



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la realización de protocolos de estudio de los candidatos donador vivo de riñón y receptor en la modalidad de trasplante renal, córnea, hígado, corazón y lineamientos para la contrarreferencia post trasplante renal
2C10-A03-002

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

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

Elaboró

Dr. Pedro Paz Solis

Titular de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

CONSOLIDACION 13 MAYO 2021

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



ÍNDICE

	Página
1 Base normativa	3
2 Objetivo	3
3 Ámbito de aplicación	3
4 Definiciones	3
5 Políticas	6
6 Descripción de actividades	11
7 Diagrama de flujo	22
Anexos	
Anexo 1 Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal Clave 2C10-A09-001	30
Anexo 2 Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal Clave 2C10-A09-002	37
Anexo 3 Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea Clave 2C10-A09-003	45
Anexo 4 Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado Clave 2C10-A09-004	54
Anexo 5 Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón Clave 2C10-A09-005	62
Anexo 6 Lineamientos para la contrarreferencia a la unidad médica de segundo nivel del paciente con post operatorio tardío de trasplante renal Clave 2C10-A13- 001	69



1 Base normativa

- Capítulos II y III del Título décimo cuarto de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Título Tercero, Capítulo V del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014 y sus reformas.
- Fracción XIV del artículo 82, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numeral 8.1.5.4 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas clave 2000-002-001, validado y registrado el 08 de febrero de 2018.

2 Objetivo

Establecer los protocolos de estudio de los candidatos donador y receptor con la finalidad de mejorar la oportunidad del trasplante de la o el paciente que requiere de este procedimiento y con ello disminuir el daño sistémico.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, las Unidades Médicas de Alta Especialidad y Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con Programa de trasplante y den seguimiento a la atención de pacientes post trasplantados y el Comité Interno de Trasplantes renal, córnea, hígado o de corazón.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2 atención médica en consulta externa de especialidades: Servicio que otorga el Instituto en las unidades médicas a través de personal en consultorio por alguna especialidad para atender a sus derechohabientes



4.3 CDTOTC: Coordinación de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, que, entre sus funciones, se encuentra verificar que las actividades de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células se lleven a cabo con estricto apego a las disposiciones legales aplicables.

4.4 CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud encargado de emitir las políticas de salud en materia de donación y de trasplante de órganos y tejidos, así como supervisar el cumplimiento de la normativa aplicable.

4.5 Comité Interno de Trasplantes: Es el organismo a que se refiere el párrafo II artículo 316 de la Ley General de Salud que se integra en cada establecimiento, para llevar a cabo actos de disposición de órganos y tejidos de donante fallecido, en la modalidad de trasplante, el cual deberá ser presidido por el Director de la Unidad Médica y cuya función principal es la selección de disponentes y receptores para trasplante.

4.6 Consulta de primera vez: Atención ambulatoria inicial que se otorga al individuo que se presenta con el formato de referencia-contrarreferencia o una nota médica de envío del segundo nivel de atención, para valoración médica de alta especialidad.

4.7 consulta médica subsecuente: Atención ambulatoria continua otorgada a la población derechohabiente que ya fue valorado en la consulta de primera vez y que requiere continuar con la atención especializada.

4.8 derechohabiente: La o el asegurado, la o el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en términos de la Ley del Seguro Social tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.9 donación: Consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes de acuerdo a la Ley General de Salud.

4.10 donador: Al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o algunos componentes, para su utilización en trasplantes

4.11 función renal: valor de la depuración de creatinina mayor o igual a 80ml/min/m² de superficie corporal, proteinuria en adultos menor a 1g en 24 horas o 20 mg/m² de superficie corporal/hr en niñas o niños, en los últimos 6 meses.

4.12 IMSS y/o Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social

4.13 Médico No Familiar tratante: Profesional de la medicina que ostenta un postgrado, que lo acredita como especialista en cierta rama de la medicina y que, con ese carácter labora en los servicios médicos del Instituto.



4.14 no derechohabiente: El paciente que, en los términos de la Ley, no tiene derecho a recibir las prestaciones que otorga el Instituto y que accede a los servicios médicos que éste presta, en los casos y términos previstos por la Ley.

4.15 oportunidad: El principio que deben observar las Unidades Médicas de segundo nivel y UMAE para brindar al derechohabiente y a la población usuaria la atención respectiva cuando la requieren en el menor tiempo posible, conforme a los recursos institucionales disponibles.

4.16 órgano: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos.

4.17 Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD): Las delegaciones estatales y regionales que se establece el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social en el artículo 2, la fracción IV, inciso a).

4.18 paciente: Individuo que interactúa con el personal de salud en los procesos de la atención médica antes y después del trasplante de un órgano o tejido.

4.19 paciente con post operatorio tardío: Paciente que ha completado 12 meses de haber sido sometido a trasplante.

4.20 nota de referencia – contrarreferencia: Procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío – recepción-regreso del paciente, con el propósito de brindar atención médica integral.

4.21 servicio de trasplante: Atención que otorga el instituto en las UMAE y Hospitales Generales a través de personal y espacio físico específico a sus derechohabientes y los no derechohabientes, para el fomento de las donaciones de órganos y la práctica de trasplantes, cumpliendo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud y su Reglamento en la materia.

4.22 trasplante: Procedimiento quirúrgico que implica la transferencia de un órgano, de una parte, del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integra al organismo, cuyo propósito es restablecer la función perdida de un órgano enfermo e irrecuperable, sustituyéndolo por uno sano.

4.23 Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE): Unidad de operación administrativa desconcentrada, con capacidad tecnológica y resolutive para otorgar atención médica a padecimientos de alta complejidad o con necesidad de recursos, diagnóstico terapéutico sofisticados o altamente especializados, con rectoría técnica médica.

4.24 Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención: Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por



los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento.

4.25 vigencia de derechos: Procedimiento técnico administrativo para certificar que la persona tiene vigente sus derechos para recibir las prestaciones que brinda el IMSS.

5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 El presente procedimiento consolida y deja sin efecto los siguientes documentos:

- “Procedimiento para la referencia al Programa de Trasplante Renal, protocolo de estudio, valoración clínica del donador vivo y del receptor, y criterios para la contrarreferencia” con clave 2400-003-006, registrado el 17 de diciembre 2009.
- “Procedimiento para la referencia al Programa de Trasplante de Córnea, evaluación clínica del candidato a trasplante y criterios para la contrarreferencia” con clave 2400 003 007, registrado el 21 diciembre de 2012.

5.1.2 Corresponde a la CDTOTC interpretar y actualizar el presente procedimiento, así como resolver los casos no previstos en el mismo.

5.1.3 El incumplimiento de las disposiciones incluidas en el presente documento por los servidores públicos involucrados será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.4 El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

Para protocolo de estudio del paciente candidato a donador renal, receptor de riñón, córnea, hígado o de corazón, podrá enriquecerse a criterio médico en beneficio del paciente y se tomarán como requerimientos mínimos los exámenes de laboratorio, gabinete y los resultados de las interconsultas solicitados en los siguientes formatos:

- “Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal”, clave 2C10-A09-001 (Anexo 1)
- “Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal”, clave 2C10-A09-002 (Anexo 2)



- “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea”, clave 2C10-A09-003 (Anexo 3)
- “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado”, clave 2C10-A09-004 (Anexo 4)
- “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón”, clave 2C10-A09-005 (Anexo 5)

5.1.5 En el caso de trasplante renal con donante vivo, el tiempo máximo para que el paciente se someta a la cirugía será de seis meses, considerándose éste a partir de la primera consulta; el Comité Interno de Trasplantes, será el único que puede autorizar mayor tiempo y sólo por beneficio del paciente.

5.1.6 El paciente candidato que cumpla los criterios para trasplante renal de donante cadavérico, previa autorización del Comité Interno de Trasplante será inscrito en el Sistema informático del Centro Nacional de Trasplantes.

5.1.7 Los criterios con los que deben cumplir los candidatos a trasplante son los siguientes:

A. Trasplante renal (de donador vivo):

- ✓ Grupo sanguíneo compatible con su donador.
- ✓ Edad menor a 65 años.
- ✓ Insuficiencia renal crónica.
- ✓ Depuración de creatinina igual o menor a 20 ml/min.
- ✓ Sin afección a órganos y sistemas que contraindiquen el trasplante.
- ✓ Sin infecciones activas.
- ✓ Sin enfermedades oncológicas en los últimos cinco años.
- ✓ Índice de masa corporal menor a 35.
- ✓ Sin o con tratamiento sustitutivo de la función renal.

B. Trasplante de córnea

- ✓ Edad menor o igual a 65 años,
- ✓ Enfermedad corneal susceptible de rehabilitación de la función visual mediante el trasplante, incluida en la clasificación I, II, III, en relación al pronóstico quirúrgico,
- ✓ Sin afección a órganos y sistemas que contraindiquen el trasplante,
- ✓ Sin infecciones activas
- ✓ Sin enfermedades oncológicas en los últimos cinco años
- ✓ Otras definidas por la especialidad

C. Trasplante de hígado

- ✓ Sin afección a órganos y sistemas que contraindiquen el trasplante,
- ✓ Sin infecciones activas
- ✓ Insuficiencia hepática crónica



- ✓ Hepatitis víricas y tóxicas
- ✓ Esteatosis masiva

D. Trasplante de corazón

- ✓ Sin afección a órganos y sistemas que contraindiquen el trasplante,
- ✓ Sin infecciones activas
- ✓ Compromiso hemodinámico debido a insuficiencia cardiaca.
- ✓ Choque cardiogénico refractario.
- ✓ Dependencia documentada a soporte inotrópico para mantener una perfusión adecuada.
- ✓ Consumo pico de O_2 < de 10 ml/kg/min con evaluación de metabolismo anaeróbico.
- ✓ Síntomas severos de isquemia, que limitan la actividad rutinaria y no son susceptibles de mejoría con revascularización por cualquier método
- ✓ Arritmias ventriculares sintomáticas recurrentes, refractarias a todas las modalidades terapéuticas
- ✓ Otras definidas por la especialidad

5.1.8 Cuando se trate de un trasplante de donador vivo, ambos candidatos (donador-receptor) tendrán citas simultáneas para su valoración.

5.1.9 En cada una de las citas otorgadas al paciente, se complementará la información en el original y copia del formato del Protocolo de estudio respectivo de acuerdo a la etapa del proceso de atención.

5.1.10 El derechohabiente, previa autorización del Comité Interno de Trasplante, podrá someterse a trasplante hasta por tres ocasiones como máximo.

5.2 Específicas

La CDTOTC, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Dirección de la UMAE y Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel

5.2.1 Serán responsables de la difusión, supervisión e implementación de este procedimiento.

El Director de la unidad médica de segundo nivel de atención o de UMAE

5.2.2 Será el responsable de apoyar en la gestión para el envío oportuno de los derechohabientes con enfermedades de riñón, córnea, hígado y corazón, al servicio de trasplante para su valoración como candidatos a la cirugía



El Director Médico de UMAE o Subdirector Médico de la unidad médica de segundo nivel de atención

5.2.3 Autorizará la solicitud de exención del cobro a paciente no derechohabiente, con base a la “Norma que establece las disposiciones para autorizar el protocolo de estudio, atención médica y exención del cobro de los gastos generados al donador vivo o cadavérico de órganos y tejidos no derechohabiente” 2000-001-002, (Apéndice A).

5.2.4 Gestionará la priorización de las solicitudes de exámenes de laboratorio, gabinete e interconsulta de la o el paciente candidato a donador renal y receptor a trasplante renal, córnea, hígado o corazón, que tengan la leyenda de “prioritario” ubicada en el extremo superior derecho.

El Jefe de Departamento Clínico o de Servicio, Jefa de Enfermería y la Coordinadora de Asistentes Médicas

5.2.5 Serán los responsables de otorgar facilidades para que el personal a su cargo, participe en la realización de los protocolos de estudio.

La o el Médico No Familiar tratante en segundo nivel de atención

5.2.6 Será responsable de la referencia oportuna de los derechohabientes con enfermedades de riñón, córnea, hígado y corazón, al servicio o área de trasplante para la valoración como candidatos a la cirugía.

La o el Médico No Familiar tratante de trasplante

5.2.7 Implementará las medidas necesarias para mantener la salud de la o el paciente que recibirá el trasplante, continuará la vigilancia de éste hasta que exista un órgano o tejido disponible y otorgará las citas necesarias de acuerdo con las características del padecimiento.

