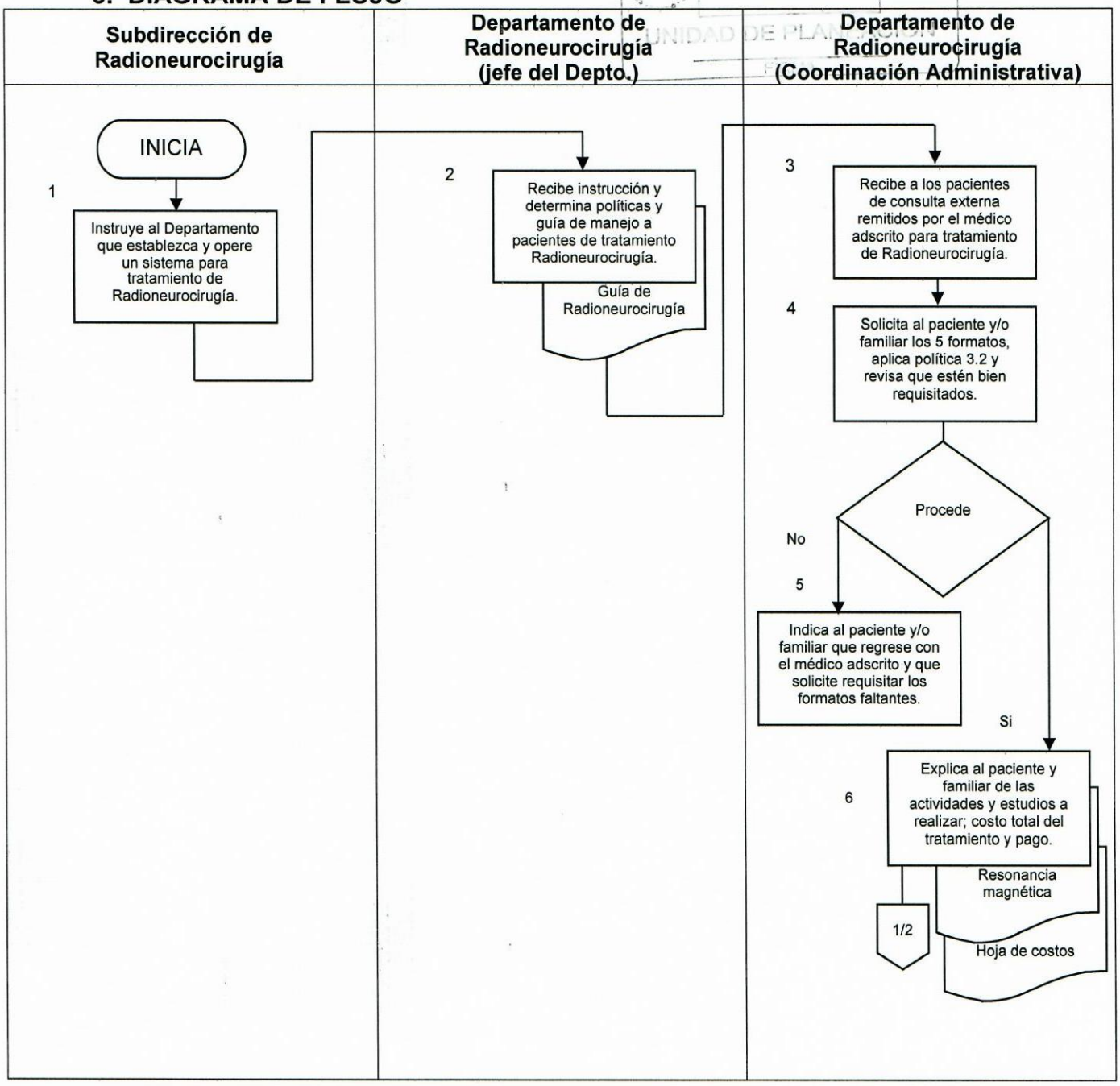
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento Radioneurocirugía	25	Conduce al paciente a bunker y le explica las maniobras a las que va ha ser sometido para recibir su tratamiento.	
	26	Somete al paciente al tratamiento de radioneurocirugía e informa a enfermera para que el paciente sea conducido al área de recuperación de Radioneurocirugía.	
Subdirección de Enfermería	27	Traslada al paciente al área de recuperación con apoyo del técnico radioterapeuta, toma signos vitales y solicita indicaciones médicas. Retira el marco stereotaxia.	• Hoja de enfermería
	28	Tramita el traslado del paciente al piso de hospitalización, lo conduce con apoyo del camillero e informa a la Coordinación Administrativa.	
Departamento de Radioneurocirugía	29	Llama al familiar, solicita carnet blanco y verde. Comunica que el tratamiento se realizó, da indicaciones e informa que a partir del alta del servicio de radioneurocirugía debe realizar pago por cada servicio que se le proporcione.	
	30	Retira carnet blanco y programa cita médica en carnet verde. Indica día y hora de la cita. Entrega carnet verde y encuesta de calidad. Termina Procedimiento.	• Carnet verde. • Encuesta de calidad.
Subdirección de Enfermería	31	Informa al médico adscrito que el paciente esta preparado para colocar caja de localización	
Departamento Radioneurocirugía	32	Coloca caja de localización con apoyo de la enfermera. Conduce a realizar tomografía al paciente con apoyo del físico médico.	
	33	Trasladan al paciente al área de Radioneurocirugía con apoyo de la enfermera y físico médico al término de la tomografía. Retiran mascarilla. Entrega paciente a la enfermera.	

MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

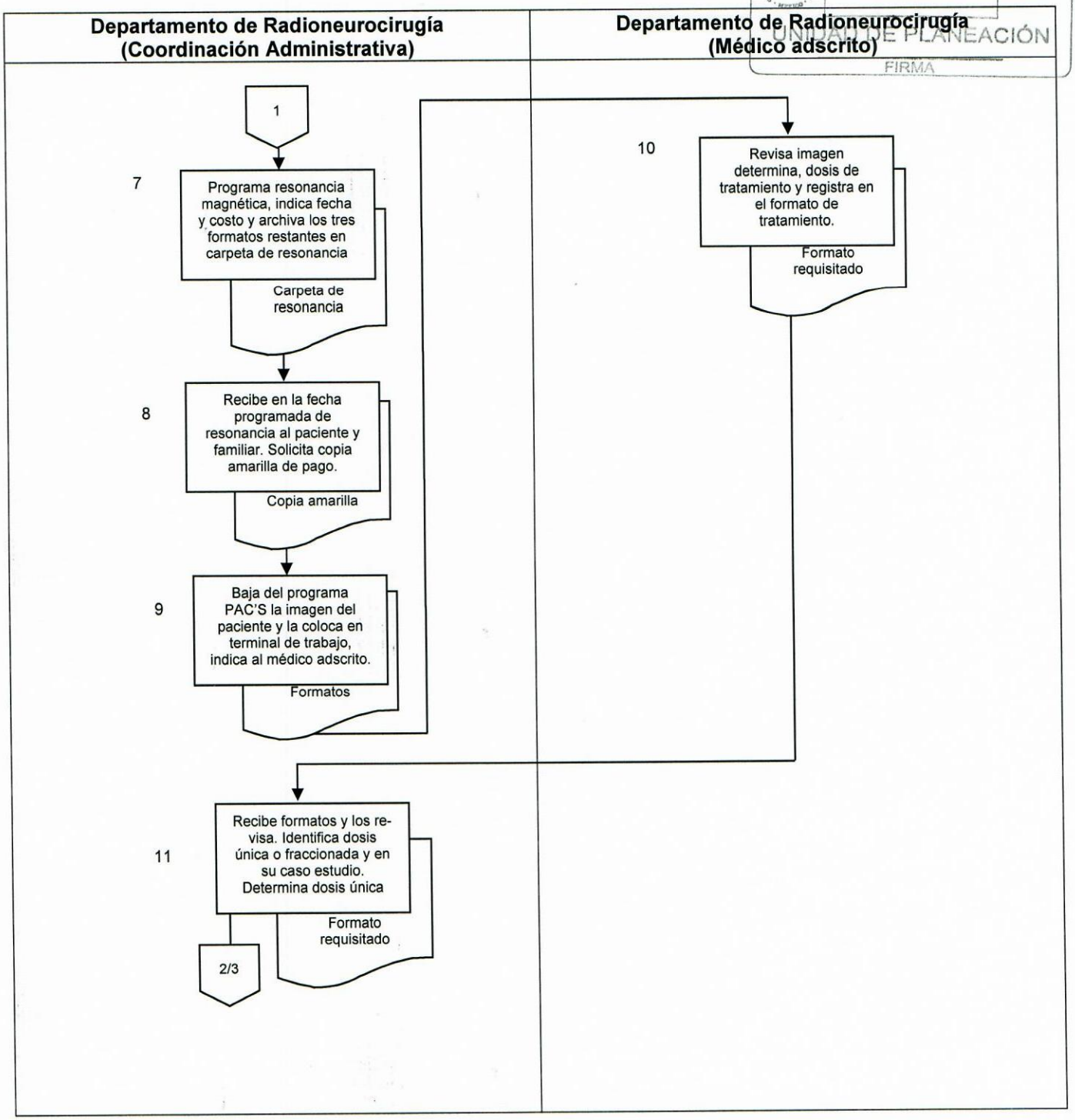
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Enfermería	34	Recuerda al paciente y familiar del inicio de su tratamiento día y hora. Da indicaciones.	
	35	Recibe al paciente el día de su cita para inicio de tratamiento fraccionado, solicita carnet blanco.	• Carnet blanco.
	36	Registra en hoja de enfermería el plan de enfermería, toma signos vitales, administra los medicamentos al paciente Informa al físico médico.	• Hoja de enfermería.
Departamento Radioneurocirugía	37	Realizan varios planes de tratamiento. Presentan al médico adscrito para que determine el plan. Entregan paciente a enfermera.	
Subdirección de Enfermería	38	Recibe al paciente informa al técnico radioterapeuta y conduce al paciente a bunker.	• Carnet blanco.
Departamento Radioneurocirugía	39	Explica las maniobras a las que va ha ser sometido el paciente e inicia tratamiento de Radioneurocirugía.	
	40	Recibe al paciente cada día de sus sesiones. Al término de la última sesión, indica al paciente se dirija con la enfermera.	
Subdirección de Enfermería	41	Recibe al paciente acompañado de su familiar e informa al médico adscrito para que de indicaciones médicas y alta del servicio. Pasa al paciente con su familiar a la Coordinación Administrativa.	• Carnet blanco.
Departamento de Radioneurocirugía (Coordinación Administrativa)	42	Solicita carnet blanco y verde. Comunica al paciente que el tratamiento concluyó, da indicaciones e informa que a partir del alta del servicio de Radioneurocirugía debe realizar pago por cada servicio que se le proporcione.	
	43	Retira carnet blanco y programa cita médica en carnet verde. Indica día y hora de la cita. Entrega carnet verde y encuesta de calidad. Termina Procedimiento. TERMINA.	• Carnet verde. • Encuesta de calidad.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN

