

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES

JULIO 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Índice		HOJA: 1
			DE: 15

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
I. OBJETIVO DEL MANUAL	3
II. MARCO JURÍDICO	4
III. PROCEDIMIENTOS PARA:	15
1. OBTENER ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES EN DONADORES CON MUERTE ENCEFÁLICA	
2. REALIZAR TRASPLANTES	
3. REALIZAR PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD CON FINES DE TRASPLANTE	
4. REALIZAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
AUTORIZACIÓN	

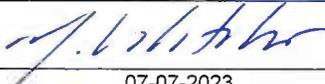
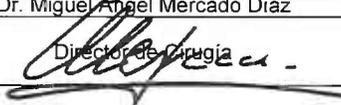
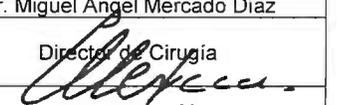
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Introducción		HOJA: 2
			DE: 15

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de uniformar y documentar las acciones que se realizan en la diferentes unidades administrativas del Instituto y orientar a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.

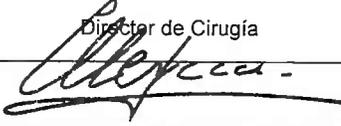
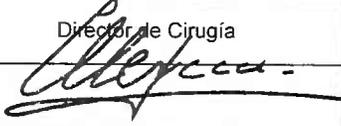
El Departamento de Trasplantes ha emitido el presente manual de procedimientos, que ha sido elaborado con el propósito de ofrecer la descripción de sus actividades que se siguen en la realización de las funciones, estableciendo normas y/o políticas de operación, así como los formatos y anexos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Objetivo del Manual		HOJA: 3 DE: 15

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, la responsabilidad operativa de las servidoras y servidores públicos en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir, así como medio de integración y orientación para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 4
			DE: 15

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D. O. F. 05-II-1917 y sus reformas

LEYES

Ley General de Salud
D.O.F. 07-II-1984 y sus reformas

Ley de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 26-V-2000 y sus reformas

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-XII-1976 y sus reformas

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas

Ley de Planeación
D.O.F. 05-I-1983 y sus reformas

Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30-V-2008 y sus reformas

Ley General de Protección Civil
D.O.F. 06-VI-2012 y sus reformas

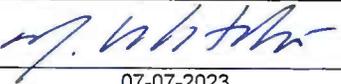
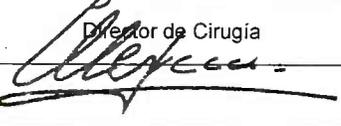
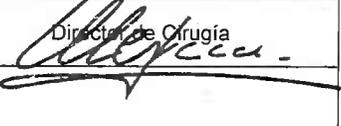
Ley General de Archivos
D.O.F. 15-VI-2018 y sus reformas

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04-I-2000 y sus reformas

Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas
D.O.F. 04-I-2000 y sus reformas

Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01-IV-1970 y sus reformas

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional
D.O.F. 28-XII-1963 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 5
			DE: 15

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04-V-2015 y sus reformas

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-V-2016 y sus reformas

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados
D.O.F. 26-I-2017

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-VI-2003 y sus reformas

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-V-2011 y sus reformas

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
D.O.F. 25-VI-2002 y sus reformas

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02-VIII-2006 y sus reformas

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 01-II-2007 y sus reformas

Ley Federal de Austeridad Republicana
D.O.F. 19-XI-2019 y sus reformas

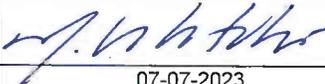
Ley General en materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación
D.O.F. 08-V-2023

Ley de Infraestructura de la Calidad
D.O.F. 01-VII-2020

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-XII-1996 y sus reformas

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial
D.O.F. 01-VII-2020

Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente
D.O.F. 28-I-1988 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 6
			DE: 15

Ley Federal de Derechos

D.O.F 31-XII-1981 y sus reformas

Ley General de Responsabilidades Administrativas

D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

D.O.F. 04-VIII-1994 y sus reformas

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo

D.O.F. 01-XII-2005 y sus reformas

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

D.O.F. 30-III-2006 y sus reformas

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado

D.O.F. 31-XII-2004 y sus reformas

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal Correspondiente

CÓDIGOS

Código Penal Federal

D.O.F. 14-VIII-1931 y sus reformas

Código Nacional de Procedimientos Penales

D.O.F. 05-III-2014 y sus reformas

Código Civil Federal

D.O.F. 26-V-1928 y sus reformas

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares

D.O.F. 07-VI-2023

Código de Ética de la Administración Pública Federal

D.O.F. 08-II-2022

Código de Ética y de Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Fecha de expedición 30-VI-2020

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

D.O.F. 26-I-1990 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 7
			DE: 15

Reglamento de la Ley Federal de Archivos
D.O.F. 13-V-2014

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
D.O.F. 11-VI-2003

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

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 28-VII-2010 y sus reformas

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 28-VII-2010 y sus reformas

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 31-V-2009 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Protección Civil
D.O.F. 13-V-2014 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios
D.O.F. 18-I-1988 y sus reformas

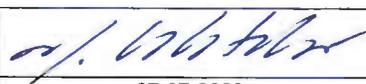
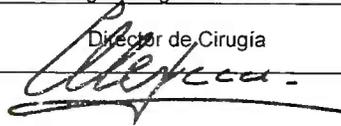
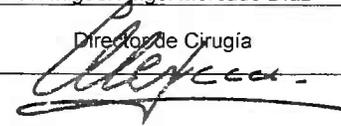
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. 06-I-1987 y sus reformas

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-II-1985 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes
D.O.F. 26-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional
D.O.F. 18-II-1985, fe de erratas 10-VII-1985

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05-IV-2004 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 8
			DE: 15

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad
D.O.F. 04-V-2000 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-I-1999 y sus reformas

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23-XI-1994 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22-V-1998 y sus reformas

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores
D.O.F. 21-IX-2020 y sus reformas

Reglamento de Becas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
D.O.F. 10-IX-2008 y sus reformas

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
D.O.F. 13-IV-2004

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 03-II-2004

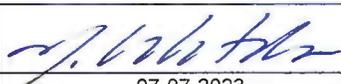
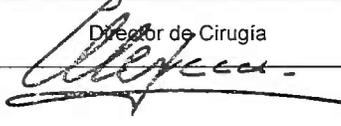
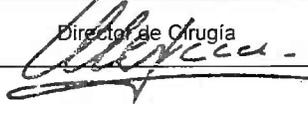
Reglamento de Procedimientos para la atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 21-I-2003 y sus reformas

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04-II-1998 y sus reformas

ACUERDOS

Acuerdo por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 17-IV-1990

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 para determinar los catálogos y publicación de información de interés público, y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva
D.O.F. 15-IV-2016 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 9
			DE: 15

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
D.O.F. 15-IV-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 para la Organización y Conservación de los Archivos
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables
D.O.F. 04-V-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 para la elaboración, ejecución y evaluación del Programa Nacional de Transparencia y Acceso a la Información
D.O.F. 04-V-2016

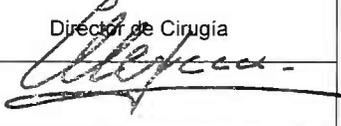
Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F.04-V-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
D.O.F. 04-V-2016 y sus reformas

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público
D.O.F. 26-I-2018

Acuerdo por el que se emite la Política de Transparencia, Gobierno Abierto y Datos Abiertos de la Administración Pública Federal 2021-2024
D.O.F. 30-VI-2021

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 10 DE: 15

NORMAS OFICIALES

Norma Oficial Mexicana NOM-051-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las jeringas estériles desechables de plástico.

D. O. F. 16-01-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

D.O.F. 25-05-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA1-1993, que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.

D.O.F. 09-01-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-079-SSA1-1994, que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje biliar en forma de "t" modelo Kehr, estériles y no estériles.

D.O.F. 20-05-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-085-SSA1-1994, que establece las especificaciones sanitarias de los guantes de hule látex natural para cirugía y exploración en presentación estéril y no estéril.

D. O. F. 29-08-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SCFI-2002, sistema general de unidades de medida.

D.O.F. 27-11-2002.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo- funciones y actividades

D.O.F. 22-XII-2009

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-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar

D.O.F. 23-XII-2011 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de anestesiología.

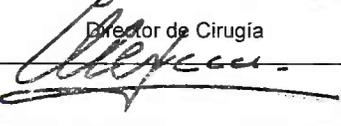
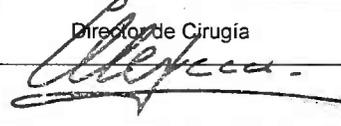
D.O.F. 23-03-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

D.O.F. 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que Establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos

D.O.F. 04-I-2013

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 11
			DE: 15

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F. 08-01-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-02-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud

D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la práctica de cirugía mayor ambulatoria.

D.O.F. 07-08-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud

D.O.F. 30-XI-2012

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.

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 en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica

D.O.F. 04-IX-2013

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 del Sistema Nacional de Salud

D.O.F. 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-001-NUCL-2013, factores para el cálculo del equivalente de dosis.