5.2.8 Elaborará las solicitudes que se requieran de acuerdo al “Protocolo de estudio”, con la independencia de que el paciente las presente o no en la cita de primera vez de la consulta del servicio o área de trasplante.

5.2.9 Anotará la leyenda “prioritario” en el extremo superior derecho de las solicitudes de exámenes de laboratorio, gabinete e interconsultas, relacionadas al protocolo de estudio.

5.2.10 Valorará en la consulta externa, por lo menos una vez al año o las que considere necesario, a la o el paciente candidato a trasplante de donador cadavérico registrado en las bases de datos del CENATRA y con mayor frecuencia cuando esté próximo a recibir el trasplante.

5.2.11 Ingresará al portal del Registro Nacional de Trasplantes y llenará en su totalidad la información de la o el donador y de la o el receptor del órgano o tejido.



5.2.12 Registrará en la “Base de datos de trasplantes” generada por la CDTOTC la totalidad de los trasplantes realizados y la enviará mensualmente por correo electrónico a dicha Coordinación.

La o el Médico No Familiar tratante de trasplante de UMAE

5.2.13 Efectuará con oportunidad la contrarreferencia, para la atención de la o el paciente de post operatorio tardío de trasplante, debiendo considerar las características médicas y los recursos institucionales.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	<p data-bbox="711 296 1442 359">Paciente que no cumple criterios de candidato a trasplante</p> <p data-bbox="613 405 1446 653">5. Explica a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable de manera clara y sencilla por qué no cumple criterios para el trasplante. Requisita la “Referencia – contrarreferencia 4-30-8/98” en original y dos copias y le entrega al paciente el original y una copia para su envío al segundo nivel de atención.</p> <p data-bbox="613 695 1446 873">6. Registra las acciones en la “Nota médica y prescripción 4-30-128/72”, la anexa al “Expediente clínico” junto con la copia de la “Referencia – contrarreferencia 4-30-8/98” y concluye esta parte del proceso.</p> <p data-bbox="732 915 1414 978">Paciente que cumple criterios de candidato a trasplante</p> <p data-bbox="613 1020 1446 1094">7. Requisita de acuerdo con el órgano o tejido a trasplantar los siguientes formatos:</p> <ul data-bbox="613 1136 1325 1199" style="list-style-type: none">• “Exámenes básicos de laboratorio MF-8/93”• “Estudios radiográficos F4-30-2/2000” <p data-bbox="711 1241 1057 1272">y los entrega al paciente.</p> <p data-bbox="613 1314 1446 1535">8. Explica de manera clara y sencilla a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable cada una de las fases a seguir de acuerdo con el Protocolo de estudio del trasplante a realizar de riñón o córnea o hígado o corazón, el motivo de consulta y aclara dudas.</p> <p data-bbox="613 1577 1446 1787">9. Explica a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable, que una vez concluido el Protocolo de estudio se presenta su caso al Comité Interno de Trasplante, para posteriormente inscribirlo en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes y otorgarle su folio.</p> <p data-bbox="613 1829 1446 1934">10. Explica de manera clara y sencilla a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable los riesgos y beneficios de la cirugía y aclara dudas.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	<p>11. Analiza si la o al paciente requiere incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p style="text-align: center;">Si requiere incapacidad temporal</p> <p>12. Determina los días de incapacidad y realiza las actividades número 179 a 182 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención” clave 2430-003-016.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 13.</p> <p style="text-align: center;">No requiere incapacidad temporal</p> <p>13. Requisita “Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades” clave 2430-021-126, se lo entrega a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable y le informa el periodo de tiempo para su próxima valoración.</p> <p>NOTA: El “Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades” clave 2430-021-126, es el Anexo 23 del “Procedimiento para la Planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en la Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención clave 2430-003-016.</p> <p>14. Notifica el caso a la Asistente Médica para que dé prioridad a las citas de las solicitudes para laboratorio y gabinete derivadas del Protocolo de estudio de riñón o córnea o hígado o corazón según corresponda.</p> <p>15. Solicita a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable que pase con la Asistente Médica para agendar su cita y se despide.</p> <p>16. Escribe la fecha y hora de la cita otorgada en la “Nota médica de primera vez” y realiza las actividades número 187, 358 y 359 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención” clave 2430-003-016.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	Continúa en la actividad 17.
Enfermera asignada al consultorio	<p>17. Recibe del Médico No Familiar tratante “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99” e inicia actividades del número 361 a 362 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención” clave 2430-003-016.</p> <p>Continúa en la actividad 18.</p>
Asistente Médica	<p>18. Recibe la notificación del caso por parte del Médico No Familiar tratante y comunica sobre la prioridad del caso al personal responsable de otorgar las citas para laboratorio y gabinete, realiza la actividad número 363 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención” clave 2430-003-016.</p> <p style="text-align: center;">Fase 2 Valoración médica en la cita subsecuente</p>
Médico No Familiar tratante	<p>19. Recibe a la o al paciente con su familiar o persona legalmente responsable, analiza los “Resultados de los estudios” de laboratorio y gabinete, determina si es candidato al trasplante.</p> <p style="text-align: center;">La o el paciente no es candidato a trasplante</p> <p>20. Explica a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable de manera clara y sencilla, el motivo por el que no se considera candidato o candidata para el trasplante y aclara dudas.</p> <p>21. Elabora la “Referencia – contrarreferencia 4-30-8/98” en original y dos copias, entrega original y una copia a la o el paciente o familiar o persona legalmente responsable, anexa la otra copia al “Expediente clínico” y concluyen esta parte del proceso.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	<p style="text-align: center;">La o el paciente es candidato a trasplante</p> <p>22. Comunica la determinación a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable y le explica la siguiente fase del Protocolo de estudio de riñón o córnea o hígado o corazón, según corresponda.</p> <p>23. Elabora la “Solicitud de servicios (Interconsulta) 4-30-200” clave 2430- 021-117 y la entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable para interconsulta en las siguientes especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Psiquiatría,• Maxilofacial,• Otorrinolaringología,• Ginecología (para mujeres),• Trabajo social,• Nefrología,• Urología,• Otras (a criterio del Médico No Familiar Tratante) <p>NOTA: La “Solicitud de servicios (Interconsulta) 4-30-200” clave 2430- 021-117, es el Anexo 24 del “Procedimiento para la Planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en la Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención” clave 2430-003-016.</p> <p>24. Aclara dudas a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable, indica el periodo de tiempo para realizar próxima cita y les despide.</p> <p>25. Notifica el caso a la Asistente Médica para dar prioridad al otorgamiento de las citas de las especialidades consultadas.</p>
Asistente Médica	<p>26. Recibe notificación y comunica sobre la prioridad del caso a la Asistente Médica de los controles respectivos.</p>
Asistente Médica del control respectivo	<p>27. Recibe la notificación y le otorga la cita “prioritaria” al paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades		
Médico No Familiar tratante	<p style="text-align: center;">Fase 3</p> <p style="text-align: center;">Cita subsecuente para conclusión de estudios</p> <p>28. Explica a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable de la conclusión del “Protocolo de estudio” y de la presentación del caso ante el Comité Interno de Trasplantes.</p> <p>29. Informa a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable, que será localizado por teléfono y citado para darle a conocer la decisión del Comité Interno de Trasplantes, confirma los datos personales registrados en el “Expediente clínico” y le despide.</p> <p>30. Requisita en el original y copia del “Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal”, clave 2C10-A09-001 (Anexo 1) o “Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal”, clave 2C10-A09-002 (Anexo 2) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea”, clave 2C10-A09-003 (Anexo 3) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado”, clave 2C10-A09-004 (Anexo 4) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón”, clave 2C10-A09-005 (Anexo 5) según corresponda, el motivo de consulta de acuerdo con los resultados obtenidos durante su estudio y lo resguarda hasta la presentación ante el Comité Interno de Trasplantes.</p> <p style="text-align: center;">Fase 4</p> <p style="text-align: center;">Presentación del caso ante el Comité Interno de Trasplante</p> <p>31. Presenta el caso clínico de la o del paciente ante el Comité Interno de Trasplante en la fecha y hora próxima inmediata, de acuerdo con la programación anual y el Protocolo de estudio de riñón o córnea o hígado o corazón, según corresponda el motivo de consulta.</p> <td data-bbox="142 1755 612 1936">Comité Interno de Trasplantes</td> <td data-bbox="612 1755 1476 1936">32. Analiza el caso y determina la aceptación o no para la realización del trasplante.<p style="text-align: center;">Aceptación del trasplante</p></td>	Comité Interno de Trasplantes	32. Analiza el caso y determina la aceptación o no para la realización del trasplante. <p style="text-align: center;">Aceptación del trasplante</p>



Responsable	Descripción de actividades
Comité Interno de Trasplantes Médico No Familiar responsable del servicio o área de trasplante	<p>33. Instruye a la o al Médico No Familiar responsable del servicio o área de trasplante correspondiente, que ingrese los datos de la o el paciente al “Registro Nacional de Trasplantes”.</p> <p>34. Registra los datos de la o del paciente en el “Registro Nacional de Trasplante” y obtiene el folio.</p> <p>35. Comunica al Comité Interno de Trasplantes y al Médico No Familiar tratante, el folio otorgado.</p> <p>Continúa en la actividad 38.</p> <p style="text-align: center;">No aceptación del trasplante</p>
Comité Interno de Trasplantes Médico No Familiar tratante	<p>36. Comunica a la o al Médico No Familiar tratante, la decisión y el motivo por el cual no se acepta la realización del trasplante.</p> <p>37. Coloca una X en el rubro NO aceptación del “Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal”, clave 2C10-A09-001 (Anexo 1) o “Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal”, clave 2C10-A09-002 (Anexo 2) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea”, clave 2C10-A09-003 (Anexo 3) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado”, clave 2C10-A09-004 (Anexo 4) o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón”, clave 2C10-A09-005 (Anexo 5) según corresponda y registra el motivo de la no aceptación en la sección de conclusiones.</p> <p>38. Comunica la determinación del Comité Interno de Trasplantes a la Trabajadora Social, le solicita localizar a la o al paciente y concertar cita para la notificación.</p>
Trabajadora Social	<p>39. Acude con la Asistente Médica y le solicita fecha y hora para programar consulta médica subsecuente para la o el paciente.</p>
Asistente Médica	<p>40. Localiza la fecha más cercana disponible en la “Agenda de citas 4-30-7” o “Agenda electrónica (SICEH)”, realiza las anotaciones respectivas y registra los siguientes datos:</p>