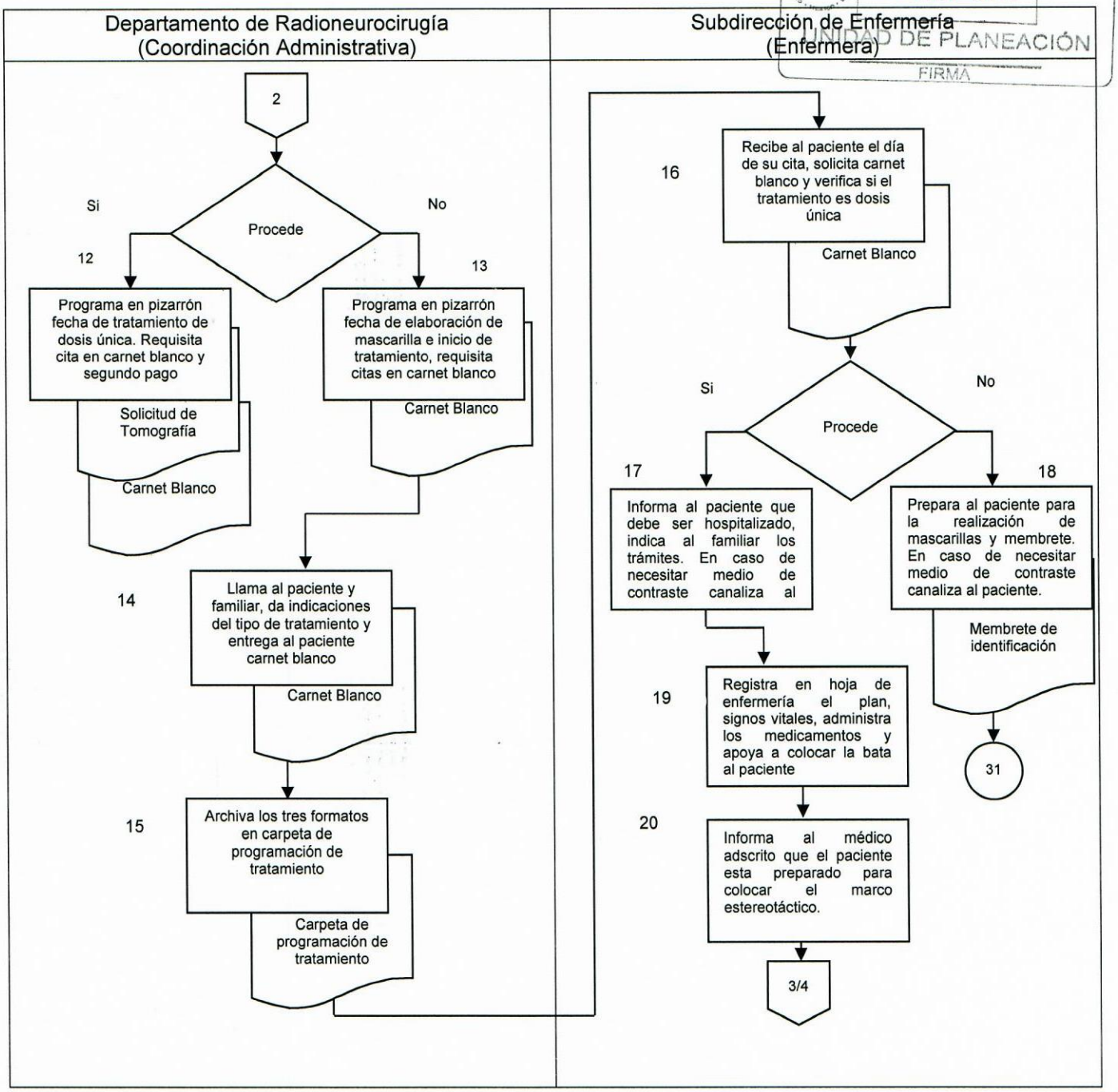
5. DIAGRAMA DE FLUJO



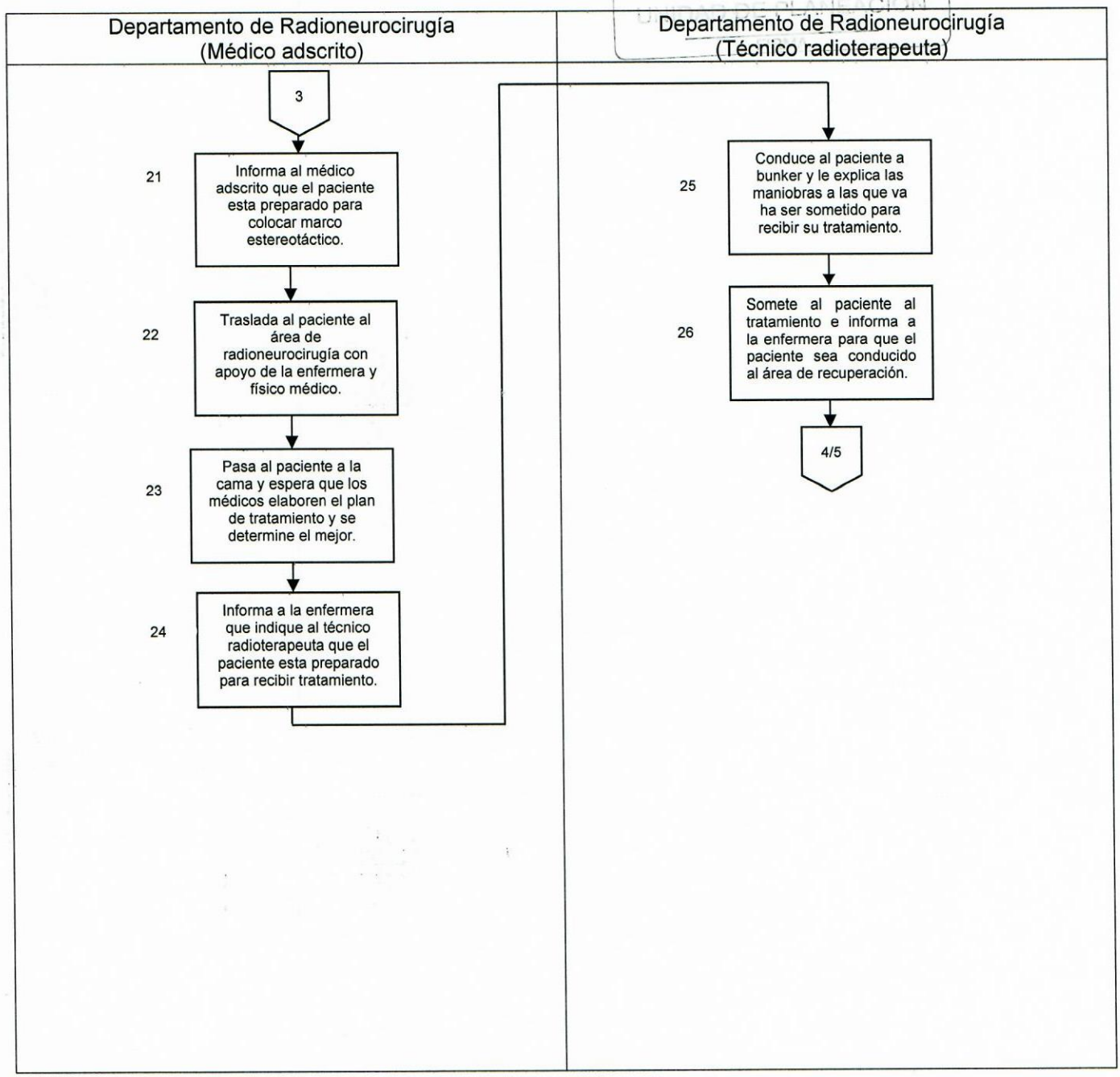
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA