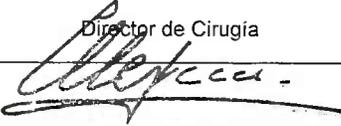
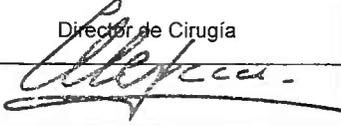
D.O.F. 06-12-2013

Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015, En Igualdad Laboral y No Discriminación

D.O.F. 19-X-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

D.O.F. 21-02-2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 12 DE: 15

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia
D.O.F. 19-VII-2017 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención
D.O.F. 23-X-2018

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad
D.O.F. 22-V-2023

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
D.O.F. 12-VII-2019

Programa Sectorial de Salud 2020-2024
D.O.F. 17-VIII-2020

Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (PIINCMNSZ)
D.O.F. 27-XI-2020, nota aclaratoria 28-01-2021

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024
D.O.F. 30-VIII-2019

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

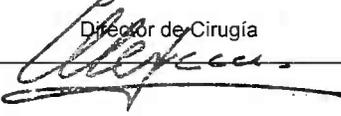
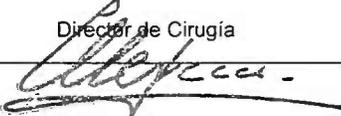
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
D.O.F. 06-III-2020, nota aclaratoria 03-III-2021

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de autorización 03-X-2016

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de expedición IV-2018

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Adquisiciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de expedición X-2006

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Obra del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de autorización 20-XII-2019

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 13
			DE: 15

Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
D.O.F. 07-V-2019 y sus reformas

Declaratoria de igualdad laboral y no discriminación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de expedición 25-III-2020.

Pronunciamento de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en el ámbito laboral del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de expedición 20-III-2020.

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Fecha de expedición VIII-2018

Reglas de Propiedad Intelectual del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
D.O.F. 04-I-2017

OTRAS DISPOSICIONES

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil
D.O.F. 13-VII-2018

Manual de Identidad Gráfica 2018-2024
Fecha de publicación 30-I-2020

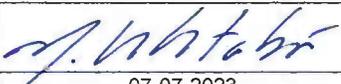
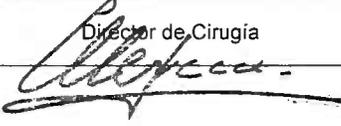
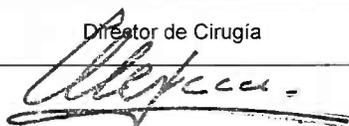
Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud
Fecha de autorización IX-2013

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual
D.O.F. 03-I-2020, nota aclaratoria 07-IV-2020

Protocolo de Actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la Atención de Presuntos Actos de Discriminación
D.O.F. 18-VII-2017

Prontuario para el uso del Lenguaje Incluyente y no sexista en la Función Pública
Fecha de autorización I-2020

Reglas de integridad para el ejercicio de la Función Pública
D.O.F. II-2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

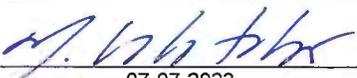
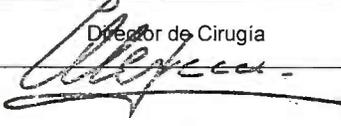
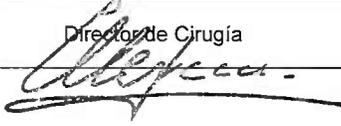
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Marco Jurídico		HOJA: 14
			DE: 15

LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos del Poder Ejecutivo Federal
D.O.F. 03-VII-2015

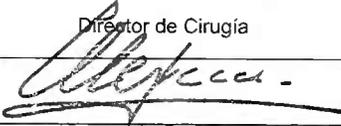
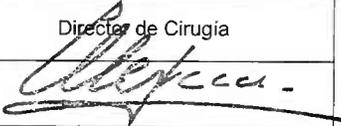
Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 22-II-2016

Lineamientos Para Analizar Valorar y Decidir el Destino Final de Documentación de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo Federal
D.O.F. 16-III-2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

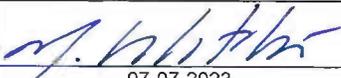
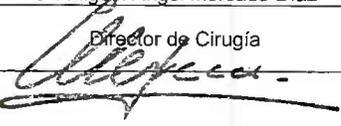
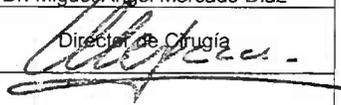
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Procedimientos		HOJA: 15
			DE: 15

III. PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 1
			DE: 35

1. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES EN DONADORES CON MUERTE ENCEFÁLICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 2
			DE: 35

1.0 PROPÓSITO

Obtener órganos y tejidos con fines de trasplante a través del cumplimiento de los lineamientos de la Ley General de Salud y en Coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes para la realización de trasplantes las personas beneficiarias institucionales.

2.0 ALCANCE

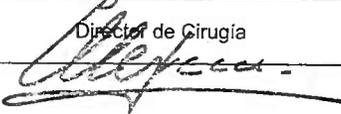
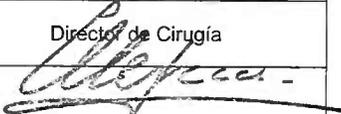
A nivel interno: Al Departamento de Trasplantes en realizar la procuración de los órganos y laboratorio de histocompatibilidad, al Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral en la valoración de las personas beneficiarias candidatas a trasplante renal, al Departamento de Gastroenterología en valorar a las personas beneficiarias candidatas a trasplante hepático y de páncreas, al Departamento de Terapia Intensiva en realizar el abordaje médico de los potenciales donadores generados en el Instituto, al Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias y Servicio de Quirófano en informar sobre las donaciones generadas en el Instituto, al Departamento de Laboratorio Central en verificar los estudios de laboratorio y grupo sanguíneo.

A nivel externo: A los coordinadores de donación y de trasplantes así como a todos los profesionales de la salud involucrados en un proceso de donación y trasplante de los hospitales que pertenezcan a la Secretaría de Salud Federal, secretaría de Salud Estatal, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos y privados, así como al Centro Nacional de Trasplantes.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

GENERALES:

1. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de presentar al comité Interno de Trasplantes todas las donaciones que se generen en el Instituto o en algún hospital externo para realizar un consenso y determinar la viabilidad del donador y realizar la asignación de los injertos.
2. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de mantener la base de datos actualizada de las personas beneficiarias del Instituto en espera de un trasplante y de realizar el registro de los donadores vivos y cadavéricos ante el Centro Nacional de Trasplantes.
3. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es el responsable de atender todas las notificaciones de potenciales donadores en todo el país que pongan a disposición del Instituto e informar al comité Interno de Trasplantes para que se evalúen y se concrete la donación de los órganos.

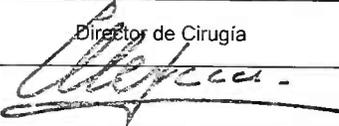
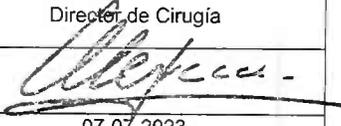
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 3 DE: 35

4. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de integrar el expediente de donación de los casos que hayan sido aceptados por los disponentes secundarios, además de recabar la documentación necesaria y realizar las notificaciones para la disposición de órganos y tejidos obtenidos para trasplantes intra o extra hospitalariamente.

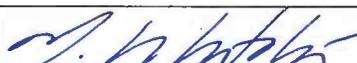
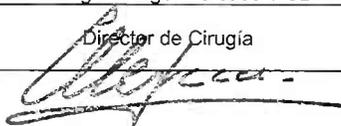
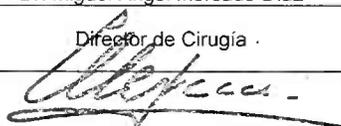
DE LA IDENTIFICACIÓN DE UN POTENCIAL DONADOR EN EL INSTITUTO:

5. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante dando cumplimiento a la normatividad realiza el pase de visita en las áreas críticas del Instituto para identificar potenciales donadores de órganos, también hace vigilancia permanente de manera presencial y vía telefónica con la finalidad de identificar potenciales donadores de órganos.
6. Los Médicos de los servicios de áreas críticas realizan la detección de la persona con muerte encefálica de acuerdo a la definición que establece la Ley General de Salud en su Título Décimo Cuarto y son responsables de avisar a la coordinación de Donación para la evaluación de los casos.
7. Los Médicos de los servicios de áreas críticas, una vez detectado el caso, notifican a la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante de un posible donador con muerte encefálica para iniciar proceso.
8. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante evalúa al potencial donador tomando en cuenta los criterios para muerte encefálica descritos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Muerte Encefálica y Manejo del Potencial Donante de Órganos, emitida por la Secretaria de Salud.
9. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante solicita al Médico tratante del donante (interno si es del Instituto o externo si es de otra institución de salud público o privado) los siguientes estudios de laboratorio:
 - a. Biometría hemática
 - b. Química sanguínea
 - c. Electrolitos séricos
 - d. Pruebas de funcionamiento hepático
 - e. Tiempos de coagulación
 - f. Examen general de orina
 - g. Cultivos
 - h. Virus de hepatitis B
 - i. Virus de hepatitis C
 - j. Virus de la inmunodeficiencia humana
 - k. Virus de Citomegalovirus
 - l. Virus del toxoplasma
 - m. Virus de Epstein Barr
 - n. Grupo sanguíneo del donante