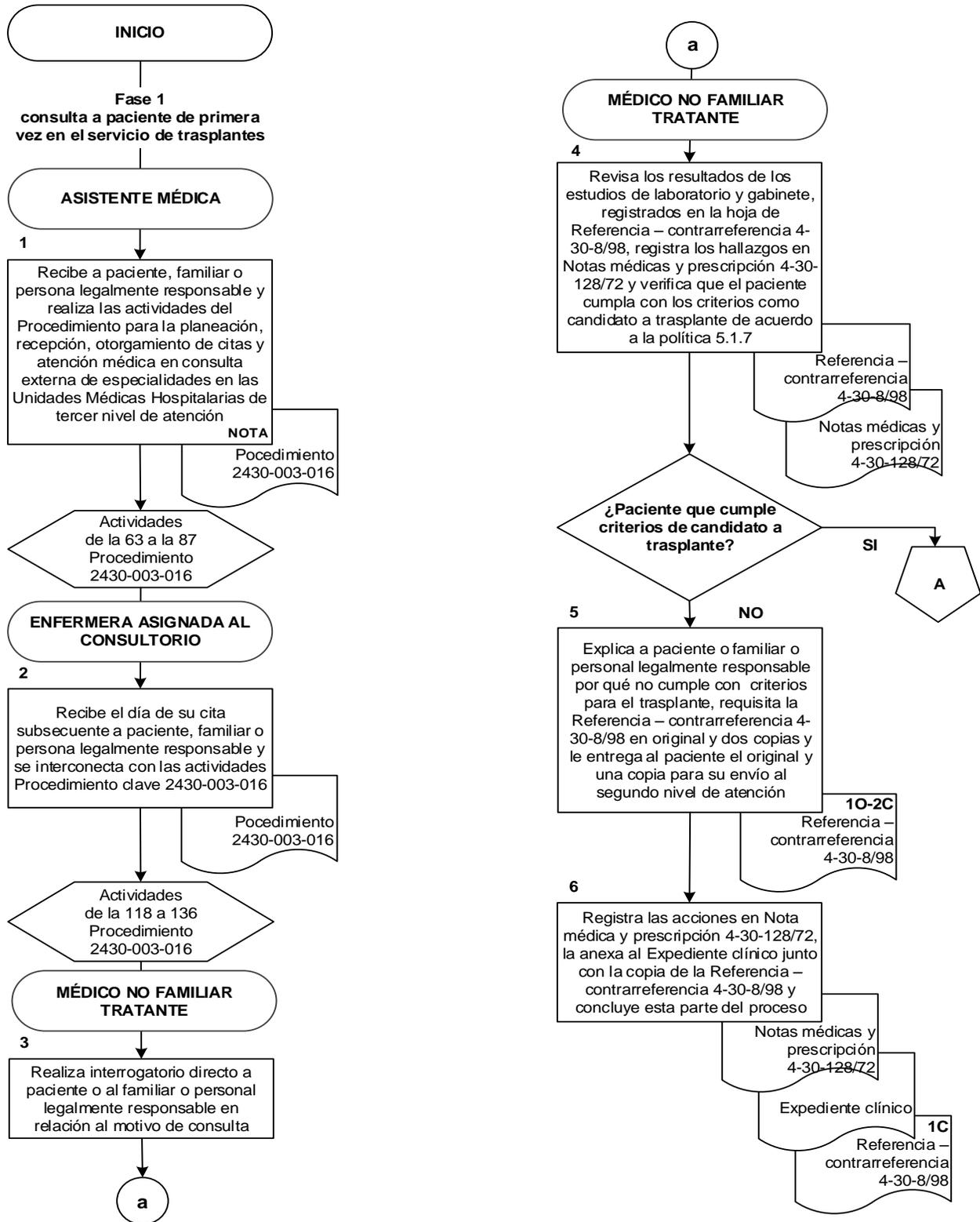
Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	<p>51. Informa a la o al paciente o familiar o personal legalmente responsable los criterios legales para la asignación del órgano o tejido, anota el folio obtenido ante el “Registro Nacional de Trasplantes”, lo registra en la “Nota médica y prescripción 4-30-128/72”, la anexa en el “Expediente clínico” y aclara dudas.</p> <p>NOTA: Esta acción la realiza en apego al Título Décimo Cuarto, Capítulo II Donación y Capítulo III de la Ley General de Salud.</p> <p>52. Explica a la o al paciente de manera clara y sencilla, la secuencia de eventos que sucederán para realizar el trasplante y le informa que será contactado cuando exista disponibilidad de un órgano o tejido viable de cadáver.</p> <p>53. Informa al paciente que deberá continuar con el manejo médico de su enfermedad en la unidad médica que le refirió, hasta que exista la disponibilidad del órgano o tejido para su trasplante por lo que le entrega original y dos copias de la “Referencia – contrarreferencia 4-30-8/98”.</p> <p>54. Aclara dudas de la información otorgada y lo despide.</p> <p>55. Informa al Comité Interno de Trasplantes la existencia de un paciente donante fallecido y de los candidatos para trasplante.</p> <p>56. Realiza el trasplante y de acuerdo con el órgano trasplantado determina la contrarreferencia del paciente.</p> <p style="text-align: center;">Trasplante de córnea o corazón o hígado</p> <p>57. Da de alta al paciente, le comunica que la atención médica se le dará en consulta externa para seguimiento post operatorio del trasplante con función presente y concluye esta parte del proceso.</p> <p style="text-align: center;">Trasplante renal</p>

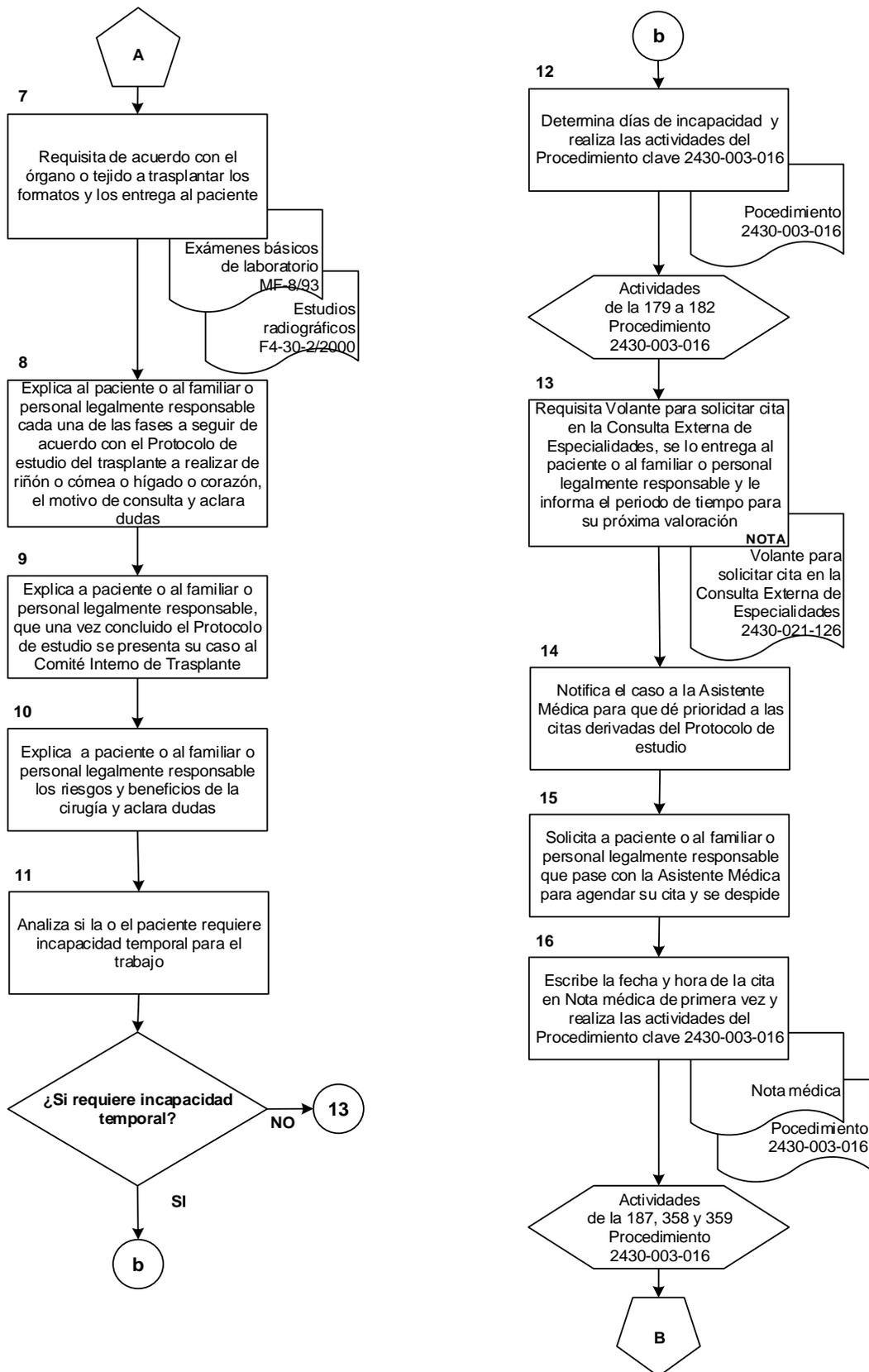


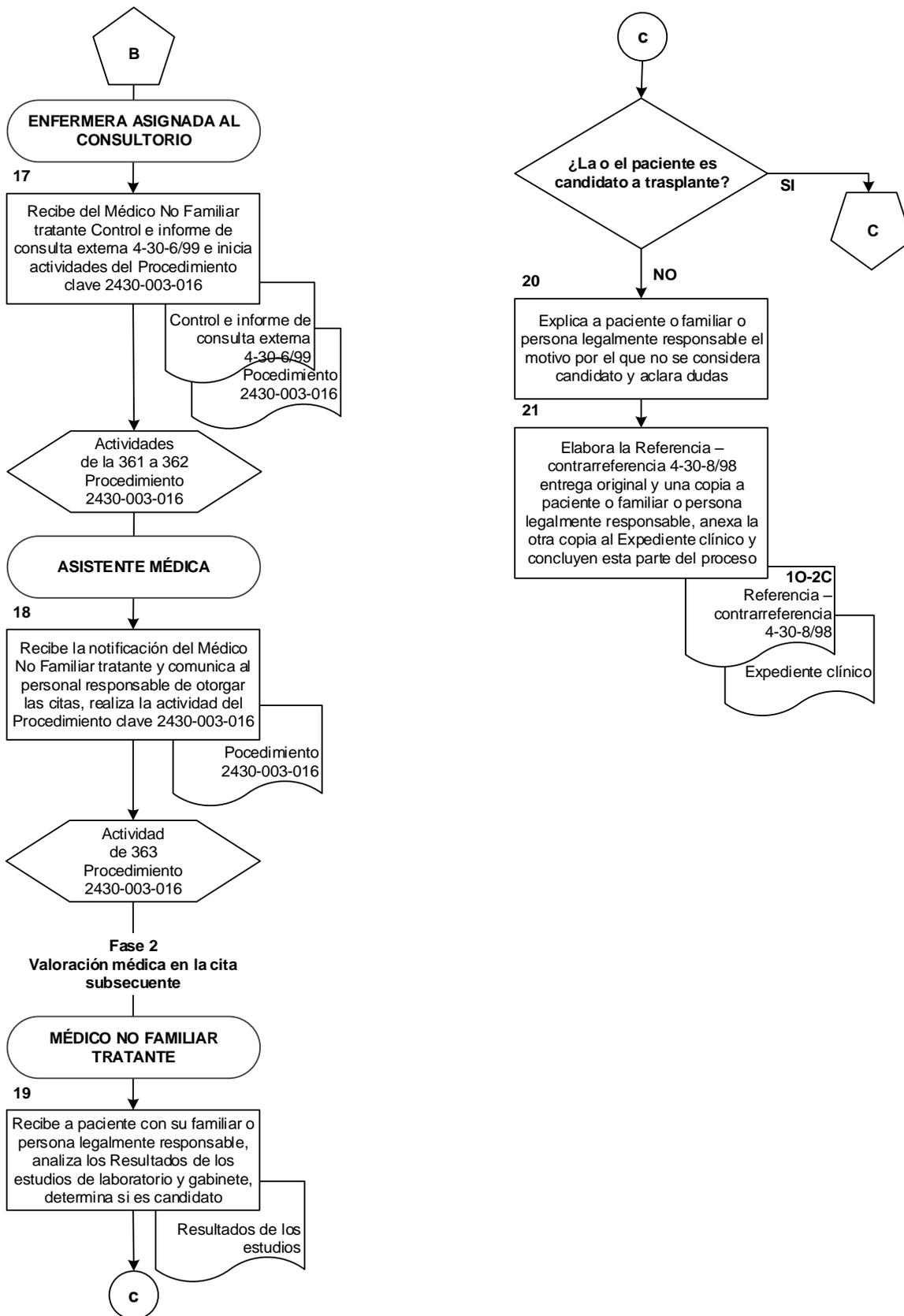
Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar tratante	<p>58. Informa a la o al paciente de su alta del servicio y que su atención médica se otorgará en su unidad médica que lo refirió, lo contrarrefiere con base a los “Lineamientos para la contrarreferencia del paciente a la unidad médica de segundo nivel con post operatorio tardío de trasplante renal”, clave 2C10-A13- 001 (Anexo 6).</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