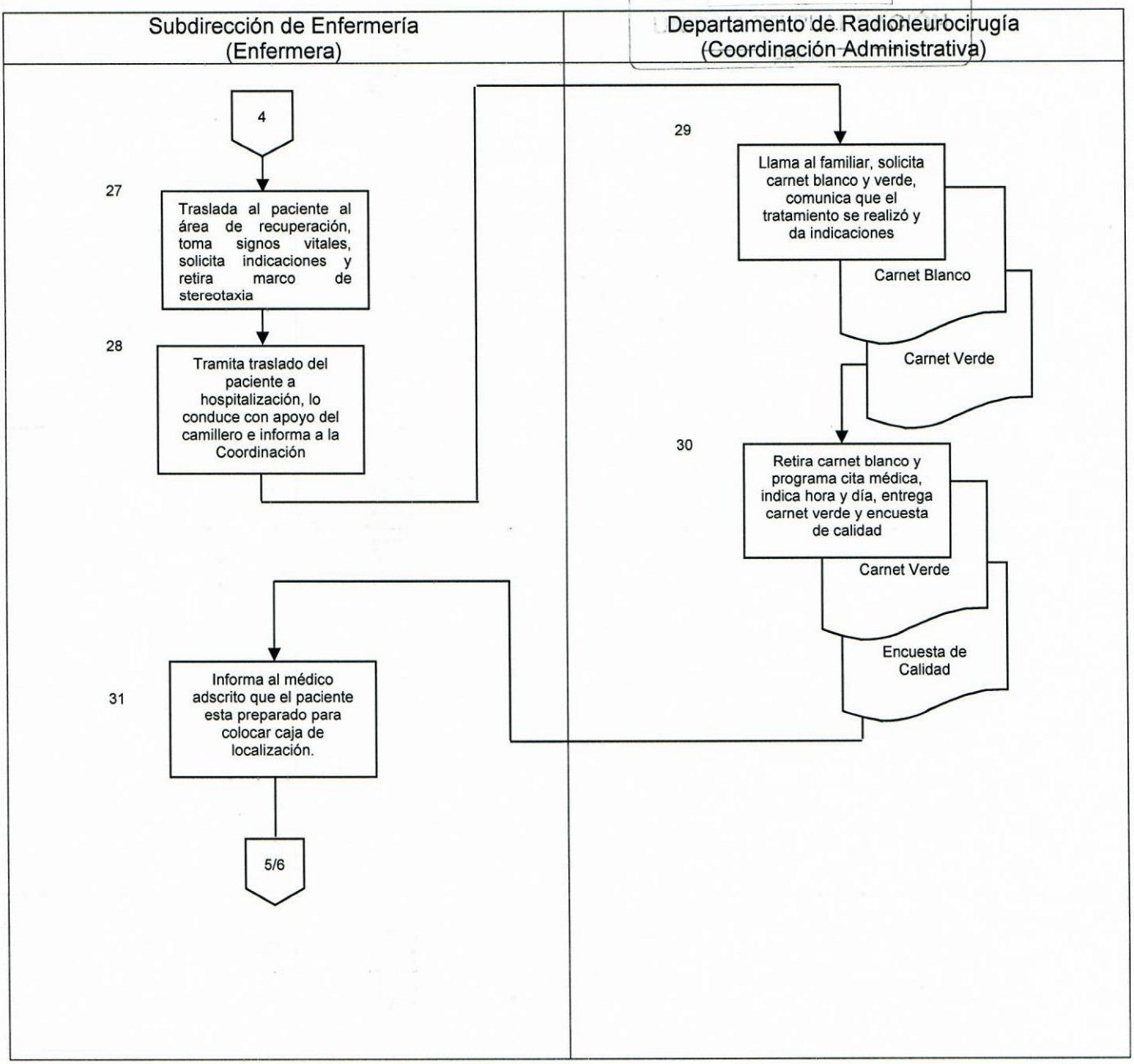
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA



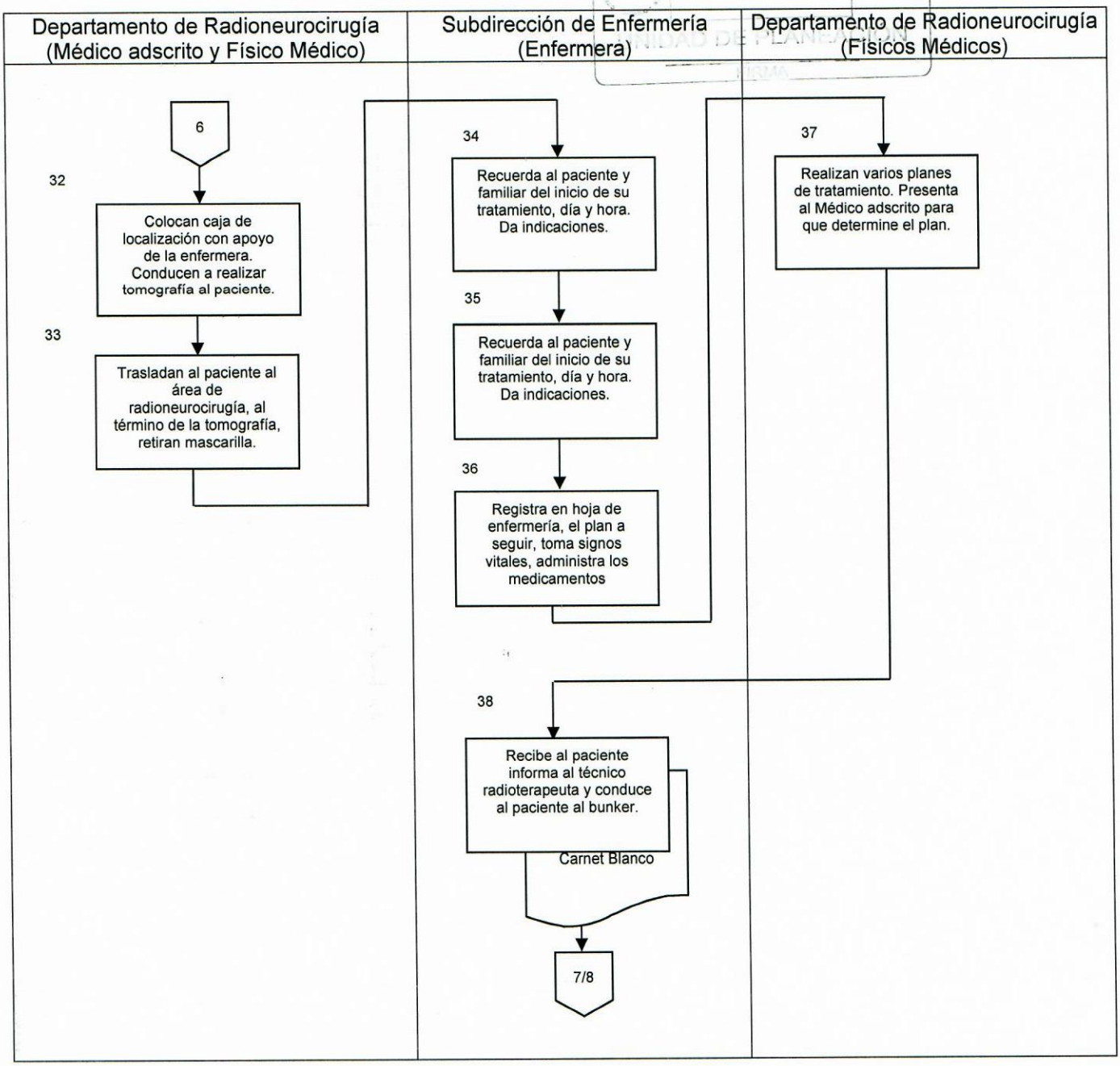
03 MAY 2016


Departamento de Radioneurocirugía (Médico adscrito)
Departamento de Radioneurocirugía (Técnico radioterapeuta)
3
21
Informa al médico adscrito que el paciente esta preparado para colocar marco estereotáctico.
22
Traslada al paciente al área de radioneurocirugía con apoyo de la enfermera y físico médico.
23
Pasa al paciente a la cama y espera que los médicos elaboren el plan de tratamiento y se determine el mejor.
24
Informa a la enfermera que indique al técnico radioterapeuta que el paciente esta preparado para recibir tratamiento.
25
Conduce al paciente a bunker y le explica las maniobras a las que va ha ser sometido para recibir su tratamiento.
26
Somete al paciente al tratamiento e informa a la enfermera para que el paciente sea conducido al área de recuperación.
4/5

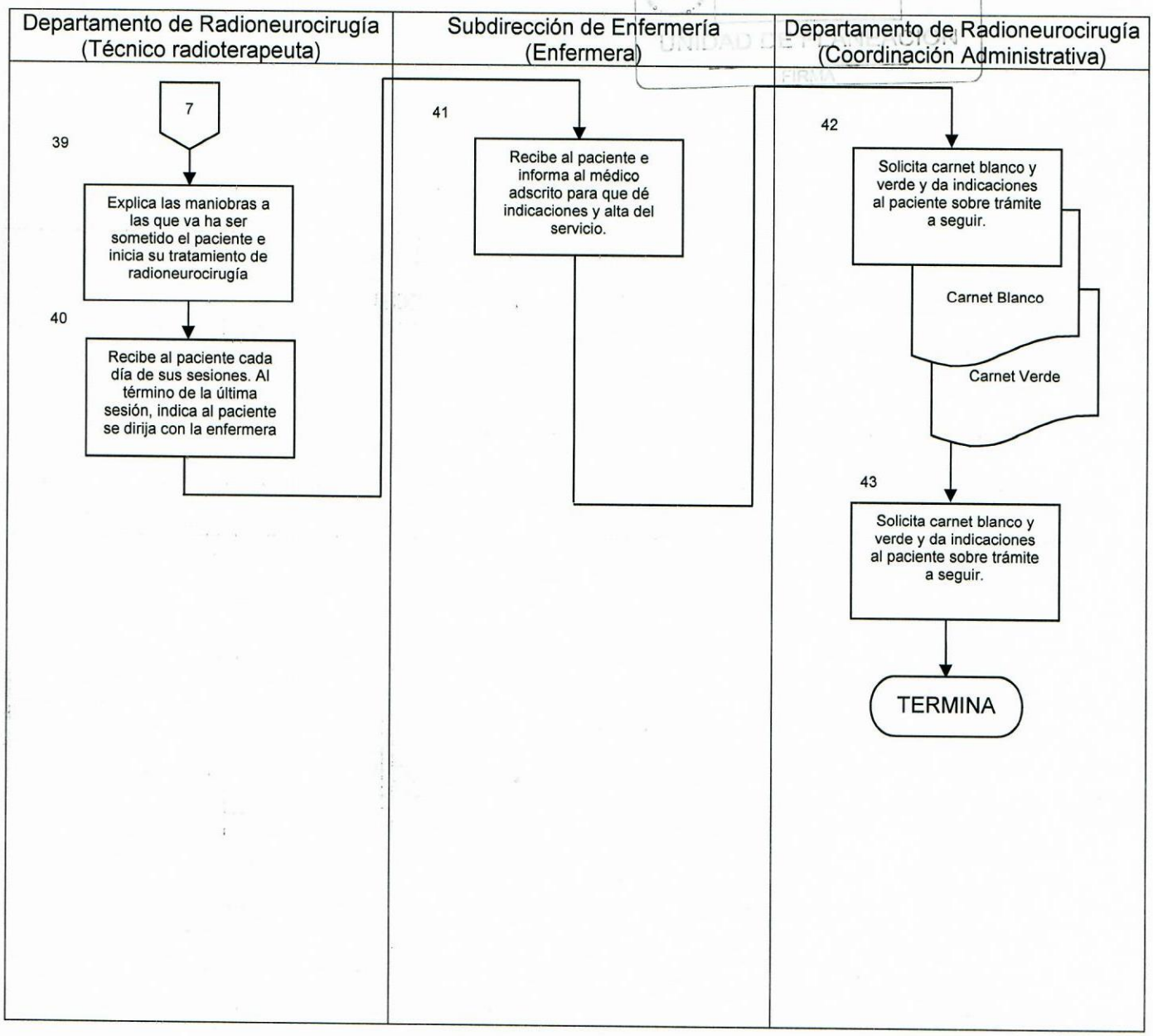
03 MAY 2018


Subdirección de Enfermería (Enfermera)
Departamento de Radioneurocirugía (Coordinación Administrativa)
4
27
Traslada al paciente al área de recuperación, toma signos vitales, solicita indicaciones y retira marco de stereotaxia
28
Tramita traslado del paciente a hospitalización, lo conduce con apoyo del camillero e informa a la Coordinación
29
Llama al familiar, solicita carnet blanco y verde, comunica que el tratamiento se realizó y da indicaciones
Carnet Blanco
Carnet Verde
30
Retira carnet blanco y programa cita médica, indica hora y día, entrega carnet verde y encuesta de calidad
Carnet Verde
Encuesta de Calidad
31
Informa al médico adscrito que el paciente esta preparado para colocar caja de localización.
5/6

MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FIRMA



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Instituto del INNNMVS	No aplica
6.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe de actividades	5 años	Departamento de Radioneurocirugía	No aplica

8. GLOSARIO

8.1 Neurocirugía Procedimiento quirúrgico cuyo tratamiento se precisa la intervención directa manual o instrumental que involucra las diferentes partes que integran el sistema nervioso.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Fecha de la actualización	Descripción del cambio
Mayo, 2018.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

10. ANEXOS

10.1 Hoja de costo de tratamiento.
10.2 Solicitud de tratamiento.
10.3 Carta de consentimiento informado.
10.4 Seguimiento de protocolo.
10.5 Carnet blanco.
10.6 Solicitud de tomografía computarizada.
10.7 Solicitud de resonancia magnética.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2013
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.1 HOJA DE COSTO DE TRATAMIENTO