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 4 DE: 35

10. El Médico tratante establece el diagnóstico clínico de muerte encefálica y solicita la confirmación a través de estudios de acuerdo a lo que indica la Ley General de Salud.
11. El Médico tratante del área donde se encuentre el potencial donador certifica la pérdida de la vida y requisita el formato oficial para autentificarla mediante el formato denominado certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y cédulas con fines de trasplante (**Anexo 1**), informa a los familiares sobre el deceso y posteriormente entrega el certificado al coordinador de Donación y Trasplantes de Órganos.
12. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de realizar la intervención con la familia, así como de evaluar la oportunidad de donación y realizar la solicitud de la misma.
13. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de solicitar a la familia el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante (**Anexo 2**) y lo integra al expediente de donación.
14. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de realizar la organización, coordinación, enlaces y gestiones necesarias para el desarrollo del proceso de solicitud y procuración de órganos y tejidos, así como para la obtención, preparación y embalaje de los mismos; una vez autorizada la donación.
15. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante informa del potencial donador al Centro Nacional de Trasplantes a través del formato aviso de paciente con muerte cerebral (**Anexo 3**) y al comité Interno de Trasplantes para su evaluación y con base en la información decidir los posibles receptores.
16. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, una vez aceptado el caso, publica la información del donante para informar a los profesionales de la salud involucrados en el proceso de los siguientes servicios: Urgencias, Quirófano, Terapia Intensiva, Hepatología en el caso de hígado y Nefrología en el caso de riñón, Anestesiología, Enfermería, Trabajo Social, Medicina Transfusional, Infectología, laboratorio de Histocompatibilidad y laboratorio Central.
17. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante programa la cirugía de procuración de órganos en el quirófano, e informa al resto del equipo de la hora convenida.
18. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de explicar los pasos a seguir en el proceso de donación de órganos, asimismo mantiene informada a la familia en todo momento sobre el proceso de donación.
19. El Médico tratante es responsable del mantenimiento hemodinámico del donante mientras se realiza el traslado al quirófano. Así mismo, realiza el llenado del certificado de defunción del donador en los casos Médicos. Tratándose de casos Médicos ministeriales el cadáver es trasladado al Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 5 DE: 35

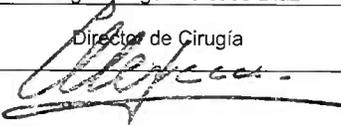
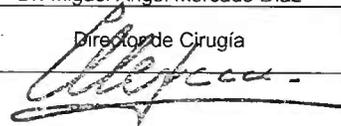
20. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de verificar que el proceso de obtención de órganos y tejidos se lleve a cabo en forma ágil y eficiente, una vez autorizada la donación, esto con la finalidad de preservar en todo momento el órgano obtenido.
21. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de verificar que el cuerpo del donador sea dignificado de acuerdo con la anatomía y con estética.
22. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante acompaña a la familia en la entrega del cuerpo y agradece la donación.

DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA DONACIÓN DE UN POTENCIAL DONADOR FUERA DEL INSTITUTO:

23. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante recibe la notificación vía telefónica de un donante por parte del Centro Nacional de Trasplantes.
24. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante solicita la información del potencial donador y llena el formato de evaluación del potencial donador INCMNSZ (**Formato 1**).
25. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante informa del potencial donador al comité Interno de Trasplantes para su evaluación y con base en la información decidir si es viable el proceso de procuración.
26. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, una vez aceptado el caso, publica la información del donante para informar a los profesionales de la salud involucrados en el proceso de los siguientes servicios: Urgencias, Quirófano, Terapia Intensiva, Hepatología en el caso de hígado y Nefrología en el caso de riñón, Anestesiología, Enfermería, Trabajo Social, Medicina Transfusional, Infectología, laboratorio de Histocompatibilidad y laboratorio Central.
27. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, es responsable de realizar la organización, coordinación, enlaces y gestiones necesarias para el desarrollo del proceso de solicitud y procuración de órganos y tejidos así como para la obtención, preparación y embalaje de los mismos; una vez autorizada la donación.

DE LA LOGÍSTICA PARA EL TRASLADO TERRESTRE DEL EQUIPO DE PROCURACIÓN:

28. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, solicita a la Sección de Transportes la ambulancia para el traslado del equipo al hospital generador, entregando la siguiente información: hora de salida del Instituto, el número de personas que asistirán a la cirugía de procuración de órganos, la dirección del hospital, la hora de llegada al hospital y el inicio de la cirugía de procuración.
29. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, recibe del Coordinador de Transportes el nombre del Chofer, y los datos de la unidad que los trasladará al hospital generador para el procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 6
			DE: 35

30. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, es el responsable del traslado de los órganos procurados y de llenar el formato denominado propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica (**Anexo 4**), así como el expediente clínico de donación.

DE LA LOGÍSTICA DEL TRASLADO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE PROCURACIÓN VÍA AÉREA:

31. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, se comunica vía telefónica con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) para solicitar el apoyo de traslado aéreo al hospital generador. y envía correo electrónico especificando:

- a. El destino
- b. El número de profesionales y sus nombres completos
- c. El número de vuelo y aerolínea
- d. Definición de los órganos a trasladar

32. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante recibe por parte del Centro Nacional de Trasplantes a través de correo electrónico y vía telefónica la confirmación del apoyo aéreo con toda la información necesaria para el traslado:

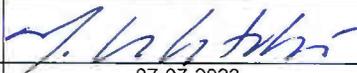
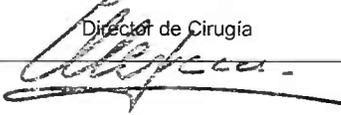
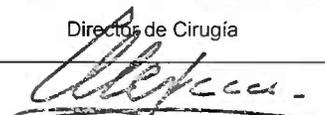
- a. Nombre de la o las aerolíneas que realizaran el traslado
- b. Hora de vuelo
- c. Pases de abordar de los profesionales que asistirán
- d. Requisitos para identificar al equipo procurador de órganos
- e. Nombre del contacto responsable en el aeropuerto de origen y destino

En el caso del traslado de vuelo privado se solicita a través de correo electrónico los siguientes datos:

- a. El destino
- b. Hora de la procuración
- c. El número de profesionales y sus nombres completos.
- d. Empresa que hará el traslado del equipo
- e. Punto de reunión para el traslado
- f. Número telefónico del contacto con la empresa a realizar el traslado

33. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, una vez confirmado el tipo de traslado, solicita al coordinador del hospital generador el apoyo de una ambulancia, para el traslado del equipo del aeropuerto al hospital generador, así como el regreso una vez terminada la cirugía de procuración.

34. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, programa la hora de procuración e informa al equipo multidisciplinario de trasplantes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 7 DE: 35

DE LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL E INSUMOS PARA LA CIRUGÍA DE PROCURACIÓN EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANOS:

35. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante junto con el residente de primer año de cirugía trasplantes solicitan al personal de enfermería en turno del Servicio de Quirófanos, el material, las maletas y hieleras para la procuración de órganos a través de un vale. Así mismo realiza el llenado de la relación de material y equipo de procuración (**Formato 2**). El personal de Enfermería hace entrega del material solicitado, haciendo un cotejo del mismo en el vale previamente elaborado y firmando por la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante y la enfermera Responsable del área. El Residente de Cirugía de trasplantes prepara una de las hieleras con las soluciones de preservación de órganos las cuales se encuentran en resguardo en el Departamento de Trasplantes. Al término de cada procedimiento quirúrgico, se realiza la entrega del material quirúrgico y las hieleras al personal de Enfermería del Servicio de Quirófanos, quienes serán las responsables de revisarlo y cotejarlo para su esterilización y resguardo.

DEL TRASLADO DEL EQUIPO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS:

36. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante junto con el Médico Especialista de Trasplantes verifican que se cuente con el material siguiente:

- a. Material e instrumental necesario para la cirugía de procuración de órganos
- b. Soluciones de preservación de los órganos a trasladar
- c. Soluciones congeladas para el embalaje del órgano
- d. Tubos para las muestras de sangre para hacer doble verificación de los diferentes laboratorios, así como las pruebas de compatibilidad con los receptores

37. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, durante el traslado mantiene comunicación de manera permanente con el coordinador del hospital generador, así como con el Centro Nacional de Trasplantes para que éste informe al personal de la Agencia Federal de Aviación Civil, Policía Federal, Caminos y Puentes Federales etc., hasta la llegada del equipo multidisciplinario.

38. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante y el Médico Residente de Trasplantes, al llegar al hospital destino, realizan la última valoración clínica del donante de órganos así como los documentos legales, antes de ingresar al quirófano, para enviar el resumen del caso al resto del equipo multidisciplinario.

39. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante revisa los documentos oficiales de la donación:

- a. Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante. (**Anexo 1**)
- b. Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante (**Anexo 2**)
- c. Acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia (**Anexo 5**)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 8 DE: 35

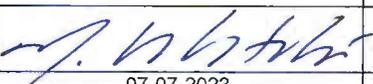
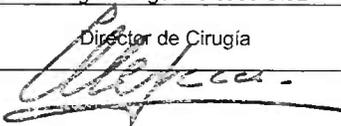
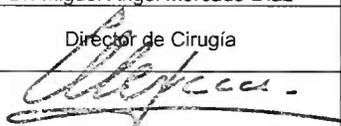
Asimismo, verifica que estén debidamente llenados para integrar el expediente de donación con la siguiente información:

- a. Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplantes
- b. Certificado de pérdida de la vida
- c. Copia de las identificaciones de los disponentes secundarios
- d. Historia clínica
- e. Notas de evolución
- f. Indicaciones médicas
- g. Estudio impreso del método con el que se comprueba la muerte encefálica
- h. Hojas de enfermería
- i. En el caso Médico ministerial contendrá la notificación al ministerio público
- j. Anuencia de procuración de órganos que expide el ministerio público
- k. Reporte de serología negativa para virus de:
 - I. Virus de hepatitis B
 - II. Virus de hepatitis C
 - III. Virus de la inmunodeficiencia humana
 - IV. Virus de Citomegalovirus
 - V. Virus del toxoplasma
 - VI. Virus de Epstein Barr
 - VII. Grupo sanguíneo del donante
- l. Estudios impresos de:
 - I. Biometría hemática
 - II. Química sanguínea
 - III. Electrolitos séricos
 - IV. Pruebas de funcionamiento hepático
 - V. Tiempos de coagulación
 - VI. Examen general de orina
 - VII. Cultivos

DE LA TOMA Y RESULTADO DE MUESTRAS SANGUÍNEAS PARA LA CONFIRMACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, SEROLOGÍA Y ESTUDIOS DE LABORATORIO:

40. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante obtiene la sangre periférica por punción o a través de alguna vía central, con técnica antiséptica, en los cuales se toman los siguientes tubos:

- a. 4 tubos de color rojo
- b. 2 tubos de color morado
- c. 2 tubos con ACD
- d. 1 tubo amarillo
- e. 1 tubo azul

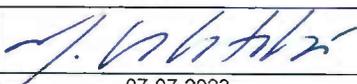
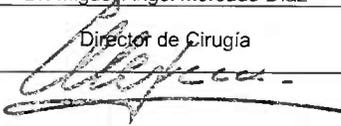
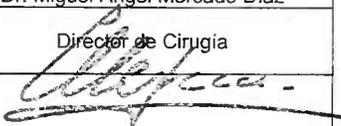
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 9 DE: 35

41. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante asiste al equipo quirúrgico de procuración de órganos con el material e instrumental que se requiera para la cirugía, como:
- Instrumental vascular
 - Separador abdominal
 - Soluciones congeladas para el embalaje
 - Irrigadores para la perfusión de los órganos
 - Bolsas estériles para el embalaje de los órganos
42. El equipo quirúrgico de procuración de órganos (Médico Especialista de Trasplantes y Médicos Residentes) evalúa el injerto y solicita a la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante grabar un video del órgano en donde se describen sus características macroscópicas para que sea enviado al Jefe del Departamento de Trasplantes y al Médico Especialista de Trasplantes.
43. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante verifica la toma de ganglios linfáticos para realizar las pruebas de histocompatibilidad, asimismo, los deposita en el medio de transporte, realizando el membretado correspondiente, los cuales se utilizarán en el laboratorio de histocompatibilidad para las pruebas de compatibilidad con los posibles receptores. (15 ganglios en promedio).
44. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante verifica que el órgano a trasladar esté en la hielera membretada con el formato de traslado de órganos con fines de trasplante (**Formato 3**) y con el nombre del hospital generador y el nombre del coordinador como responsable del traslado, verificando que se tienen las muestras y órgano para un trasplante exitoso.
45. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante y al equipo quirúrgico de procuración de órganos aseguran que el instrumental y material quirúrgico utilizado en la cirugía este en buenas condiciones y completo.

DEL RESGUARDO DE ÓRGANO A TRASLADAR:

46. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante verifica los documentos legales de la donación y firma como responsable del resguardo del órgano a trasladar, así mismo hace entrega de su identificación oficial que lo acredita para el traslado de órganos y recibe copia del expediente de donación.
47. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante informa al equipo de trasplantes la hora aproximada de llegada al Instituto para iniciar las pruebas de histocompatibilidad al momento de la llegada con los órganos.
48. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante entrega el órgano al personal de enfermería en quirófano y la cédula de verificación de datos de órganos o tejidos (**Formato 4**), esta cédula es llenada por el personal de enfermería con los datos del receptor del órgano quienes posteriormente entregan a la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante para su integración al expediente de donación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 10 DE: 35

DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES:

49. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante integra el expediente de donación con el siguiente orden y contenido:

- a. Hoja frontal
- b. Evaluación del potencial donador
- c. Hoja de vaciamiento procuración
- d. Historia clínica de urgencias
- e. Hoja de evaluación de muerte encefálica
- f. Reporte de estudio de gabinete con el que se confirmó la pérdida de la vida
- g. Certificado de pérdida de la vida
- h. Certificado de defunción
- i. Hoja de consentimiento de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante
- j. Copia de identificación oficial de familiar que autoriza la donación
- k. Evaluación del potencial donador
- l. Última hoja de enfermería
- m. Última hoja de indicaciones
- n. Laboratorios del hospital generador
- o. Laboratorios del Instituto
- p. Nota posquirúrgica*
- q. Hoja de registro de anestesia*
- r. Hoja de resguardo
- s. Reporte de patología (en caso de ser necesario)

DE LA EMISIÓN DE INFORMES:

50. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, verifica en el sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes, si el órgano ha sido reportado dentro de las primeras cuarenta y ocho horas después del evento, por el hospital generador como lo establece el Art. 338 de la Ley General de Salud. Asimismo, envía un informe mensual de las donaciones generadas al Jefe del Departamento de Trasplantes.

DEL CONTROL DE SOLUCIONES PARA PRESERVAR ÓRGANOS:

51. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, define los insumos de solución de preservación de órganos a utilizar en el ejercicio fiscal, basándose en los consumos históricos del Departamento y requiere a la Secretaría para que realice la solicitud al Departamento de Adquisiciones mediante el programa anual de adquisiciones. Dichas soluciones son entregadas en tiempo y forma de manera directa por el proveedor entregando la factura por la compra.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

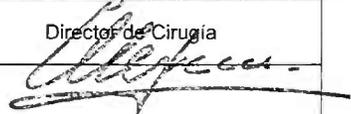
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 11 DE: 35

52. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, es responsable de mantener el control en una base de datos de las soluciones de preservación de órganos, las cuales se encuentran en guardia y custodia, en refrigeración a una temperatura de 2 a 8°C, en el Departamento de Trasplantes. En caso de que las soluciones de preservación de órganos sean requeridas por otro servicio, únicamente se prestarán mediante la solicitud por escrito y con la autorización del Jefe del Departamento de Trasplantes, el costo de la solución es con cargo a la persona beneficiaria en el que fue utilizada.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

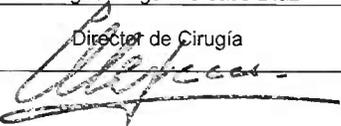
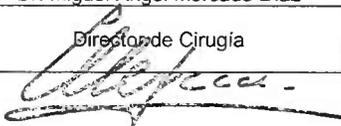
4.1 IDENTIFICAR DE UN POTENCIAL DONADOR EN EL INSTITUTO:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	1	Visita las áreas críticas del Instituto para identificar potenciales donadores de órganos. (Política 5)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	2	Recibe el aviso del Médico de las áreas críticas sobre la existencia de un posible donante. (Política 6)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	3	Evalúa al potencial donador tomando en cuenta los criterios para muerte encefálica descritos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Muerte Encefálica y manejo del potencial donante de órganos. (Política 8) . ¿El posible donante tiene muerte cerebral? No: Termina procedimiento Sí: Solicita al Médico tratante del donante la solicitud de los estudios de laboratorio correspondientes. (Política 9)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	4	Recibe el certificado de pérdida de la vida (Anexo 1) del Médico tratante del potencial donante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 12 DE: 35