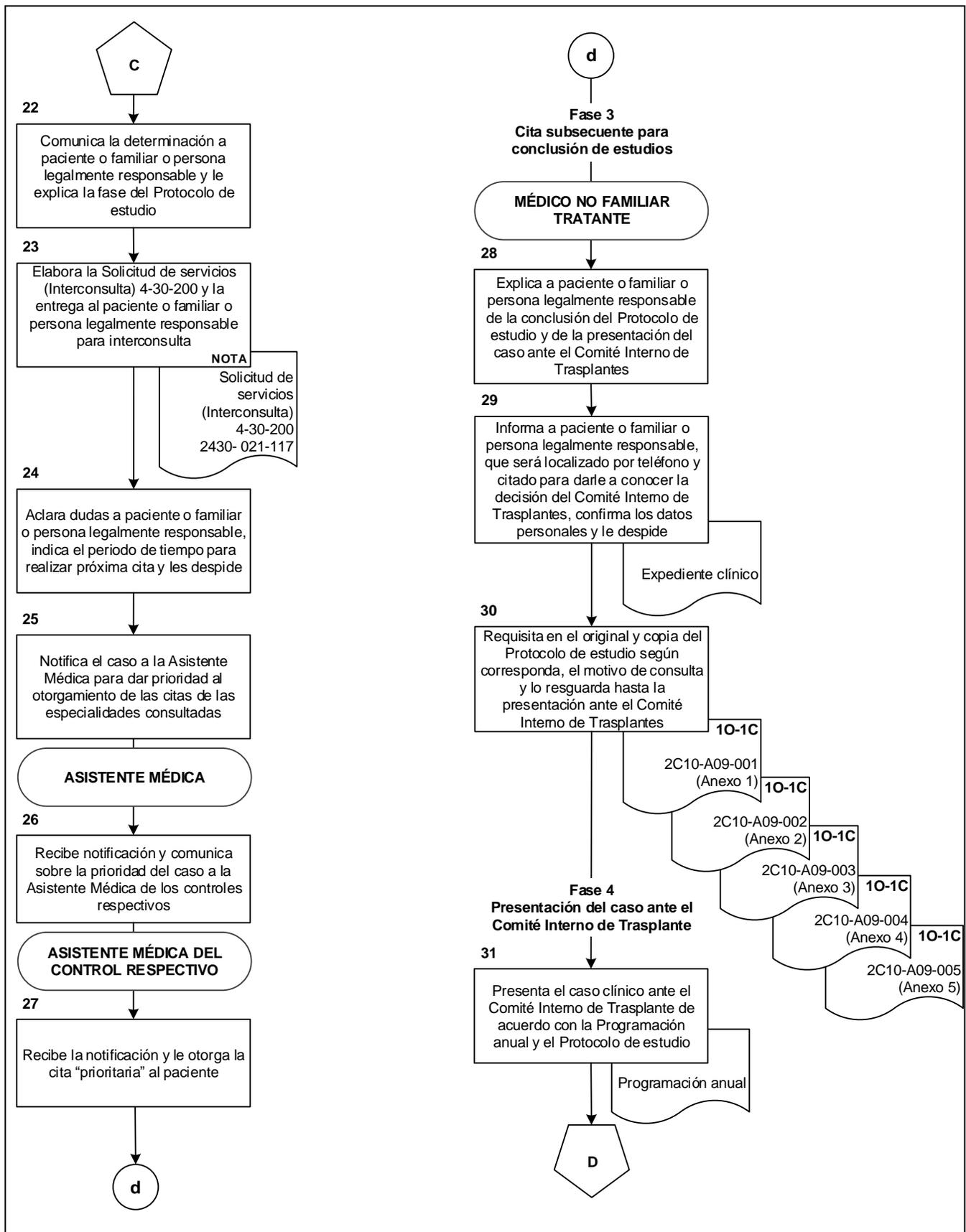


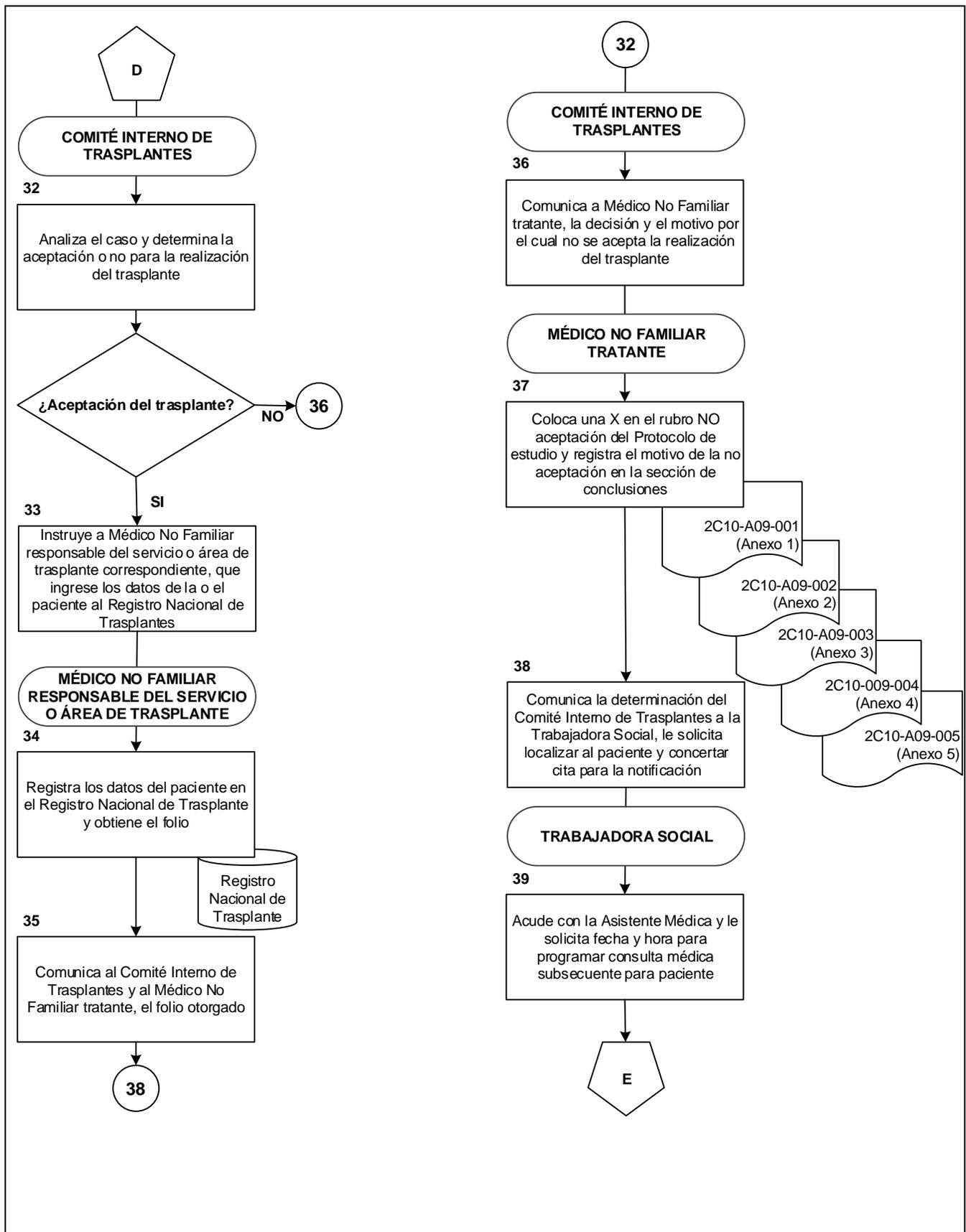
7. Diagrama de flujo

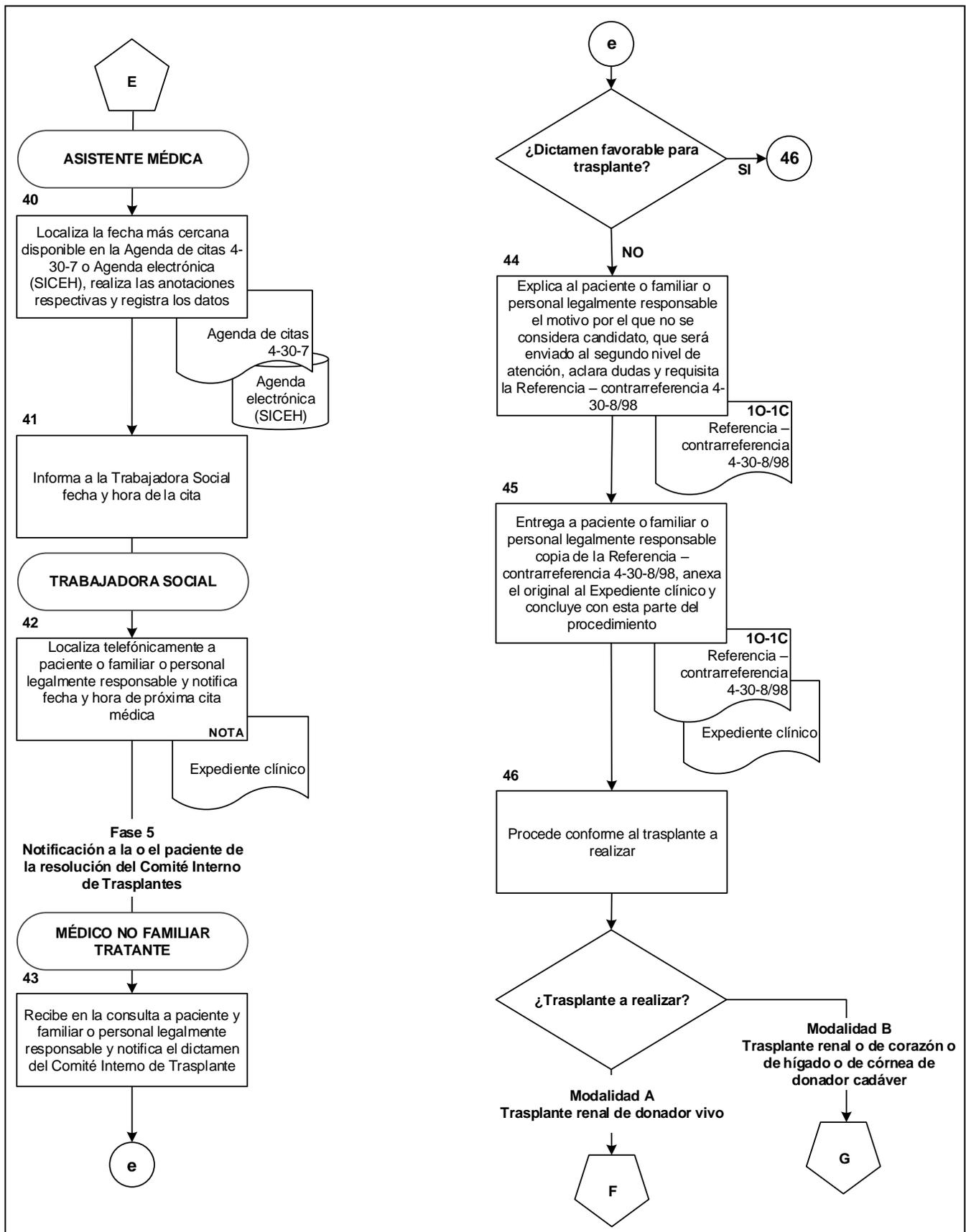


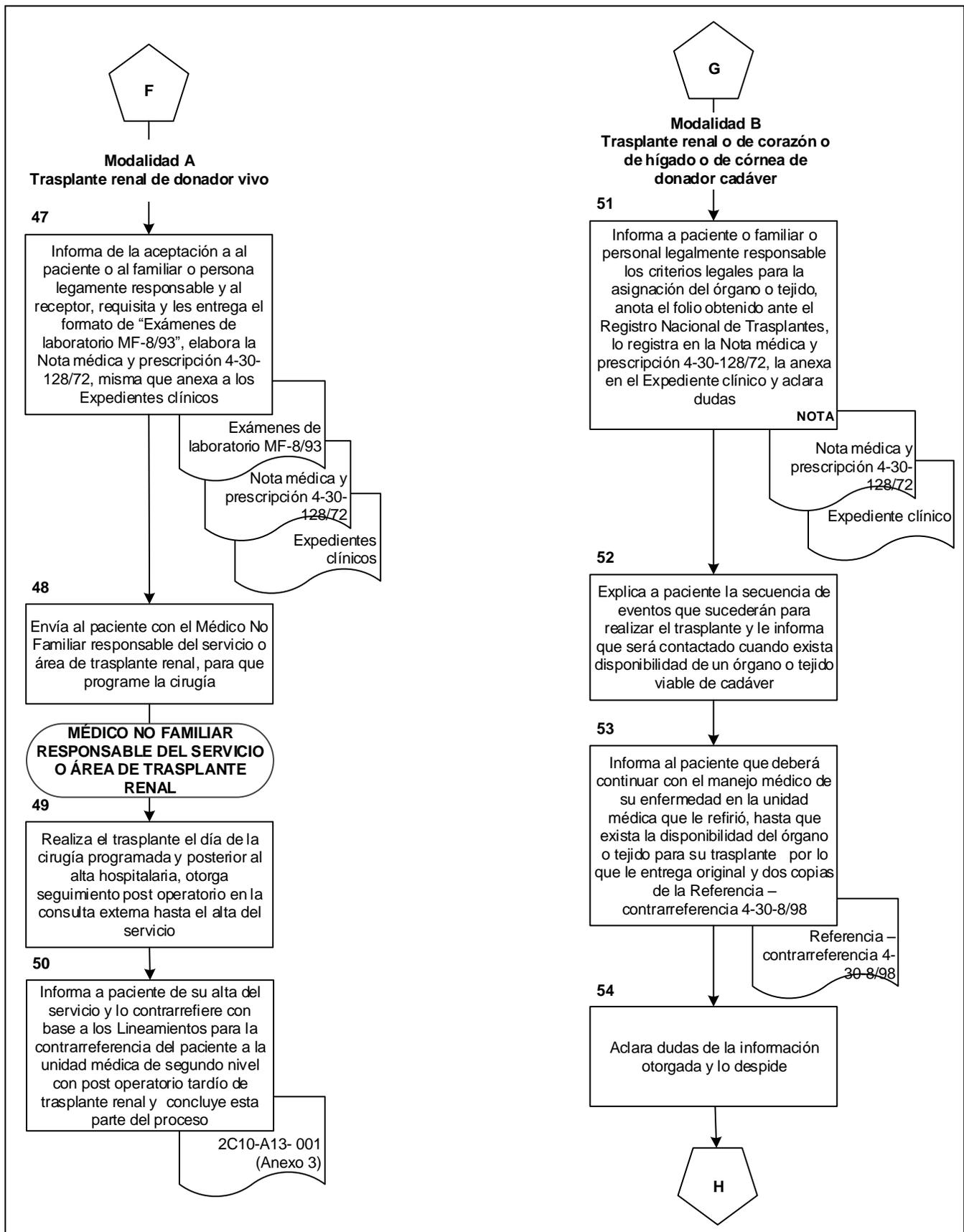


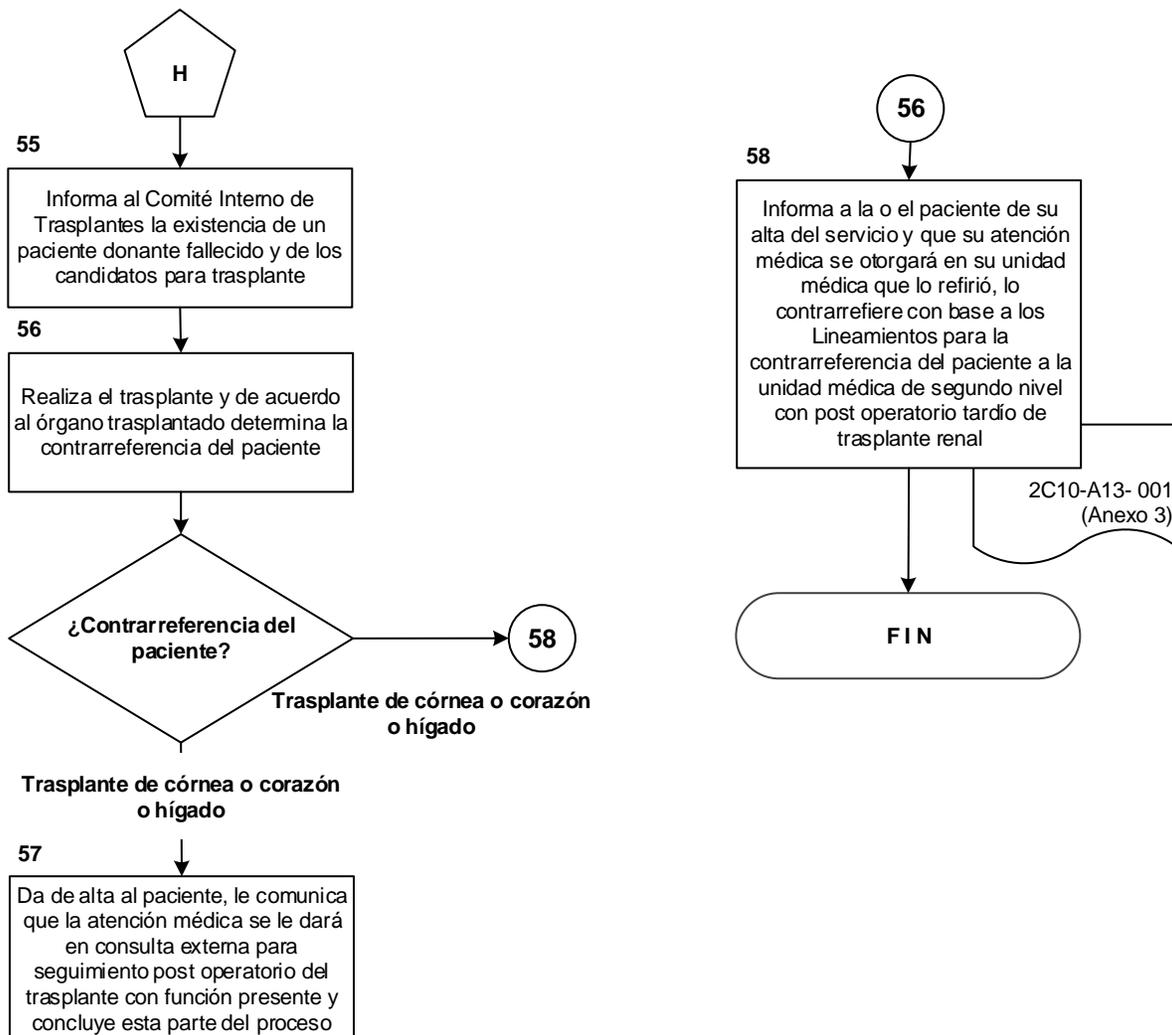














ANEXO 1

**Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal
2C10-A09-001**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE RENAL

NOMBRE : (1)			
NSS : (2)	CURP : (3)		ESTADO CIVIL : (4)
DOMICILIO: (5)			
CORREO ELECTRÓNICO: (6)			
SEXO: (7)	EDAD: (8)	PESO (Kg): (9)	TALLA: (10)
IMC: (11)	TELEFONOS (FIJO Y CELULAR) (12)		GRUPO SANGUINEO (13)
1ª PRUEBA CRUZADA: (14)			FECHA: (15)
FECHA DE INICIO DEL PROTOCOLO: (16)		FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO: (17)	

HISTORIA CLÍNICA (18)

AHF:	RELIGIÓN:		
APP:	AGO:		
CAUSA DE LA IRC:	EF:		
DIÁLISIS () FECHA _____	PREDIÁLISIS () FECHA _____	HEMODIÁLISIS () FECHA _____	URESIS SI () NO ()
ACCESOS VASCULARES ()	FECHA: _____	VOLUMEN 24hrs _____	
PERITONITIS: SI ()	NO ()	NÚMERO DE EVENTOS:	
TRANSFUSIONES: SI ()	NO ()	Número: _____	Fecha de la última: _____
TRASPLANTES PREVIOS SI () NO ()	FECHA 1er TRASPL _____	CAUSA PERDIDA 1°	
	FECHA 2° TRASPL _____	CAUSA PERDIDA 2°	
BIOPSIA: SI ()	NO ()	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:	
INMUNIZACIONES: HEPATITIS A y B, VARICELA Y PNEUMOCOCO			

LABORATORIO METABÓLICO 1ra parte (VIGENCIA: TRES MESES) (19)

Biometría Hemática Completa						Fecha:	
Hb:	Hto:	Leuc:	Neutr	Linfos:	Bas:	Eos:	
Plaquetas:			Química Sanguínea			Fecha:	
Gluc:	Urea:	Creat:	Na:	K:	Cl:		
Calcio:	Mg:	Fósforo:	F. alcalina:	DHL:	Ácido Úrico:		

2C10-A09-001



LABORATORIO METABOLICO 2ª parte (VIGENCIA: TRES MESES)

20

Colesterol:	Triglicéridos:	BI:	BD:	BT:	Prot.
Alb:	Glob:	Rel A/G	TGO (AST):	TGP (ALT):	OTROS:
Antígeno Prostático (a partir de los 45 años)				Depuración de Creatinina y Albúmina en orina de 24 hrs:	
PRUEBA INMUNOLÓGICA DE EMBARAZO:				FECHA:	
PARATOHORMONA:				FECHA:	
PAPANICOLAOU:				FECHA:	

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (VIGENCIA: TRES MESES)

21

TP:	TPT:	INR:
-----	------	------

CULTIVOS (VIGENCIA: SEIS MESES)

22

Urocultivo:	Fecha:
Exudado faríngeo:	Fecha:

SEROLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES)

23

VEB IgG	VEB IgM	CMV IgG:	CMV: IgM:
Hepatitis B:	Hepatitis C:	VDRL:	
HIV:	OTROS:		

LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES)