FECHA 1

NOMBRE 2

EXPEDIENTE 3

50% DE ANTICIPO ANTES DE SU RESONANCIA MAGNETICA

$ 4

50% RESTANTE ANTES DE COMENZAR TRATAMIENTO

$: 5

TOTAL 6

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.1 HOJA DE COSTO DE TRATAMIENTO

1	Indicar día, mes y año en que se elabora la hoja.
2	Apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente
3	Indicar número de expediente clínico del paciente.
4	50% de anticipo antes de su resonancia magnética cantidad que corresponde al anticipo.
5	50% restante antes de comenzar tratamiento cantidad restante antes de iniciar el tratamiento
6	Total, del costo del tratamiento.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.2 SOLICITUD DE TRATAMIENTO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGIA
SOLICITUD DE TRATAMIENTO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre

Registro | Edad | Nivel de TS

Teléfonos

Estado

2 Médico que Refiere

3 Médico que Elabora

4 Diagnóstico

5 Radioterapia previa

6 Cirugía Previa

Fecha de Consulta:
Fecha de IRM:
Fecha de Tratamiento: 7

Tiempo entre CE-IRM:
Tiempo entre IRM-TX: 8

(No enviar si no está completo)	COMPLETO
Estudios de Laboratorio y Gabinete	9
Valoraciones clínicas (NOF, OTN, Endocrinología, Otros)	10
COMPLETO	Tachar

Tipo de Tratamiento 11 Dosis Única ☐ Dosis Fraccionada ☐

Firma 12

PONER NOTAS CLÍNICAS EN LA PARTE DE ATRÁS

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.2 SOLICITUD DE TRATAMIENTO

1	Apellido paterno, materno y nombre del paciente, número de registro, edad en años cumplidos, nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social, teléfonos donde puede localizarse al paciente y Entidad Federativa de donde proviene.
2	Nombre completo del Médico que refiere al paciente a la Unidad de Radioneurocirugía.
3	Nombre completo del Médico que elabora la solicitud de tratamiento.
4	Indicar diagnóstico clínico del paciente.
5	Indicar nombre de la radioterapia realizada previamente al paciente.
6	Indicar nombre de la cirugía realizada previamente al paciente
7	Fecha de consulta, fecha de IRM, fecha de Tratamiento indicando día, mes y año en que se realizó la consulta, la resonancia magnética y el tratamiento.
8	Tiempo transcurrido entre la consulta y la realización de la resonancia magnética; así como el tiempo entre la resonancia y el tratamiento.
9	Tachar con una "X", si se realizaron completamente todos los estudios de laboratorio y gabinete requeridos.
10	Tachar con una "X", si se realizaron completamente todas las valoraciones clínicas requeridas. Valoraciones clínicas (NOF, OTN, Endocrinología, Otros).
11	Tachar con una "X", según corresponda a Dosis Única o Fraccionada.
12	Firma del Médico que elabora la Solicitud de Tratamiento.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
"MANUEL VELASCO SUAREZ"

INSURGENTES SUR 3877
C.P. 14269, MEXICO, D.F.
TEL.: 5606-3822

DIRECCIÓN MÉDICA
UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

DIRECTORA GENERAL DEL INNN
P R E S E N T E

FECHA 1
NO. DE FOLIO 2
NO. DE EXP. 3
NO. DE CAMA 4

EL (LA) QUE SUSCRIBE 5
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

CON DOMICILIO EN 6
DOMICILIO COMPLETO (CALLE, COLONIA, C.P., DELEGACION O MUNICIPIO Y ESTADO)

TELEFONO 7

ACUDO VOLUNTARIAMENTE A ESTE INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD Y DE ACUERDO A LO QUE ME EXPLICARON E INFORMARON EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, Y CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 29, 76, 77, 78, 79, 80 Y 81 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN MEDICA, POR LO QUE MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO EXPRESO Y EN CONSECUENCIA AUTORIZO AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DE ESTE INSTITUTO, PARA QUE REALICE EL TRATAMIENTO RADIONEUROQUIRÚRGICO DE MI ENFERMEDAD QUE PUEDE SER EN UNA O VARIAS SESIONES, EN EL ENTENDIDO DE QUE ME FUE EXPLICADO ADECUADAMENTE SOBRE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS QUE ELLO IMPLICA A CORTO O LARGO PLAZO (ALTERACIONES MENTALES, CONVULSIONES, INFARTO CEREBRAL, PÉRDIDA DE VISIÓN, ENTRE OTRAS),RELACIONADAS CON EL EFECTO DE LA RADIACIÓN); ASÍ COMO, SU CONTRAINDICACIÓN EN CASO DE EMBARAZO. ASIMISMO, ENTIENDO QUE LOS BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN ALCANZAR SON: ALIVIO DE LOS SUFRIMIENTOS QUE ME AQUEJAN; QUE EXISTE POSIBILIDAD DE CORREGIR LAS CAUSAS DEL PADECIMIENTO; QUE ES POSIBLE OBTENER CURACIÓN PARCIAL O DEFINITIVA. QUE LA RADIONEUROCIRUGÍA SE REALIZARÁ SOBRE LAS DELICADAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO, COMO SON EL CEREBRO (ENCÉFALO), LA MÉDULA ESPINAL, ESTRUCTURAS VASCULARES Y/O NERVIOS. QUE PUEDEN NECESITARSE EXÁMENES DE LABORATORIO DE MI SANGRE O LÍQUIDO ESPINAL (L.C.R.); ASÍ COMO, ESTUDIOS NEURORRADIOLÓGICOS O DE IMÁGENES QUE REQUIEREN LA PUNCIÓN DE VENAS Y ARTERIAS Y LA INYECCIÓN DE SUBSTANCIAS QUE PUEDEN TENER REACCIONES ADVERSAS; QUE TANTO LOS TIEMPOS PRE, TRANS Y POST OPERATORIOS PUEDEN REQUERIR DE UNA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA, EN OCASIONES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DONDE SE PUEDE REQUERIR ASISTENCIA CON RESPIRADORES ELECTROMECÁNICOS. QUE EL INSTITUTO RECONOCE MI AUTONOMÍA PARA LA DECISIÓN DE CONTINUAR O SUSPENDER MI TRATAMIENTO. EN TAL VIRTUD, CONSCIENTE Y COMPRENDIENDO TODO, SIN QUE EXISTA EN MI PERSONA COACCIÓN ALGUNA Y EN POSESIÓN DE MI LIBRE VOLUNTAD, EXPRESO MI LIBRE VOLUNTAD, Y, RETERO MI CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO, POR LO QUE FIRMO AL CALCE O PONGO LA HUELLA DIGITAL DE MI PULGAR DERECHO PARA LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES.