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	5	Realiza la intervención con la familia, así como la evaluación de la oportunidad de donación y solicitud de la misma. (Política 12)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	6	Solicita a la familia el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplantes (Anexo 2) y lo integra al expediente de donación.
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	7	Realiza la organización, coordinación, enlaces y gestiones necesarias para el desarrollo del proceso de solicitud y procuración de órganos y tejidos, así como para la obtención, preparación y embalaje de los mismos una vez autorizada la donación. (Política 14)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	8	Informa del potencial donador al Centro Nacional de Trasplantes a través del formato aviso de paciente con muerte cerebral (Anexo 3) y al comité Interno de Trasplantes para su evaluación y con base en la información decidir los posibles receptores. (Política 15)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	9	Publica la información del donante para informar a los profesionales de la salud involucrados en el proceso, una vez aceptado el caso. (Política 16)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	10	Programa la cirugía de procuración de órganos en el quirófano, e informa al resto del equipo de la hora convenida. (Política 17)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	11	Explica los pasos y mantiene informada a la familia sobre el proceso de donación. (Política 18)

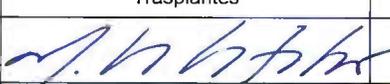
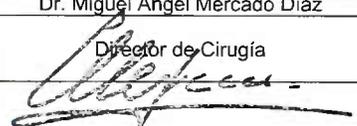
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 13 DE: 35

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	12	<p>Verifica que el proceso de obtención de órganos y tejidos se lleve a cabo en forma ágil y eficiente.</p> <p>¿Se realiza de forma ágil y eficiente?</p> <p>No: Realiza las gestiones para que se corrijan las acciones para un trasplante exitoso.</p> <p>Sí: Se da visto bueno para la realización del trasplante.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>

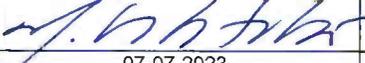
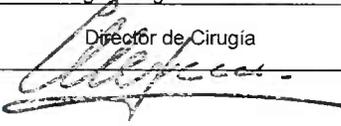
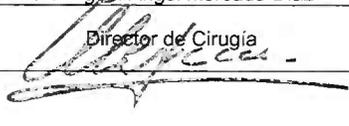
4.2 IDENTIFICAR DE UN POTENCIAL DONADOR FUERA DEL INSTITUTO:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	1	Recibe la notificación vía telefónica de un potencial donante por parte del Centro Nacional de Trasplantes. (Política 23)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	2	Solicita la información del potencial donador y llena el formato de evaluación del potencial donador de órganos (Formato 1)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	3	<p>Informa del potencial donador al comité Interno de Trasplantes para su evaluación y con base en la información se decide si es viable el proceso de procuración. (Política 24)</p> <p>¿Es aceptado el caso?</p> <p>No: Termina procedimiento</p> <p>Sí: Publica la información del donante para informar a los profesionales de la salud involucrados.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

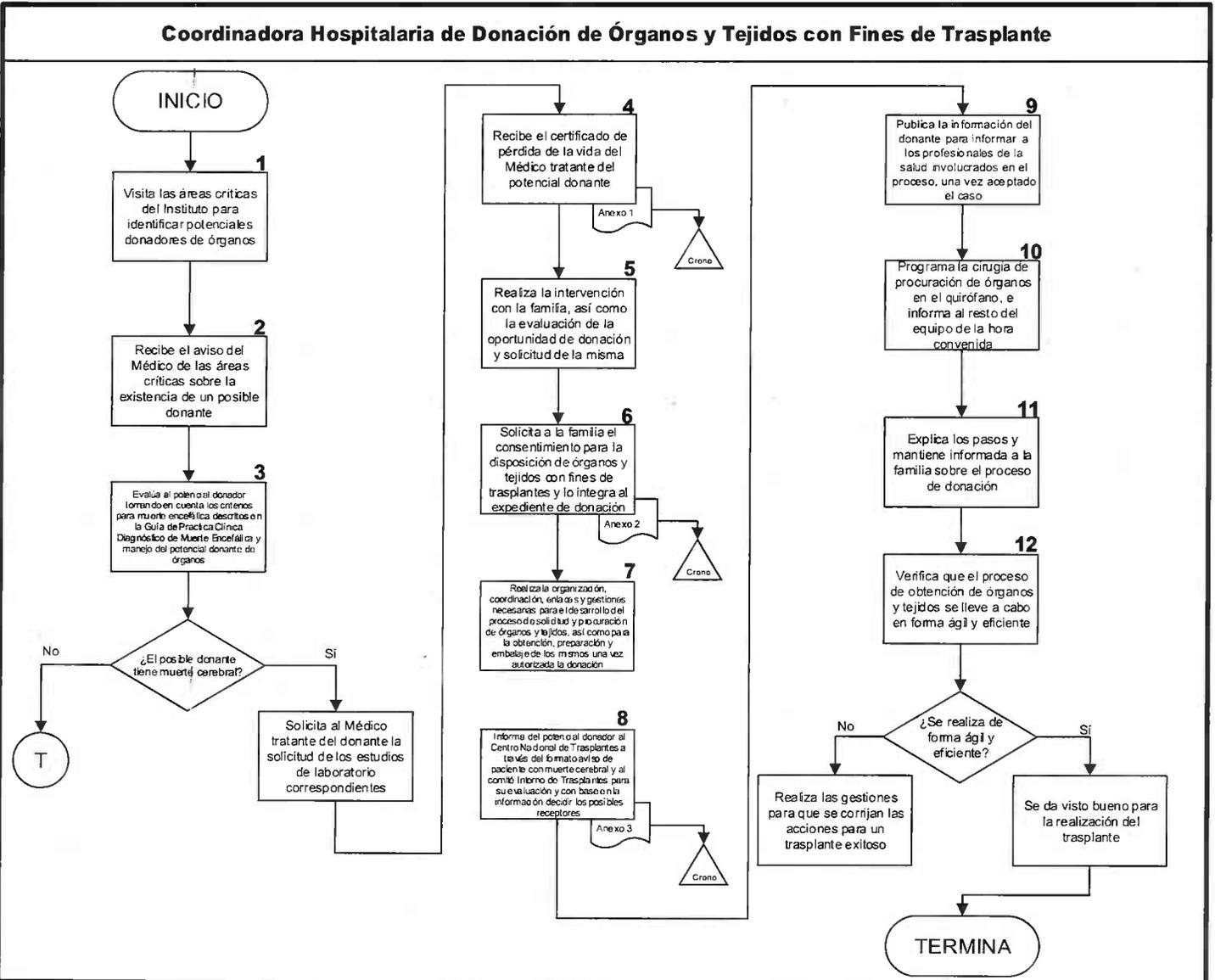
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 14 DE: 35

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	4	Realiza la organización, coordinación, enlaces y gestiones necesarias para el desarrollo del proceso de solicitud y procuración de órganos y tejidos, así como para la obtención, preparación y embalaje de los mismos; una vez autorizada la donación. (Política 27)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	5	Realiza las gestiones correspondientes para el traslado del órgano tanto terrestre como aéreo.
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	6	Solicita al personal de enfermería en turno del servicio de Quirófanos, el material, las maletas y hieleras para la procuración de órganos a través del llenado de la relación de material y equipo de procuración (Formato 2)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	7	Realiza el traslado de los órganos procurados, llenando los documentos de entrega y recepción del CENATRA (Anexo 4) y membretada la hielera para el traslado del órgano con el formato de traslado de órganos con fines de trasplante (Formato 3)
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante	8	Realiza la entrega del órgano y del instrumental quirúrgico al personal de enfermería del Servicio de Quirófanos, así como la cédula de verificación de datos de órganos o tejidos (Formato 4) para su llenado e inserción posterior al expediente clínico de donación.
TERMINA PROCEDIMIENTO		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 IDENTIFICAR DE UN POTENCIAL DONADOR EN EL INSTITUTO:



Nota:

Formato 1: Evaluación del potencial donador INCMNSZ

Anexo 1: Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.