(a criterio del médico, de acuerdo con las circunstancias del paciente)

24

Inmunología:					Fecha:
IgA:	IgE:	IgG:	IgM:	C3:	C4:
Ch50:	ANA:	Anticuerpo Anti-membrana Basal: (sólo si se requiere)	PANCA:	Anti-DNA:	
PRA:	Fecha:	Anticuerpo anti-donador específico:	Fecha:		
CLASE I:					
CLASE II:					
HLA:					Fecha:
OTRO:					

ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (VIGENCIA: SEIS MESES)

25

US RENAL	Fecha:
US PÉLVICO	Fecha:
MASTOGRAFÍA (con AHF positivos a partir de 35; sin AHF a partir de los de 40)	Fecha:
ECOCARDIOGRAMA: (a criterio médico)	Fecha:
RX DE SENOS PARANASALES: EN SERIE (3)	Fecha:
CISTOGRAMA MICCIONAL: (a criterio del médico):	Fecha:
OTROS. (a criterio médico: coronariografía, gamagrama cardíaco, prueba de esfuerzo, serie ósea metabólica, Papanicolaou)	Fecha: 2C10-A09-001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE RENAL

INTERCONSULTAS (VIGENCIA: DOCE MESES) (26)

CARDIOLOGÍA (vigencia: seis meses)	Fecha:
UROLOGÍA:	Fecha:
TRABAJO SOCIAL:	Fecha:
ENDOCRINOLOGÍA: (estudios especiales a criterio del médico).	Fecha:
OTRAS ESPECIALIDADES (sí fuera necesario necesario)	Fecha:

**CONCLUSIONES
RECEPTOR**

: FECHA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES: (27)	ACEPTACIÓN: SÍ () NO () (28)
PENDIENTES: (29)	

NÚMERO DE FOLIO: (30)

(31)

NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROTOCOLO



ANEXO 1

Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial receptor.
2	NSS	Número de seguridad social asignado al potencial receptor como derechohabiente del IMSS. NOTA: Anotar no derechohabiente cuando así fuese el caso.
3	CURP	Número de clave única de registro poblacional.
4	Estado civil	Estado civil del potencial receptor. NOTA: Casado, soltero, divorciado viudo, unión libre.
5	Domicilio	Orden progresivo: nombre de la calle, número exterior, número interior (si lo hubiera), nombre de la colonia o fraccionamiento, código postal, municipio o delegación y entidad federativa.
6	Correo electrónico	Escribir correctamente y completo
7	Sexo	Masculino o femenino según el género del potencial receptor.
8	Edad	Años cumplidos del potencial receptor. NOTA: Sí fuera menor de cinco años, anotar también los meses.
9	Peso	Peso expresado en kilogramos.
10	Talla	En centímetros.
11	IMC	En percentiles.
12	Teléfono	Número de teléfono fijo y número de teléfono móvil (si la hubiera).