LOS PARIENTES O RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE INFORMAMOS QUE NO ESTA CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES, PERO A SU NOMBRE ACEPTAMOS LA INFORMACIÓN QUE SE NOS PROPORCIONO Y LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE.

ASIMISMO MANIFIESTO QUE EN CASO DE QUE EXISTA ABANDONO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA, RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A ESTE INSTITUTO Y A SU PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.

ATENTAMENTE

8
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL, CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL

TESTIGO POR EL PACIENTE

9
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL

TESTIGO POR EL INSTITUTO

10
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL

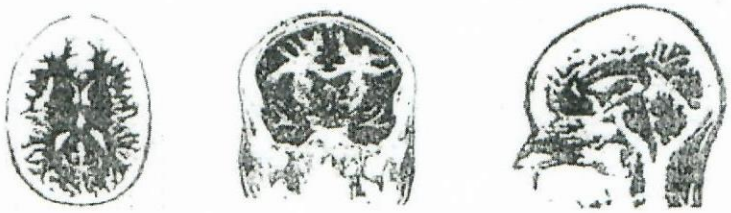
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1	Día, mes y año en que se elabora la Carta.
2	Número de folio.
3	Número de expediente del paciente.
4	Número de cama del paciente.
5	Nombre completo del paciente.
6	Domicilio completo del paciente, calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio y estado.
7	Número telefónico donde se puede localizar al paciente o a su familiar y/o responsable legal.
8	Nombre completo del paciente o responsable legal, con identificación oficial.
9	Nombre completo, firma e identificación oficial de la persona que funge como testigo del paciente.
10	Nombre completo, firma e identificación oficial de la persona que funge como testigo del Instituto.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2019
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.4 SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO



SEGUIMIENTO

1

	T1 simple	T1 con contraste	T2	Grosor de corte (mm)	GAP (mm)
Axial				3	0
Coronal				5	1
Sagital				5	1

PROTOCOLOS DE IMAGEN

2

	T1 simple	T1 con contraste	T2
Axial			
Coronal			
Sagital			

OTROS 3

- ☐ FATSAT
- ☐ FIESTA
- ☐ ESPECTRO
- ☐ DTI
- ☐ FUNCIONAL

GROSOR DE CORTE 4

1.0 mm	
1.5 mm	
2.0 mm	

NOTA: Todos los protocolos deben tener 0.0 mm de espacio entre las imágenes

NOTAS

5

6

Nombre y Firma del médico solicitante

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.4 SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO

1 Marcar con una "X" en seguimiento cuando es un paciente ya radiado en el INNN.

2 Se pondrá una "X" en protocolo si es un paciente que aún no se ha radiado.

3 Se anotará una "X" en la secuencia especial solicitada de acuerdo al criterio del médico.

4 Se anotará un "X" en 1mm., en casos de radioneurocirugía funcional, en 1.5 mm para las demás patologías, excepto Gliomas en las cuales será de 2mm.

5 Se anotarán observaciones especiales en caso necesario.

6 Nombre y firma del médico que llena el formato.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.5 CARNET BLANCO

PARA REPOSICIÓN DE RECETA:

ACUDIR EL DIA QUE HABITUALMENTE RECIBE CONSULTA CON EL MEDICO QUE LE EXPIDIO LA RECETA, CON UNA FOTOCOPIA DE LA ULTIMA RECETA Y EL C A R N E T D E C I T A S.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama
14269 Mexico, D.F. Tel. 5606-3822
Internet: http://www.innn.edu.mx
E-mail: innnradiocx@yahoo.com.mx

No. de Registro 1 Clave 2

Folio N° 3

C A R N E T
UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGIA

Nombre: 4
Domicilio: 5
Colonia: 6
Teléfono: 7

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS

FECHA	HORA	CITA A:	FIRMA	FECHA	HORA	CITA A:	FIRMA
8	9	10	11				

INSTITUTO NACIONAL
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.5 CARNET BLANCO

1	Número de registro del paciente.
2	Indicar clave socioeconómica asignada al paciente.
3	Indicar número de folio.
4	Nombre completo del paciente.
5	Indicar domicilio completo del paciente.
6	Indicar colonia donde habita el paciente.
7	Número telefónico donde se puede localizar al paciente.
8	Día, mes y año de la próxima cita del paciente.
9	Indicar hora y minutos en que el paciente debe acudir a su próxima cita.
10	Indicar nombre del servicio a que debe acudir el paciente para su cita.
11	Firma de la persona que proporciona la cita.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.6 SOLICITUD DE TOMOGRAFÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
STC-1/05

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN
UNIDAD DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA

SOLICITUD No. de T.C. 1

1. DATOS GENERALES

NOMBRE 2 No. EXP. 3
EDAD 4 GÉNERO F ( ) 5 M ( ) PROCEDENCIA 6
FECHA 7 MÉDICO SOLICITANTE 8

2. ANTECEDENTES

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA 9

ESTUDIOS PREVIOS 10

3. ESTUDIOS SOLICITADOS

T.C. REGIÓN 11

( ) CRANEO
( ) SILLA TURCA
( ) OÍDOS
( ) SENOS PARANASALES
( ) COLUMNA VERTEBRAL ( ) CERVICAL ( ) DORSAL ( ) LUMBO-SACRA

OTROS. 12

4. MATERIAL

CONTRASTE ( ) 13 TIPO 14 CANTIDAD 15

5. DIAGNÓSTICOS

CLÍNICO 16

RADIOLÓGICO 17

DEFINITIVO 18

OBSERVACIONES 19

FECHA: 20

21
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

AV. INSURGENTES SUR 3877 COL. LA FAMA C.P. 14269 MÉXICO, D.F. TEL. 5606-38-22

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.6 SOLICITUD DE TOMOGRAFÍA

1 Indicar número consecutivo de la tomografía computada.

2 Apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente.

3 Indicar número del expediente clínico del paciente.

4 Número de años cumplidos del paciente.

5 Marcar con "X" según corresponda: F=femenino o M=masculino.

6 Nombre del servicio de donde procede el paciente.

7 Día, mes y año en que se solicita el estudio.

8 Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico solicitante.