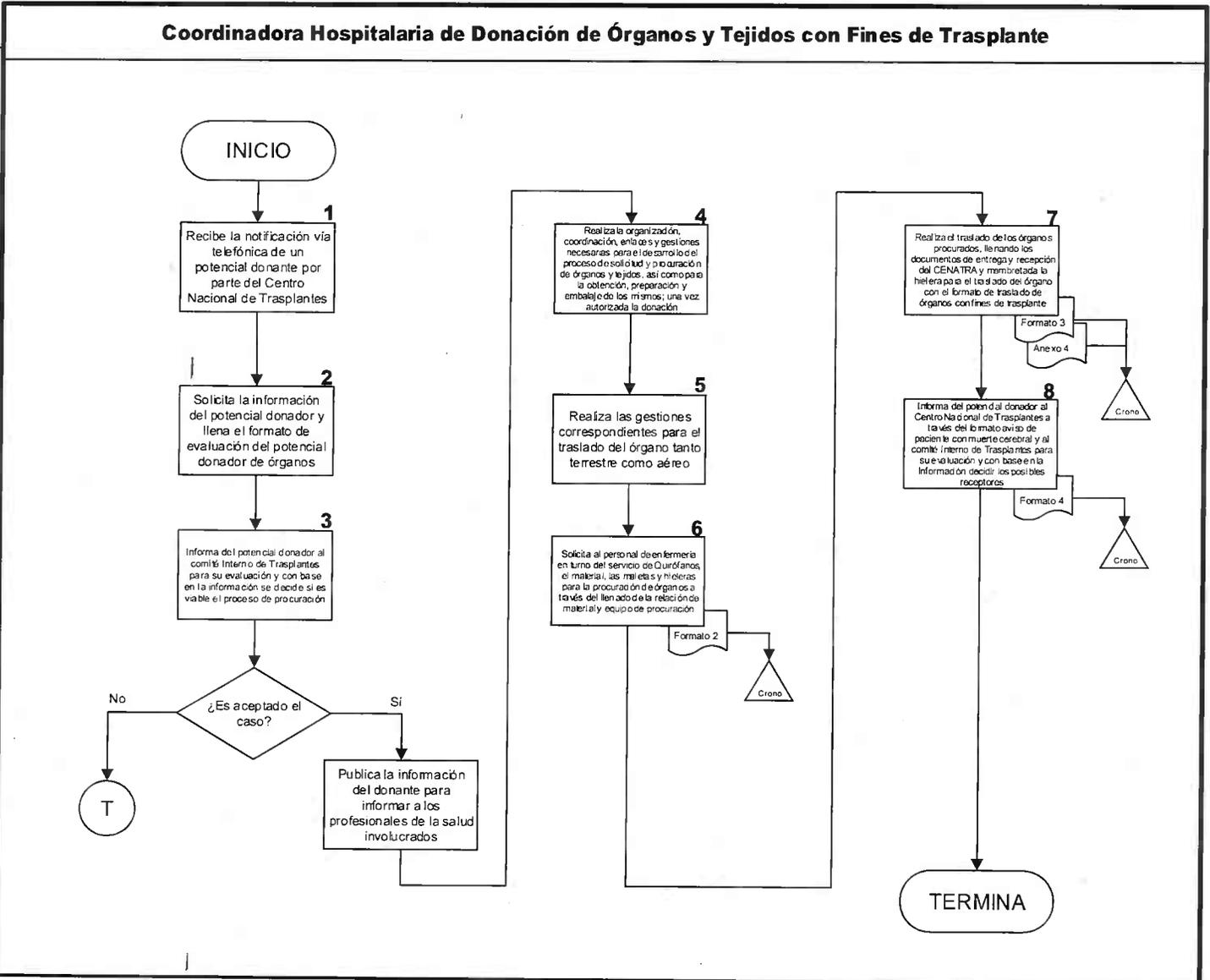
Anexo 2: Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Anexo 3: Aviso de paciente con muerte cerebral

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 IDENTIFICAR DE UN POTENCIAL DONADOR FUERA DEL INSTITUTO:



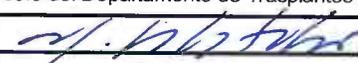
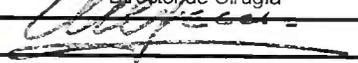
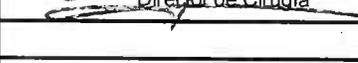
Nota:

Formato 2: Relación de material y equipo de procuración.

Formato 3: Formato de traslado de órganos con fines de trasplante.

Formato 4: Cédula de verificación de datos de órganos o tejidos.

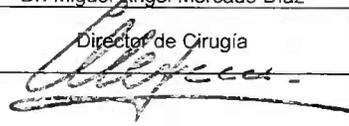
Anexo 4: Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 18 DE: 35

6.0 REGISTROS

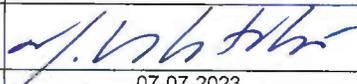
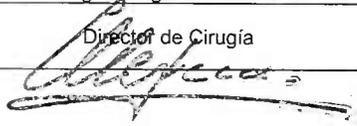
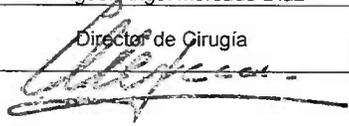
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Evaluación del potencial donador INCMNSZ	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Formato 2 Relación de material y equipo de procuración	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Formato 3 Formato de traslado de órganos con fines de trasplante	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Formato 4 Cédula de verificación de datos de órganos o tejidos	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Anexo 1 Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Anexo 2 Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Anexo 3 Aviso de paciente con muerte cerebral	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Anexo 4 Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2
Anexo 5 Acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia	6 años	Coordinación de Archivo de Concentración con acceso restringido	4S.2

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 SALUD <small>INSTITUCIÓN DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 19 DE: 35

7.0 GLOSARIO

- 7.1. Características macroscópicas:** Son las características que se pueden ver a simple vista y que son fáciles de medir, como el color, la apariencia, la textura, el peso, el volumen, etc.
- 7.2. Comité Interno de Trasplantes:** de Órgano de apoyo de la Dirección General y del Departamento de Trasplantes, para definir las políticas institucionales de trasplantes y asesorar, evaluar y dar seguimiento al desarrollo de los trasplantes dentro del Instituto.
- 7.3. Disponible secundario:** Persona autorizada de conformidad a las disposiciones legales que autoriza la donación de órganos.
- 7.4. Disposición de órganos y tejidos:** de Obtención de órganos y tejidos a través de la cirugía de procuración.
- 7.5. Donador de órganos:** Persona beneficiaria (paciente) con muerte encefálica y consentimiento legal que avala la donación de sus órganos.
- 7.6. Donador de tejidos:** Persona beneficiaria (paciente) que presenta muerte encefálica o paro respiratorio y consentimiento legal que avala la donación de sus órganos.
- 7.7. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Muerte Encefálica y Manejo del Potencial Donante de Órganos:** Criterios Médicos, clínicos y de gabinete con los cuales se determina la muerte encefálica así como las recomendaciones para el manejo del donante en una unidad de terapia intensiva con el fin de mantener de forma biológicamente adecuada a un donante para el uso de órganos y tejidos con fines de trasplantes.
- 7.8. Hospital generador:** Institución médica donde se genera la donación del órgano.
- 7.9. Muerte encefálica:** Cese irreversible de las funciones cerebrales.
- 7.10. Potencial donador:** Persona beneficiaria (paciente) con datos clínicos de muerte encefálica.
- 7.11. Procuración de órganos:** de Procedimiento quirúrgico mediante el cual se obtiene un órgano (injerto) con fines de trasplante, incluyendo su conservación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 20 DE: 35

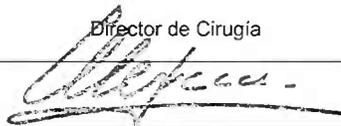
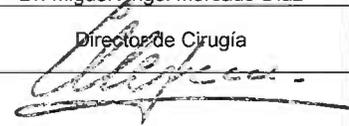
8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	28-01-2020	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.
02	03-07-2023	Actualización del procedimiento para dar cumplimiento a la verificación sanitaria y a la prevención para solicitud de licencia sanitaria.

9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

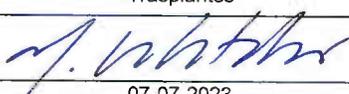
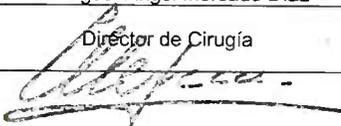
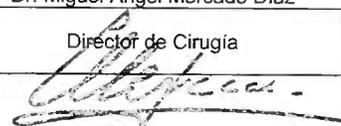
FORMATO 1: EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONADOR INCMNSZ

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha:	Día, mes y año en que se presenta el potencial donador de órganos.
2	Hora:	Hora exacta en la que se presenta el potencial donador (HH/MM)
3	Hospital generador	Nombre completo de la institución de salud que general el órgano.
4	Nombre	Nombre completo del donador de órganos
5	Diagnóstico	Diagnóstico de Ingreso el cual condicione la muerte encefálica
6	Fecha de ingreso	Día, mes y año en que ingresa el donador al hospital
7	Registro	Registro institucional
8	Peso	Peso del donador en kilogramos (kg)
9	T/A	Tensión arterial actual del donador
10	Cama	Número de cama en la que se encuentra el donador
11	F/N	Día, mes y año de nacimiento del donador
12	Talla	Talla del donador en metros (m)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 21 DE: 35

13	FC	Frecuencia cardiaca actual del donador
14	Edad	Edad en años del donador
15	Sexo	Género del donador
16	Hipotensión	Indicar si el donador ha presentado periodos de hipotensión
17	FR	Frecuencia respiratorio del donador
18	Grupo y Rh	Grupo sanguíneo y Rh del donador
19	Cx Previaq	Cirugías previas que haya tenido el donador
20	Paro cardiaco	Indicar si el donador ha presentado algún evento de paro cardiaco
21	Temp	Indicar la temperatura actual de la persona beneficiaria
22	AHF	Indicar antecedentes heredofamiliares del donador
23	APNP	Indicar antecedentes personales no patológicos del donador
24	APP	Indicar antecedentes personales patológicos del donador
25	Enfermedades crónico degenerativas	Indicar si el donador tiene enfermedades crónico degenerativas e indicar diagnóstico y tratamiento.
26	Padecimiento Actual	Indicar el padecimiento actual del donador
27	Soluciones	Soluciones con las que cuenta el donador
28	Antibióticos	Antibióticos que actualmente se administraron al donador
29	Aminas	Indicar si la persona beneficiaria tiene aminas vaso activas, tipo y dosis
30	Otros	Indicar cualquier otro medicamento
31	Fecha	Día, mes y año en que se solicitan los exámenes de laboratorio, eligiéndolos de la lista.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023