2C10-A09-001



ANEXO 1
Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Grupo sanguíneo	En mayúsculas la letra que corresponda al sistema AB0
14	1ª Prueba cruzada	Negativo o positivo, según sea el caso.
15	Fecha	Día, mes y año de realizada la prueba cruzada linfocitaria.
16	Fecha de inicio del Protocolo de estudio	Día, mes y año, en que el potencial receptor inicia el Protocolo de estudio.
17	Fecha de terminación del Protocolo de estudio	Día, mes y año, en que el potencial receptor termina el Protocolo de estudio.
18	Historia clínica	Solo la información relevante en el espacio correspondiente.
19	Laboratorio Metabólico 1ra parte	Cantidades relacionadas con los niveles séricos
20	Laboratorio metabólico 2a parte	Cantidades relacionadas con los niveles séricos
21	Pruebas de Coagulación	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del potencial receptor.
22	Cultivos	Resultado bacteriológico; en caso de ser positivo, anotar microorganismo.
23	Serología	Reactividad.
24	Laboratorio de inmunología	Registre reactividad del sistema inmunológico.
25	Estudios auxiliares de diagnóstico	Descripción y diagnóstico del servicio que realizo el estudio.
26	Interconsultas	Diagnósticos y recomendaciones.

2C10-A09-001



ANEXO 1
Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
27	Fecha de presentación al Comité Interno de Trasplantes.	Día, mes y año, de la presentación de los protocolos de estudio concluidos de los pacientes, ante el Comité Interno de Trasplantes.
28	Aceptación	Una x dentro del paréntesis que corresponda.
29	Pendientes	Estudios auxiliares del diagnóstico, Interconsultas o recomendaciones.
30	Número de folio	Número consecutivo del registro en la base de datos del Centro Nacional de Trasplantes.
31	Nombre, firma del responsable del Protocolo de estudio	Nombre, matrícula y firma del responsable de la realización del Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal

2C10-A09-001



ANEXO 2

Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal
2C10-A09-002



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DONADOR VIVO PARA TRASPLANTE RENAL

NOMBRE: (1)			
NSS: (2)	CURP: (3)	ESTADO CIVIL: (4)	
DOMICILIO: (5)		CORREO ELECTRÓNICO: (6)	
SEXO: M () (7) F ()	EDAD: (8)	PESO: (9)	TALLA: (10)
Índice de Masa Corporal en percentiles: (11)	GRUPO SANGUINEO (12)	TELÉFONOS: (13)	
PARENTESCO: (14)			

HISTORIA CLÍNICA (15)

AHF:	
APP:	AGO:
RELIGIÓN:	
PA :	EXPLORACIÓN FÍSICA: (T/A de pie y decúbito, tatuajes, etc)
1ª. PRUEBA CRUZADA: (16)	FECHA: (17)

LABORATORIO METABÓLICO 1ra parte (VIGENCIA SEIS MESES) (18)

Biometría Hemática Completa					FECHA:	
Hb:	Hto:	Leuc:	Neutrofilos:	Linfocitos:	Basófilos	
Eosinófilos:			Plaquetas:			

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (VIGENCIA: SEIS MESES) (19)

TP:	TPT:	Otros: (a criterio médico)
-----	------	----------------------------



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DONADOR VIVO PARA TRASPLANTE RENAL

LABORATORIO METABÓLICO 2ª parte (VIGENCIA: SEIS MESES)

20

Glucosa: (mg/dl)	Urea: (mg/dl)	Creatinina: (mg/dl):	Na: (mEq/L):	K: (mEq/L):	Cl: (mEq/L):
Cl: (mEq/L):	Ca: (mEq/L):	P: (mg/ml)	Mg: (mEq/L):	P Ca/P:	F. Alc: (mg/dl):
Colesterol:	Triglicéridos:	Bl:	BD:	BT:	Prot. Totales:
TGO (AST):			TGP (ALT):		
Alb:			Ácido Úrico, mg/dl:		
Dep. Creatinina y albúmina en orina de 24 hrs. (mayor de 85 ml/min.)					

EXAMEN GENERAL DE ORINA Y CULTIVO (VIGENCIA: SEIS MESES)

21

FECHA:	pH:	Densidad:	Prot:
Bil:	Gluc:	Hb :	Eritros:
Leucos:	Bacterias:	UROCULTIVO:	FECHA:

SEROLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES)

22

CMV: IgG:	FECHA:	CMV: IgM:	FECHA:
Hepatitis B:	FECHA:	Hepatitis C:	FECHA:
HIV:	FECHA:	VDRL:	FECHA:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DONADOR VIVO PARA TRASPLANTE RENAL

GABINETE (VIGENCIA: SEIS MESES)

23

RADIOGRAFÍA DE TÒRAX:	FECHA:	UROGRAFÍA EXCRETORA O UROTAC:	FECHA:
US RENAL:	FECHA:	ELECTROCARDIOGRAMA:	FECHA:
GAMAGRAMA RENAL: (a criterio médico)	FECHA:	FGT:	FGRD:
FGRI:	FPRET:	FPRD:	FPRI:
ANGIOGRAFÍA RENAL	FECHA:	COMENTARIO:	
(si se cuenta con el recurso de la: Angiotomografía o Angioresonancia, no realizar Arteriografía renal)			
DONADORA: ULTRASONIDO PÉLVICO:	FECHA:	PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO: (mujer menor de 50 años)	FECHA:
DONADOR: ANTÍGENO PROSTÁTICO: (mayor a 45 años de edad)	FECHA:	MASTOGRAFIA Y/O USG MAMARIO (mayores de 40 años):	
PAPANICOLAOU	FECHA:	OTROS: (a criterio médico)	

INTERCONSULTAS (VIGENCIA: DOCE MESES)

24

VALORACIÓN PREOPERATORIA	FECHA:
GINECOLOGÍA (a criterio del especialista)	FECHA:
OTRAS:	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DONADOR VIVO PARA TRASPLANTE RENAL

CONCLUSIONES

FECHA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES: (25)	ACEPTACIÓN: SÍ () NO () (26)
PENDIENTES: (27)	

NEFRECTOMÍA: IZQUIERDA () (28)	DERECHA ()
2ª PRUEBA CRUZADA (29)	FECHA: (30)
HLA DONADOR (a criterio médico) (31)	

NÚMERO DE FOLIO: (32) _____

(33)

NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA RESPONSABLE DEL PROTOCOLO



ANEXO 2
Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial receptor.
2	NSS	Número de seguridad social asignado al potencial receptor como derechohabiente del IMSS.
3	CURP	Número de clave única de registro poblacional.
4	Estado civil	Se debe colocar si es casado, soltero, divorciado viudo, unión libre.
5	Domicilio	Orden progresivo: nombre de la calle, número exterior, número interior (si lo hubiera), nombre de la colonia o fraccionamiento, código postal, alcaldía y entidad federativa.
6	Correo electrónico	Escribir correctamente y completo
7	Sexo	Marcar con una "X" en la letra correspondiente ("M" o "F") según el género del potencial receptor (Masculino o Femenino).
8	Edad	Años cumplidos del potencial receptor. NOTA: si fuera menor de cinco años, anotar también los meses.
9	Peso	Peso corporal expresado en kilogramos.
10	Talla	En centímetros.
11	Índice de Masa Corporal en percentiles	El Índice de masa corporal percentiles.
12	Grupo Sanguíneo	En mayúscula la letra que corresponda al sistema ABO según corresponda.
13	Teléfonos	Número de teléfono fijo y número de teléfono móvil (si lo hubiera).

2C10-A09-002



ANEXO 2
Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
14	Parentesco	Personalidad de quién se trate, ejemplo: padre, madre, hijo, hermano, hermana, tío, tía, sobrino, etc.
15	Historia clínica	Sólo la información relevante en el espacio correspondiente.
16	1ª Prueba cruzada linfocitaria	Negativo o positivo, según sea el caso.
17	Fecha	Día, mes y año de realizada la prueba cruzada linfocitaria.
18	Laboratorio	Cantidades relacionadas con los niveles séricos
19	Pruebas de coagulación	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del paciente.
20	Laboratorio metabólico	Cantidades relacionadas con los niveles séricos de la glucemia, función renal, función hepática.
21	Examen General de orina y cultivo	Describir los hallazgos
22	Serología	Reactividad y/o valores
23	Gabinete	Descripción y diagnóstico del servicio que realizó el estudio.
24	Interconsultas	Diagnósticos y recomendaciones
25	Fecha de presentación al Comité Interno de Trasplantes.	Día, mes y año, de la presentación de los protocolos de estudio concluidos de los pacientes, ante el Comité Interno de Trasplantes.
26	Aceptación	Una x dentro del paréntesis que corresponda.
27	Pendientes	Estudios auxiliares de del diagnóstico, interconsultas o recomendaciones
28	Nefrectomía.	Una x dentro del paréntesis que corresponda.

2C10-A09-002



ANEXO 2
Protocolo de estudio del donador vivo para trasplante renal
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
29	2ª Prueba cruzada linfocitaria	Negativo o positivo, según sea el caso.
30	Fecha	Día, mes y año de realizada la prueba cruzada linfocitaria.
31	Antígeno Mayor de Histocompatibilidad del donador	Haplotipos
32	Número de folio	Número del registro en la base de datos del CENATRA.
33	Nombre, matrícula y firma del responsable del Protocolo.	Nombre, matrícula y firma del responsable de la realización del Protocolo del donador vivo para trasplante renal

2C10-A09-002



ANEXO 3

**Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea
2C10-A09-003**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA

NOMBRE: (1)			
NSS: (2)	CURP: (3)	ESTADO CIVIL: (4)	
DOMICILIO: (5)		CORREO ELECTRÓNICO: (6)	
SEXO: (7)	EDAD: (8)	PESO (Kg): (9)	TALLA: (10)
IMC: (11)	TELEFONOS (FIJO Y CELULAR) (12)		GRUPO SANGUINEO (13)
FECHA DE INICIO DEL PROTOCOLO: (14)		FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO: (15)	

HISTORIA CLÍNICA (16)

AHF:	RELIGIÓN:
APP:	AGO:
PA:	EF:
TRANSFUSIONES: SI () NO () FECHA DE LA ÚLTIMA:	
TRASPLANTES PREVIOS SI () NO ()	FECHA 1er TRASP _____ FECHA 2° TRASP _____
	CAUSA PERDIDA 1° _____ CAUSA PERDIDA 2° _____
INMUNIZACIONES: HEPATITIS A y B, VARICELA Y PNEUMOCOCO	



EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (17)

EXPLORACIÓN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL		
DISCRIMINACIÓN DE COLOR		
CAPACIDAD VISUAL		
ANEXOS DEL GLOBO OCULAR		
LENSOMETRÍA		
QUERATOMETRÍA		
BIOMICROSCOPIA		
GONIOSCOPIA		
TONOMETRÍA		
FONDO DE OJO		
VÍAS LAGRIMALES (presencia ojo seco)		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA

LABORATORIO METABÓLICO (VIGENCIA: SEIS MESES)

18

Biometría hemática completa						FECHA:
Hb:	Hto:	Leuc:	Neutr.	Linfos:	Bas:	Eos:
PLAQUETAS:				QS. Fecha:		
Gluc:	Urea:	Creat:	Na:	K:	Cl:	
Calcio:	Mg:	Fósforo:	F. alcalina:	DHL:	Ácido Úrico:	
Colesterol:	Triglicéridos:	Bl:	BD:	BT:	Prot.	
Alb:	Glob:	Rel A/G	TGO (AST):	TGP (ALT):	OTROS:	

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (VIGENCIA: SEIS MESES)

19

TP:	TPT:	INR:
-----	------	------

SEROLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES)

20

FECHA DE PRESENTACIÓN:		FECHA DE LOS ESTUDIOS:	
Rubéola IgG:	Rubéola IgM:	CMV IgG:	CMV: IgM:
Toxoplasma: IgM:	Hepatitis B:	Hepatitis C:	
HIV:		VDRL:	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA

LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES) (21)

(A CRITERIO DEL MÉDICO, DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE)
REACCIONES FEBRILES: DE ACUERDO CON LA REGIÓN GEOGRÁFICA DEL PACIENTE
(ENFERMEDADES ENDÉMICAS)

SÓLO SI ES NECESARIO A CRITERIO DEL MÉDICO

IgA:	IgE:	IgG:	IgM:	C3:	C4:
Ch50:	ANA:	Ac Antimembrana Basal:	Panca:	Anti DNA:	
OTRO:					

ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (VIGENCIA: SEIS MESES) (22)

SÓLO SI ES NECESARIO A CRITERIO DEL MÉDICO

MASTOGRAFÍA (CON AHF POSITIVOS A PARTIR DE 35; SIN AHF A PARTIR DE LOS DE 40)	
ECOCARDIOGRAMA: (a criterio médico)	FECHA:
OTROS: a criterio del médico (CORONARIOGRAFÍA, GAMAGRAMA CARDIACO, PRUEBA DE ESFUERZO.	

ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO (VIGENCIA: SEIS MESES) (23)
(A CRITERIO DEL MÉDICO)

ULTRASONOGRAFÍA OCULAR	FECHA:
ELECTRORRETINOGRAMA	FECHA:
POTENCIALES VISUALES EVOCADOS	FECHA:
TOPOGRAFÍA CORNEAL	FECHA:
PAQUIMETRÍA CORNEAL	FECHA:
MICROSCOPIA ESPECULAR	FECHA:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA

INTERCONSULTAS (VIGENCIA: DOCE MESES) (24)

VALORACIÓN PREOPERATORIA: (VIGENCIA: 6 MESES)	FECHA:
TRABAJO SOCIAL:	FECHA:
OTRAS ESPECIALIDADES (SÍ ES NECESARIO)	FECHAS:

CONCLUSIONES RECEPTOR

FECHA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES. (25)	ACEPTACIÓN: SÍ () NO () (26)
PENDIENTES: (27)	

NÚMERO DE FOLIO: (28) _____

(29)

NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROTOCOLO



ANEXO 3
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial receptor.
2	NSS	Número de seguridad social asignado al potencial receptor como derechohabiente del IMSS.
3	CURP	Número de clave única de registro poblacional.
4	Estado civil	Se debe colocar si es casado, soltero, divorciado viudo, unión libre.
5	Domicilio	Orden progresivo: nombre de la calle, número exterior, número interior (si lo hubiera), nombre de la colonia o fraccionamiento, código postal, municipio o delegación y entidad federativa.
6	Correo electrónico	Escribir correctamente y completo
7	Sexo	Marcar con una "X" en la letra correspondiente ("M" o "F") según el género del potencial receptor (Masculino o femenino).
8	Edad	Años cumplidos del potencial receptor. NOTA: sí fuera menor de cinco años, anotar también los meses.
9	Peso	Peso corporal expresado en kilogramos.
10	Talla	En centímetros.
11	IMC	El Índice de masa corporal en percentiles.
12	Teléfono	Número de teléfono fijo y número de teléfono móvil (si lo hubiera).
13	Grupo Sanguíneo	En mayúscula la letra que corresponda al sistema ABO según corresponda.

2C10-A09-003



ANEXO 3
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
14	Fecha de inicio del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor inicia el Protocolo de estudio. Ejemplo: 04/07/2018.
15	Fecha de terminación del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor termina el Protocolo de estudio. Ejemplo: 04/07/2018.
16	Historia clínica	Solo la información relevante en el espacio correspondiente énfasis en los antecedentes personales patológicos oftalmológicos.
17	Exploración oftalmológica	Describir los hallazgos
18	Laboratorio metabólico	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del perfil hematológico, metabólico y mineral.
19	Pruebas de coagulación	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del paciente.
20	Serología	Reactividad.
21	Laboratorio de inmunología	Registre reactividad del sistema inmunológico.
22	Estudios auxiliares de diagnóstico	Descripción y diagnóstico del servicio que realizó el estudio.
23	Estudios auxiliares de diagnóstico oftalmológicos	Describir los hallazgos
24	Interconsultas	Diagnósticos y recomendaciones.
25	Fecha de presentación al Comité Interno de Trasplantes.	Día, mes y año, de la presentación ante el Comité Interno de Trasplantes. Ejemplo: 04/07/2018.

2C10-A09-003



ANEXO 3
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
26	Aceptación	Una x dentro del paréntesis que corresponda.
27	Pendientes	Estudios auxiliares del diagnóstico, Interconsultas o recomendaciones.
28	Número de folio	Número del registro en la base de datos del Centro Nacional de Trasplantes.
29	Nombre, matrícula y firma del responsable de realizar el Protocolo	Nombre, matrícula y firma del responsable de realizar el Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea

2C10-A09-003



ANEXO 4

**Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado
2C10-A09-004**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE HÍGADO

NOMBRE : (1)			
NSS : (2)	CURP : (3)		ESTADO CIVIL : (4)
DOMICILIO: (5)		CORREO ELECTRÓNICO: (6)	
SEXO: (7)	EDAD: (8)	PESO (Kg): (9)	TALLA: (10)
IMC: (11)	TELEFONOS (FIJO Y CELULAR) (12)		GRUPO SANGUINEO (13)
1ª. PRUEBA CRUZADA: (14)			FECHA: (15)
FECHA DE INICIO DEL PROTOCOLO: (16)		FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO: (17)	

HISTORIA CLÍNICA (18)

AHF:	RELIGIÓN:
APP:	AGO:
PA:	EF:
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA :	
TRANSFUSIONES: SI () NO () NÚMERO: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA: _____	
TRASPLANTES PREVIOS SI () NO ()	FECHA DEL 1er TRASPLANTE: Pb. CAUSA:
BIOPSIA: SI () NO ()	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:
INMUNIZACIONES: HEPATITIS A y B, VARICELA Y PNEUMOCOCO, MENINGUITIS, TOXOIDE TETANICO	

LABORATORIO METABÓLICO (VIGENCIA: SEIS MESES) (19)

FECHA:	Hb:	Hto:	Leuc:	Neutr.	
Linfos:	Bas:	Eos:	Plaquetas:	Papanicolaou (a criterio médico)	
Glucosa:	Urea:	Creat:	Na:	K::	Cl:
Calcio:	Mg:	Fósforo:	F. alcalina:	DHL:	Ácido Úrico:
Colesterol:	Triglicéridos:	Bl:	BD:	BT:	Prot.
Alb:	Glob:	Rel A/G	TGO (AST):	TGP (ALT):	GGT
Gasometría:	FTA/abs	Anticolinesterasa	EGO		
Antígeno Prostático (a partir de 45 años)				Dep. Creatinina y Albúmina en orina de 24 hrs.	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE HÍGADO

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (VIGENCIA: SEIS MESES) (20)

TP:	TPT:	Fibrinógeno:	INR:
-----	------	--------------	------

CULTIVOS (VIGENCIA: SEIS MESES) (21)

Urocultivo:	Fecha:
Exudado faríngeo:	Fecha:
Otros cultivos (a criterio médico) :	

SEROLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES) (22)

FECHA DE LOS ESTUDIOS:			
HIV:	VDRL:	CMV IgG:	CMV: IgM:
Hepatitis B:		Hepatitis C:	

LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES) (23)
(A CRITERIO DEL MÉDICO, DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE)
REACCIONES FEBRILES: DE ACUERDO CON LA REGIÓN GEOGRÁFICA DEL PACIENTE (ENFERMEDADES ENDÉMICAS)

IgA:	IgE:	IgG:	IgM:	C3:	C4:
Ch50:	ANA: (a criterio médico)	Ac Antimembrana Basal: (a criterio médico)	P-anca: (a criterio médico)	Anti DNA: (a criterio médico)	
OTRO: (a criterio médico)					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE HÍGADO

ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (VIGENCIA: SEIS MESES) (24)

Rx de Tórax	FECHA:
Electrocardiograma	FECHA:
Ecocardiografía	FECHA:
Gastroscopia	FECHA:
Biopsia Hepática	FECHA:
Ecografía abdominal con Doppler hepático	FECHA:
Estudio vascular hepático (AngioTAC o RMN)	FECHA:
Pruebas de función respiratoria	FECHA:
Otro: (a criterio médico)	

INTERCONSULTAS (VIGENCIA: DOCE MESES) (25)

CARDIOLOGÍA (vigencia: seis meses)	Fecha:
GASTROENTEROLOGÍA:	Fecha:
TRABAJO SOCIAL:	Fecha:
OTRAS ESPECIALIDADES (sí fuera necesario y a criterio médico)	Fecha:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE HÍGADO

CONCLUSIONES
 RECEPTOR

FECHA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES. (26)		ACEPTACIÓN: SÍ () NO () (27)
CHILD—PUGH (28)	MELD (29)	
PENDIENTES: (30)		

(31)
 NÚMERO DE FOLIO: _____

(32)

 NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROTOCOLO



ANEXO 4
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial receptor.
2	NSS	Número de seguridad social asignado al potencial receptor como derechohabiente del IMSS. NOTA: anotar no derechohabiente cuando así fuese el caso.
3	CURP	Número de clave única de registro poblacional.
4	Estado civil	Se debe colocar si es casado, soltero, divorciado viudo, unión libre.
5	Domicilio	Orden progresivo: nombre de la calle, número exterior, número interior (si lo hubiera), nombre de la colonia o fraccionamiento, código postal, municipio o delegación y entidad federativa.
6	Correo electrónico	Escribir correctamente y completo
7	Sexo	Marcar con una "X" en la letra correspondiente ("M" o "F") según el género del potencial receptor (Masculino o Femenino).
8	Edad	Años cumplidos del potencial receptor. NOTA: si fuera menor de cinco años, anotar también los meses.
9	Peso	Peso corporal expresado en kilogramos.
10	Talla	En centímetros.
11	IMC	Índice de Masa Corporal en percentiles.

2C10-A09-004



ANEXO 4
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
12	Teléfono	Número de teléfono fijo y número de teléfono móvil (si lo hubiera).
13	Grupo Sanguíneo	En mayúscula la letra que corresponda al sistema ABO según corresponda.
14	Prueba cruzada linfocitaria	Negativo o positivo, según sea el caso.
15	Fecha	Día, mes y año de realizada la prueba cruzada linfocitaria.
16	Fecha de inicio del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor inicia el Protocolo de estudio.
17	Fecha de terminación del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor termina el Protocolo de estudio.
18	Historia clínica	Solo la información relevante en el espacio correspondiente.
19	Laboratorio Metabólico	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del perfil hematológico, metabólico y mineral.
20	Coagulación	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del potencial receptor.
21	Cultivos	Resultado bacteriológico; en caso de ser positivo, anotar microorganismo.
22	Serología	Reactividad.
23	Laboratorio de inmunología	Registre reactividad del sistema inmunológico.

2C10-A09-004



ANEXO 4
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
24	Estudios auxiliares de diagnóstico	Descripción y diagnóstico del servicio que realizó el estudio.
25	Interconsultas	Diagnósticos y recomendaciones
26	Fecha de presentación al Comité Interno de Trasplantes.	Día, mes y año, de la presentación ante el Comité Interno de Trasplantes.
27	Aceptación	Una x dentro del paréntesis que corresponda.
28	Child-Pugh	Anotar la clasificación Child-Pugh
29	MELD	Anotar la clasificación MELD
30	Pendientes	Estudios auxiliares del diagnóstico, Interconsultas o recomendaciones.
31	Número de folio	Número del registro en la base de datos del Centro Nacional de Trasplantes.
32	Nombre, matrícula y firma del responsable de realizar el Protocolo	Responsable de realizar el Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado.