9 Signos y síntomas que apoyen el diagnóstico presuncional.

10 Nombre de estudios que se han realizado al paciente, previos al que se está solicitando.

11 Marcar con "X" la opción que corresponda a la región donde se realizará el estudio.

12 Especificar la región que será estudiada si no aparece en las opciones antes mencionadas.

13 Marcar con "X" si en el estudio se utilizará medio de contraste.

14 Especificar qué tipo de contraste será utilizado.

15 Número de mililitros o miligramos de medio de contraste que serán utilizados en el estudio.

16 Conclusión de la patología detectada.

17 Hallazgos del neurorradiólogo.

18 Diagnóstico definitivo detectado.

19 Si existe algún dato relevante.

20 Día, mes y año en que se realiza el estudio.

21 Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico responsable del estudio.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

10.7 SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
SRM-1/04
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN
UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

SOLICITUD No. de IRM. 1

1. DATOS GENERALES

NOMBRE 2 No. EXP. 3
EDAD 4 GÉNERO F(5 M( ) PROCEDENCIA 6
FECHA 7 MÉDICO SOLICITANTE 8
TÉCNICO RADIÓLOGO 9
IMPRESIÓN 10 PLACA ☐ PAPEL ☐ NÚMERO DE IMPRESIONES 11
No. DE COPIAS:
EQUIPO: 3 TESLAS ☐ 5 TESLAS ☐ 12

2. ANTECEDENTES

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA 13
DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL 14
15
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (PRÓTESIS) DÍA, MES Y AÑO, TIPO, LOCALIZACIÓN
ESTUDIOS PREVIOS 16
RX( ) ANGIO( ) MIELO( ) VENTRÍCULOS( ) TC( ) MIELO TC( ) MN( ) IRM( )
OTROS (S)
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL 17
MANEJO PREVIO 18
MÉDICO( ) QUIMIOTERAPIA( ) RADIOTERAPIA( ) QUIRÚRGICO( )

3. CRITERIO DE SELECCIÓN

IMPLANTES SI( ) NO( ) 19
TIPO 20
MARCAPASO( ) CLIP FENOMAGNÉTICO( ) PRÓTESIS( ) VÁLVULA DE DERIVACIÓN( )
OTROS (S) TIPO (S):
ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN 21

4. ESTUDIOS SOLICITADOS

ÓRGANO A EXPLORAR 22

5. MATERIAL Y MÉTODOS

CONTRASTE SI( ) NO( ) TIPO 24 CANTIDAD 25
23
ANESTESIA SI( ) NO( ) 26

INSTRUCTIVO

EXTERNOS

PACIENTES QUE COOPERAN

1. Confirmar su cita 1 día antes vía telefónica al 56 06 38 22 a la ext. 1067.
2. Presentarse a la Resonancia Magnética 15 MIN. ANTES DE SU CITA, SI NO LLEGA A TIEMPO tendrá la opción de cambiar su cita o esperar a que falte algún paciente y podrá entonces realizarse su estudio.
3. Presentarse bañado con cabello limpio y sin maquillaje, si su estudio es de cráneo.
4. Avisar si existe prótesis al personal que realizara su estudio.
5. Queda estrictamente prohibido enviar pacientes con marcapasos, implantes o prótesis.
6. Si usted sufre de CLAUSTROFOBIA (miedo a lugares cerrados) favor de avisar ya que será necesario programarlo para SEDACIÓN.
7. Para poder realizar estudio usted debe pesar menos de 110 Kg. Si pesa entre 111 y 120 kg. Se hará una prueba.
8. Si cuenta con estudios previos de imagen favor de traerlos consigo el día de su estudio.

PACIENTES QUE NO COOPERAN Y/O NIÑOS

1. Las mismas indicaciones que lo anterior.
2. Ayuno y seguir las indicaciones del médico anestesiólogo.

NOTA: EN PACIENTES REFERIDOS POR OTRAS INSTITUCIONES QUE REQUIERAN SEDACIÓN DEBERÁN SER ACOMPAÑADOS POR SU ANESTESIOLÓGO EQUIPO Y MATERIAL PARA LA ANESTESIA.

27
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

AV. INSURGENTES SUR 3877 COL. LA FAMA C.P. 14269 MÉXICO, D.F. TEL. 5606-38-22 EXT. 1067

INSTRUCTIVO DE LLENADO
10.7 SOLICITUD DE ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MVS "MANUEL VELASCO SUÁREZ"
03 MAY 2010
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

1 Indicar número consecutivo de la resonancia magnética.

2 Apellido paterno, materno, nombre (s) del paciente.

3 Número del expediente del paciente.

4 El número de años cumplidos del paciente.

5 Marcar con "X" según corresponda: F=femenino ó M=masculino

6 Nombre del servicio de donde procede el paciente.

7 Día, mes y año en que se realiza el estudio.

8 Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico solicitante.

9 Apellido paterno, materno y nombre(s) del técnico radiólogo.

10 Marcar con "X" el recuadro que corresponda, si la impresión va a ser en placa o en papel.

11 Indicar el número de impresiones, ya sea en placa o en papel.

12 Marcar con "X" el recuadro que corresponda, si el estudio será en equipo de 3 ó de .5 teslas.

13 Indicar signos y síntomas que apoyen el diagnóstico presuncional.

14 Indicar la conclusión de la patología detectada.

15 Nombre y número de cirugías realizadas, en su caso, fecha, tipo y localización de prótesis.

16 Marcar con "X" el espacio que corresponda, y en el caso de que sean otros los estudios realizados, especificar en el renglón de OTRO(S).

17 Hallazgos del neurorradiólogo.

18 Marcar con "X" el espacio que corresponda.

19 Marcar con "X" el espacio que corresponda, si tiene o no implantes.

20 Marcar con "X" el espacio que corresponda al tipo de implante, en el caso de que sean otros los implantes, especificar en el renglón de OTRO(S).

21 Nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en la configuración del implante.

22 El nombre del órgano que debe ser estudiado en la resonancia.

23 Marcar con "X" el sitio que corresponda, para definir si se utilizará medio de contraste o no.

24 Especificar qué tipo de contraste será utilizado.

25 Número de mililitros o miligramos de medio de contraste que será utilizado en el estudio.

26 Marcar con "X" el sitio que corresponda, para definir si se utilizará anestesia o no.

27 Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico responsable, y firma.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
03 MAY 2018
UNIDAD DE PLANEACIÓN
FIRMA

IV. HOJA DE AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

ELABORO

DR. JUAN LUIS GÓMEZ AMADOR
Subdirector de Neurocirugía

VALIDO

LIC. DIANA PATRICIA LÓPEZ ROLDÁN
Jefa de la Unidad de Planeación

AUTORIZÓ:

DR. ADOLFO LEYVA RENDÓN
Director Médico

DR. MIGUEL ÁNGEL CELIS LÓPEZ
Director General