INCMNSZ

DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES

COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONADOR

Fecha: 1 Hora: 2

Hospital generador	3						
Nombre	4						
Diagnóstico	5						
Fecha de ingreso	6	Registro	7	Peso	8	T/A	9
Carna	10	F/N	11	Talla	12	FC	13
Edad	14	Sexo	15	Hipotensión	16	FR	17
Grupo y Rh	18	Cx Previas	19	Paro cardíaco	20	TEMP	21
AHF:	22						
APNP:	23						
APP:	24						
Enfermedades crónicas degenerativas:	25						
Padecimiento actual:	26						
Soluciones	27						
Antibióticos	28						
Aminas	29						
Otras	30						
Fecha	31	Fecha		Fecha			
Leucocitos		Glucosa		TP			
Hemoglobina		Urea		TTP			
Hematocrito		BUN		INR			
Plaquetas		Creatinina		% de Actividad			
Fecha		Fecha		Fecha			
Albumina		VH		Na ⁺			
BT		VHB		K ⁺			
BD		VHC		Cl ⁻			
BI		VDRL		Ca ⁺⁺			
TGO		CMV		P ⁺			
TGP		VEB		Mg ⁺			
FA		Toxoplasma					
GGT		Cultivos previos					
		EGO					

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 23
			DE: 35

FORMATO 2: CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE ÓRGANOS O TEJIDOS

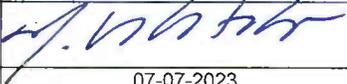
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha procuración	Día, mes y año en que se presenta el proceso de donación
2	Hora de procuración	Hora exacta en la que se presenta la donación (HH/MM)
3	Órgano	Órganos procurados
4	Nombre del donador	Nombre completo del donador
5	Fecha de Nacimiento	Día, Mes y Año de nacimiento
6	Registro	Registro del donador
7	Edad	Edad en años del donador
8	Peso	Peso del donador en kilogramos
9	Talla	Talla del donador en metros (m)
10	Gpo. Rh	Grupo Sanguíneo del Donador
11	Causa de pérdida de la vida	Diagnóstico del inicial del donador
12	Fecha y hora de pérdida de la vida	Día, mes y año junto con la hora y minutos (DD/MM/AAAA)y (HH:MM)
13	Lugar de procedencia (Hospital)	Nombre del hospital generador
14	Hora de pinzamiento	Hora y minutos (HH:MM)
15	Cirujano de procuración	Nombre completo del cirujano de procuración
16	Coordinador de donación	Nombre completo del coordinador de donación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 25 DE: 35

FORMATO 3: TRASLADO DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Órgano	Nombre del órgano a trasladar
2	Establecimiento generador	Nombre del hospital generador
3	Establecimiento destino	Nombre del Instituto.
4	Responsable del traslado	Nombre completo del coordinador de donación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 26 DE: 35

TRASLADO DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE

Órgano _____ 1

Establecimiento Generador _____ 2

Establecimiento Destino _____ 3

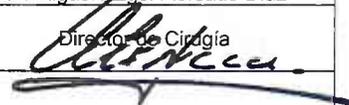
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Responsable del Traslado _____ 4





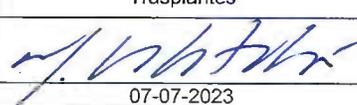
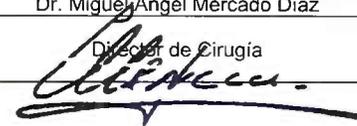
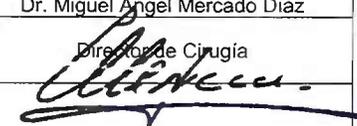
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 27 DE: 35

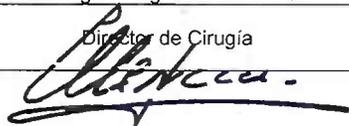
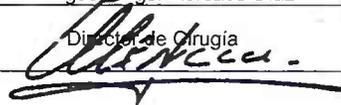
FORMATO 4: RELACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO DE PROCURACIÓN

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	Día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se recibe el material para la procuración del órgano, del personal de enfermería.
2	Hospital	Nombre del Hospital Generador.
3	Nombre de quién solicita	Nombre completo de la persona que solicita el material.
4	Nombre de quién entrega	Nombre completo de la persona que entrega el material.
5	2 Maletas	Indicar si llevan una o dos maletas.
6	2 Hieleras	Indicar si llevan una o dos hieleras.
7	Equipo de cirugía general 58 piezas	Indicar las piezas que contiene el membrete del equipo de cirugía general.
8	Equipo vascular 31 piezas	Indicar las piezas que contiene el membrete del equipo vascular.
9	Finochietto	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega finochietto.
10	Separador Goset	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega sep goset.
11	Lebrillo Grande	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega lebrillo grande.
12	Martillo	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega martillo.
13	Vale de material utilizado	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega vale de material utilizado
14	Firma entrega	Firma de la persona que entrega.
15	Firma recibe	Firma de la persona que recibe.
16	Fecha	Día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se entrega el material de la procuración del órgano, al personal de enfermería.
17	Hospital	Nombre del Hospital Generador.
18	Nombre de quién entrega	Nombre completo de la persona que entrega el material.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 28 DE: 35

19	Nombre de quién entrega	Nombre completo de la persona que entrega el material.
20	2 Maletas	Indicar si llevan una o dos maletas.
21	2 Hieleras	Indicar si llevan una o dos hieleras.
22	Equipo de cirugía general 58 piezas	Indicar las piezas que contiene el membrete del equipo de cirugía general.
23	Equipo vascular 31 piezas	Indicar las piezas que contiene el membrete del equipo vascular.
24	Finochietto	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega finochietto.
25	Separador Goset	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega sep goset.
26	Lebrillo Grande	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega lebrillo grande.
27	Martillo	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega martillo.
28	Vale de material utilizado	Indicar con la palabra "Si" o "No" si se entrega vale de material utilizado
29	Firma entrega	Firma de la persona que entrega.
30	Firma recibe	Firma de la persona que recibe.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Trasplantes

1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:
M.P./O.3.0.2

REV: 02

HOJA: 29

DE: 35



INCMNSZ

DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES

COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS

RELACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO DE PROCURACIÓN

Relación de material y equipo de procuración	
Fecha	1
Hospital	2
Nombre de quién solicita	3
Nombre de quién entrega	4
2 maletas	5
2 hieleras	6
Equipo cirugía general 58 piezas	7
Equipo vascular 31 piezas	8
Finochietto	9
Separador goset	10
Lebrillo grande	11
Marcillo	12
Vale de material utilizado	13
	14
	15
Firma entrega	Firma recibe

CANCELADO

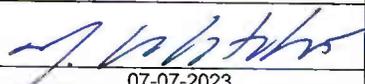
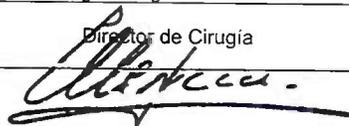
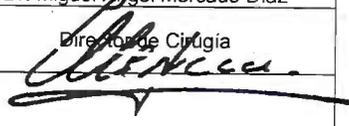
Relación de material y equipo de procuración	
Fecha	16
Hospital	17
Nombre de quién entrega	18
Nombre de quién recibe	19
2 maletas	20
2 hieleras	21
Equipo cirugía general 58 piezas	22
Equipo vascular 31 piezas	23
Finochietto	24
Separado goset	25
Lebrillo grande	26
Marcillo	27
Vale de material utilizado	28
	29
	30
Firma entrega	Firma recibe

CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:		Revisó:		Autorizó:	
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz			
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:					
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 30 DE: 35

ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 31 DE: 35

ANEXO 1: CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTE



CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTE.

Médico que certifica:

Cédula Profesional Número _____

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud, El / la C. _____

Quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. _____ del servicio de _____ del hospital _____ ubicado en _____ ha perdido la vida.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica.

En el mismo artículo se establece que la muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia,
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea,
- III. Ausencia de reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos voluntarios en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos no dolorosos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotóxicas y la muerte encefálica se ha corroborado a través de la(s) siguiente (s) prueba (s): _____

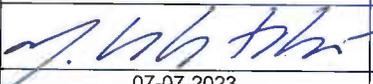
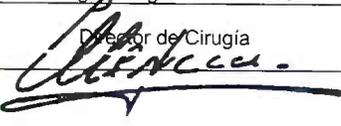
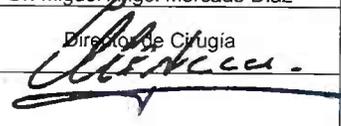
Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de, El / la C. _____

ocurrida en la Ciudad de _____ a las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____

Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 245 y 244 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, consulta o requerimiento dirigirse al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) a los teléfonos 52 55 24 97 94 00 ext. 31400 en el D.F. y zona metropolitana, del interior de la República al 51 020 22 36 262, o al 044 93 54 24 26 26 e al 51 20 24 01 95 612.