2C10-A09-004



ANEXO 5

**Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón
2C10-A09-005**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CORAZÓN

NOMBRE : (1)							
NSS : (2)		CURP : (3)		ESTADO CIVIL : (4)			
DOMICILIO: (5)			CORREO ELECTRÓNICO: (6)				
SEXO: (7)		EDAD: (8)		PESO (Kg): (9)		TALLA: (10)	
IMC: (11)		TELEFONOS (FIJO Y CELULAR) (12)				GRUPO SANGUINEO: (13)	
1ª. PRUEBA CRUZADA: (14)					FECHA: (15)		
FECHA DE INICIO DEL PROTOCOLO: (16)				FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO: (17)			

HISTORIA CLÍNICA (18)

AHF:		RELIGIÓN:	
APP:		AGO:	
PA:		EF:	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA :			
TRANSFUSIONES: SI () NO () Número:_____ Fecha de la última:_____			
INMUNIZACIONES: HEPATITIS A y B, VARICELA Y PNEUMOCOCO			

LABORATORIO METABÓLICO (VIGENCIA: SEIS MESES) (19)

FECHA:		Hb:		Hto:		Plaquetas:					
Leuc:		Neutr.		Linfos:		Bas:		Eos:			
Gluc:		Urea:		Creat:		Na:		K::		Cl:	
Calcio:		Mg:		Fósforo:		F. alcalina:		DHL:		Ácido Úrico:	
Colesterol:		Triglicéridos:		Bl:		BD:		BT:		Prot.	
Alb:		Glob:		Rel A/G		TGO (AST):		TGP (ALT):		OTROS:	
Antígeno Prostático (A PARTIR DE 45 AÑOS)						Dep. Creatinina y Albúmina en orina de 24 hrs.					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CORAZÓN

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (VIGENCIA: SEIS MESES) 20

TP:	TPT:	Fibrinógeno:	INR:
-----	------	--------------	------

21

CULTIVOS (VIGENCIA: SEIS MESES)

Urocultivo:	Fecha:	
Exudado faríngeo:	Fecha:	Otros cultivos (a criterio médico) :

SEROLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES) 22

FECHA DE PRESENTACIÓN:		FECHA DE LOS ESTUDIOS:	
Rubéola IgG:	Rubéola IgM:	CMV IgG:	CMV: IgM:
Toxoplasma: IgM:	Hepatitis B:	Hepatitis C:	
HIV:		VDRL:	
Tripanosoma		Epstein Barr:	

LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA (VIGENCIA: SEIS MESES)

(A CRITERIO DEL MÉDICO, DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE,

REACCIONES FEBRILES: DE ACUERDO CON LA REGIÓN GEOGRÁFICA DEL PACIENTE, ENFERMEDADES ENDÉMICAS) 23

IgA:	IgE:	IgG:	IgM:	C3:	C4:
Ch50:	ANA: (SÓLO SI ES NECESARIO)	Ac Antimembrana Basal: (SÓLO SI ES NECESARIO)	P-anca: (SÓLO SI ES NECESARIO)	Anti DNA: (SÓLO SI ES NECESARIO)	
OTRO:					

ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (VIGENCIA: SEIS MESES) 24

PRUEBA DE FUNCIÓN RESPIRATORIA	FECHA:
GAMAGRAMA CARDIACO (a criterio médico)	FECHA:
CORONOGRAFÍA	FECHA:
MASTOGRAFÍA (con AHF positivos a partir de 35; sin AHF a partir de los de 40 años)	FECHA:
ECOCARDIOGRAMA:	FECHA:
CATETERISMO DERECHO (a criterio médico) (medición de URP)	FECHA:
VENTRICULOGRAFIA (a criterio médico)	FECHA:
PRUEBA DE ESFUERZO (a criterio médico)	FECHA:
CAMINATA DE 6 MINUTOS	
CONSUMO MIOCARDICO DE OXIGENO (VO2)	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACION DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE CORAZÓN

INTERCONSULTAS (VIGENCIA: DOCE MESES) (25)

CARDIOLOGÍA (vigencia: seis meses)	Fecha:
NEUMOLOGÍA:	Fecha:
TRABAJO SOCIAL:	Fecha:
OTRAS ESPECIALIDADES (sí fuera necesario y a criterio médico)	Fecha:

CONCLUSIONES
RECEPTOR

FECHA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES: (26)	ACEPTACIÓN: SÍ () NO () (27)
PENDIENTES: (28)	

NÚMERO DE FOLIO: (29) _____

(30)

NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE REALIZAR EL PROTOCOLO



ANEXO 5
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Apellido paterno, materno y nombre (s) del potencial receptor.
2	NSS	Número de seguridad social asignado al potencial receptor como derechohabiente del IMSS. NOTA: anotar no derechohabiente cuando así fuese el caso.
3	CURP	Número de clave única de registro poblacional.
4	Estado civil	Se debe colocar si es casado, soltero, divorciado viudo, unión libre
5	Domicilio	Orden progresivo: nombre de la calle, número exterior, número interior (si lo hubiera), nombre de la colonia o fraccionamiento, código postal, municipio o delegación y entidad federativa.
6	Correo electrónico	Escribir correctamente y completo
7	Sexo	Marcar con una "X" en la letra correspondiente ("M" o "F") según el género del potencial receptor (Masculino o femenino).
8	Edad	Años cumplidos del potencial receptor. NOTA: si fuera menor de cinco años, anotar también los meses.
9	Peso	Peso corporal expresado en kilogramos.
10	Talla	En centímetros.
11	IMC	Índice de masa Corporal en percentiles.
12	Teléfono	Número de teléfono fijo y número de teléfono móvil (si lo hubiera).

2C10-A09-005



ANEXO 5
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Grupo Sanguíneo	En mayúscula la letra que corresponda al sistema ABO según corresponda.
14	1ª Prueba cruzada linfocitaria	Negativo o positivo, según sea el caso.
15	Fecha	Día, mes y año de realizada la prueba cruzada linfocitaria.
16	Fecha de inicio del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor inicia el Protocolo de estudio.
17	Fecha de terminación del Protocolo	Día, mes y año, en que el potencial receptor termina el Protocolo de estudio.
18	Historia clínica	Solo la información relevante en el espacio correspondiente.
19	Laboratorio metabólico	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del perfil hematológico, metabólico y mineral.
20	Pruebas de Coagulación	Cantidades relacionadas con los niveles séricos del potencial receptor.
21	Cultivos	Resultado bacteriológico; en caso de ser positivo, anotar microorganismo.
22	Serología	Reactividad.
23	Laboratorio de inmunología	Registre reactividad del sistema inmunológico.
24	Estudios auxiliares	Estudios complementarios relacionados con la función cardiaca
25	Interconsultas	Diagnósticos y recomendaciones

2C10-A09-005



ANEXO 5
Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
26	Fecha de presentación al Comité Interno de Trasplantes.	Día, mes y año, de la presentación ante el Comité Interno de Trasplantes.
27	Aceptación	Una x dentro del paréntesis que corresponda.
28	Pendientes	Estudios auxiliares del diagnóstico, Interconsultas o recomendaciones.
29	Número de folio	Número del registro en la base de datos del CENATRA.
30	Nombre, matrícula y firma del responsable de realizar el Protocolo	Nombre, matrícula y firma del responsable de realizar el protocolo de estudio para trasplante de corazón

2C10-A09-005



Anexo 6

**Lineamientos para la contrarreferencia a la unidad médica de segundo nivel del
paciente con post operatorio tardío de trasplante renal
2C10-A13- 001**



LINEAMIENTOS PARA LA CONTRARREFERENCIA A LA UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO NIVEL DEL PACIENTE CON POST OPERATORIO TARDÍO DE TRASPLANTE RENAL

Concepto

Procedimiento administrativo que se realiza para enviar al paciente a su unidad médica de segundo nivel, después de haberse confirmado por lo menos 12 meses del trasplante renal y sin patología asociada o atribuible a la cirugía.

Principio

El trasplante renal, es el procedimiento quirúrgico de mayor éxito y costo-beneficio que las otras terapias que sustituyen la función de éste órgano, en la actualidad la depuración de la técnica quirúrgica, identificación oportuna y manejo farmacológico del rechazo del injerto, ha favorecido la sobrevida en más del 90% durante el primer año.

Objetivo

Establecer y estandarizar, las actividades del personal médico encargado de la atención del post operatorio tardío del paciente trasplantado renal con evolución satisfactoria durante el primer año del trasplante.

Instrucciones de operación:

Médico No Familiar tratante

1. Verifique en la hoja quirúrgica del expediente clínico la fecha del trasplante renal.
2. Confirme el cumplimiento de por lo menos 12 meses del trasplante de riñón, sin patología del injerto atribuible a la cirugía o rechazo inmunológico.
3. Informe lo siguiente, de manera clara y sencilla, al paciente que será enviado a su unidad médica de segundo nivel:
 - ✓ Cumple con los criterios clínicos de envío,
 - ✓ La continuidad de la dotación del tratamiento farmacológico inmunosupresor, será por el Médico No Familiar correspondiente en la unidad médica de segundo nivel,
 - ✓ La vigilancia de la función renal será mediante exámenes de laboratorio, por lo menos cada trimestre,
 - ✓ Solicitar referencia al servicio de trasplante renal, ante la enfermedad infecciosa de difícil tratamiento o deterioro de la función del injerto,
 - ✓ Solicitar referencia al servicio de trasplante renal anualmente, para valoración de la función del injerto, actualización y autorización del tratamiento.
4. Llene correctamente el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98, haciendo énfasis al Médico No Familiar de segundo nivel, los siguientes puntos:

2C10-A13-001



- ✓ Resumen clínico del trasplante, evolución, estado actual de salud y de la función renal,
 - ✓ Resultados de laboratorio: biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función renal, hepática, examen general de orina y niveles séricos del fármaco inmunosupresor
 - ✓ Tratamiento farmacológico según el caso: nombre del medicamento, dosis y dotación mensual,
 - ✓ Conveniencia ideal de la vigilancia de la función renal cada mes o por lo menos cada tres meses,
 - ✓ Envío al servicio de trasplante renal, ante la enfermedad infecciosa de difícil tratamiento o deterioro de la función del injerto, considerando la elevación de la cifra de creatinina mayor al 20% del valor basal del paciente en el momento que fue contrarreferido a la unidad médica de segundo nivel,
 - ✓ Referencia anual al servicio de trasplante renal para valoración de la función del injerto, actualización y autorización del tratamiento, con previa programación de la cita en la consulta externa.
5. Otorgue la(s) receta(s) al paciente trasplantado, que ampare la dotación mensual de los medicamentos inmunosupresores, así como aquellos fármacos necesarios por su comorbilidad.
 6. Registre en el formato "Notas médicas y prescripción" 4-30-128/72, del expediente clínico, la información contenida en el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98, así como el número de folio de las recetas otorgadas y medicamentos prescritos.
 7. Según sea el caso, registre en el formato "Notas médicas y prescripción" 4-30-128/72, del expediente clínico los datos generales, motivo y el folio de la incapacidad para el trabajo otorgada.
 8. Indique al paciente acudir con la autoridad competente, para la respectiva autorización de la(s) receta(s) médicas y del formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98.

PACIENTE DONADOR VIVO DERECHOHABIENTE.

9. Verifique en la hoja quirúrgica del expediente clínico, la fecha de la nefrectomía.
10. Confirme el cumplimiento de por lo menos 6 meses de realizada la nefrectomía, sin alteración de la función renal, ni patología atribuible a la cirugía
11. Informe lo siguiente, de manera clara y sencilla, al paciente que será enviado a la Unidad de Medicina Familiar:
 - ✓ Estado actual de salud y de la función renal,
 - ✓ Vigilancia semestral de la función renal, mediante exámenes de laboratorio de por vida del o la paciente,
 - ✓ Referencia al servicio de medicina interna de la unidad médica de segundo nivel correspondiente, en caso de detectar patologías que potencialmente afecten la función renal,

2C10-A13-001



12. Complete correctamente el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98, haciendo énfasis al médico familiar, los siguientes puntos:

- ✓ Resumen clínico de la nefrectomía, evolución, estado actual de salud y de la función renal,
- ✓ Resultados de laboratorio: biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función renal, hepática y examen general de orina,
- ✓ Conveniencia de la vigilancia semestral de la función renal mediante exámenes de laboratorio,
- ✓ Envío al servicio de medicina interna en caso de presentarse patologías que potencialmente afecten la función renal y/o elevación de la creatinina por arriba del 20% del último valor registrado al momento de la contrarreferencia.

PACIENTE DONADOR VIVO NO DERECHOHABIENTE.

13. Realice las actividades contenidas en los numerales 9 y 10 de este lineamiento,

14. Informe lo siguiente, de manera clara y sencilla al paciente que será enviado al servicio médico del sistema de salud que le corresponda:

- ✓ Estado actual de salud y de la función renal,
- ✓ Vigilancia semestral de la función renal, mediante exámenes de laboratorio de por vida,
- ✓ Referencia al servicio de medicina interna del Hospital General del sistema de salud correspondiente, en caso de detectar patologías que potencialmente afecten la función renal.

15. Registre en el formato "Notas médicas y prescripción" 4-30-128/72, del expediente clínico, la información contenida en el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98.

16. Llene correctamente el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98, haciendo énfasis al servicio médico del sistema de salud que le corresponda, los siguientes puntos:

- ✓ Resumen clínico de la nefrectomía, evolución, estado actual de salud y de la función renal,
- ✓ Resultados de laboratorio: biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función renal, hepática y examen general de orina,
- ✓ Conveniencia de la vigilancia semestral de la función renal mediante exámenes de laboratorio y anualmente realizar depuración de creatinina en orina de 24 hrs,
- ✓ Envío al servicio de medicina interna en caso de presentarse patologías que potencialmente afecten la función renal y/o elevación de la creatinina por arriba del 20% del último valor registrado al momento de la contrarreferencia.

17. Registre en el formato "Notas médicas y prescripción" 4-30-128/72, del expediente clínico, la información del formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98.

2C10-A13-001