2019

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 32 DE: 35

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE



CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADAVERES CON FINES DE TRASPLANTE

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE.

Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad: _____
 Diagnóstico de Ingreso: _____
 Causa de la Muerte: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Nombre del Hospital: _____
 Municipio del Hospital: _____

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Yo, _____, con cédula de identidad N.º _____, del I. N. S. Z. (el/la) _____, otorgo el consentimiento para donar _____.
 En fecha _____ a las _____ horas, siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y después de haber sido informado lo suficiente acerca de la donación, en virtud que el I. N. S. Z. me ha planteado la necesidad de órganos y tejidos para que estos sean utilizados en forma altruista y gratuita con fines de trasplante.

3.- DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO.

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
 Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia o Localidad: _____
 Delegación o Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____

Firma del familiar que otorga el consentimiento: _____

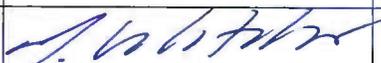
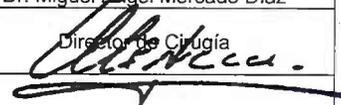
4.- DATOS DE DOS TESTIGOS.

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____ Parentesco: _____
 Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia o Localidad: _____
 Delegación o Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____ Parentesco: _____
 Domicilio: _____
 Calle y Número: _____ Colonia o Localidad: _____
 Delegación o Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____

Firma del primer testigo: _____ Firma del segundo testigo: _____

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 33
			DE: 35

ANEXO 3: AVISO DE PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL




CONTRA-00-005 AVISO DE PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL.

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso. Lléneselo con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social: _____ Número de Licencia Sanitaria: _____
Calle y Número: _____ Colonia o Localidad: _____
Delegación Política o Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____ Teléfono (s): _____

Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes: _____

2.- DATOS DEL PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____
Calle y Número: _____ Colonia o Localidad: _____
Delegación Política o Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____ Teléfono (s): _____

Fecha de Ingreso al Hospital: _____ Número de Expediente: _____
Servicio donde se encuentra: _____
Fecha y hora en que se detecta: _____ Fecha y hora en que se avisó al Centro Nacional de Trasplantes: _____
Causa de Muerte: _____
Órganos viables para donación: _____

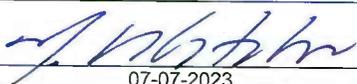
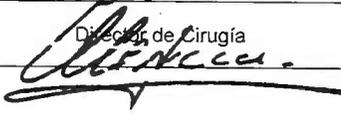
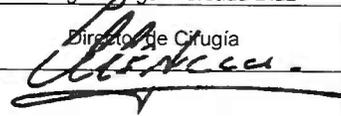
En caso médico legal: Si No

3.- DATOS DEL CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Nombre de la persona que recibe la llamada del aviso: _____
Fecha y hora de la llamada: _____

El presente documento se encuentra en estricta conformidad con el fundamento en los artículos 330 (Fracción IV), 340 y 341 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, acudir al Centro Nacional de Trasplantes al Centro de Atención al Paciente (CAPAT) (Calle de Insurgentes Sur 56-00-20-00, entre 50 y 51 km. carretera México, DF) o al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 56-00-1111 o desde el exterior de la República al 01-496201-73-40 y 82.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 34 DE: 35

ANEXO 4: PROPUESTA DE FORMATO DE CUSTODIA Y GUARDA DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS PROCEDENTES DE DONACIÓN CADAVERICA





Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica

Fecha: _____ de _____ de _____

Establecimiento Generador

1. Nombre del establecimiento donde se generó la donación:

Institución: _____ Entidad federativa: _____ RNT: _____

2. Iniciales del donador: _____ Sexo: _____
Edad: _____

3. Fecha de procuración: _____

4. Fecha y hora de certificación de pérdida de la vida: _____

5. Número de expediente del establecimiento generador (opcional): _____

6. Diagnóstico de pérdida de la vida: _____

7. Órgano o Tejido a custodiar (si es órgano o tejido no especificarlo): _____

CANCELADO

8. Nombre y firma del Coordinador de Donación de Órganos y Tejidos: _____

9. Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): _____

Establecimiento Receptor

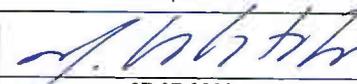
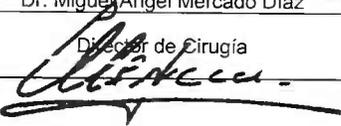
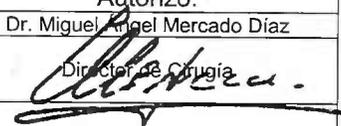
10. Nombre del establecimiento receptor de los órganos y/o tejidos:

Institución: _____ Entidad federativa: _____ RNT: _____

11. Nombre y Cargo del Responsable de la custodia del órgano o tejido: _____

Firma: _____

12. Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	1. Procedimiento para Obtener Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Donadores con Muerte Encefálica		HOJA: 35 DE: 35

ANEXO 5: ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA





SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso. Llénelo con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social		Número de Licencia sanitaria	
Calle y número		Colonia o Localidad	
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Teléfono (s)

2.- DATOS DEL DONADOR O DONANTE

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Edad	Sexo
------------------	------------------	------------	------	------

Causa de Muerte: _____
 Con certificación de pérdida de la vida, dada en la Ciudad de _____ a las _____ del día _____ del mes _____ del año _____.

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER

Órganos y Tejidos que se van a obtener:

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Número de la agencia		Colonia o Localidad	
Calle y número		Teléfono (s)	
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Teléfono (s)
Turno	Mesa		

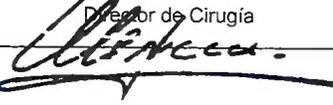
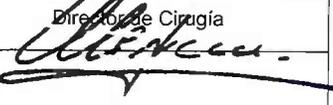
Sello de Reslado

5.- COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, así como cumplir y hacer cumplir los ordenamientos locales en materia de donación, trasplantes y pérdida de la vida de seres humanos.

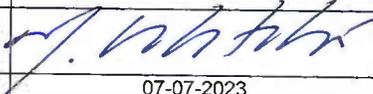
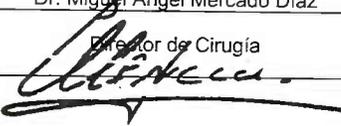
Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes

El presente documento encuentra contenido en el Sistema de Información de Salud y es de uso exclusivo de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Trasplantes. No se permite su reproducción, distribución o uso no autorizado sin el consentimiento expreso de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Trasplantes. Para cualquier información, consulte el sitio web de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Trasplantes en el portal de Internet de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Trasplantes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 1
			DE: 16

2. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR TRASPLANTES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 2
			DE: 16

1.0 PROPÓSITO

Realizar la sustitución de la función biológica de un órgano enfermo del receptor mediante el uso de injertos obtenidos de donador vivo o cadavérico, logrando la mejoría en la calidad de vida y sobrevida de las personas beneficiarias.

2.0 ALCANCE

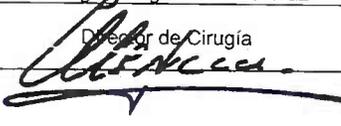
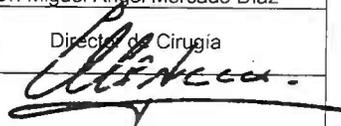
A nivel interno: Este procedimiento aplica al Departamento de Trasplantes en realizar la procuración del órgano y trasplante, al Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral en realizar el manejo médico de los protocolos de trasplante renal y de las personas beneficiarias trasplantadas y al Departamento de Gastroenterología en el manejo médico de los protocolos de trasplante hepático y de páncreas de las personas beneficiarias trasplantadas.

A nivel externo: Este procedimiento aplica a los centros generadores de órganos y otras instancias médicas de base de las personas beneficiarias trasplantadas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o privados.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

GENERALES:

1. Todas las personas beneficiarias susceptibles a trasplante renal, de páncreas o hepático, cuentan con un protocolo autorizado por el Comité Interno de Trasplantes y presentado en el Subcomité de Trasplante Renal o Subcomité de Trasplante Hepático Institucionales, con el fin de tener una evaluación multidisciplinaria que determine que su probabilidad de recibir un órgano, sea de acuerdo a la normativa institucional y externa aplicable y de conformidad a la ética médica.
2. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, recibe la notificación de la donación de órganos y avisa al Jefe del Departamento de Trasplantes a fin de convocar a sesión al Comité Interno de Trasplantes para definir al receptor idóneo, basado en los criterios de gravedad, tiempo en lista de espera y protocolo completo (protocolo de trasplante renal, de páncreas y protocolo de trasplante hepático). Dichos protocolos son emitidos por cada una de las especialidades que intervienen en la evaluación y concentrados por la Coordinadora de Donación y Trasplantes de Órganos, para su presentación y aprobación ante el Comité Interno de Trasplantes.
3. El Subcomité de Trasplante Renal y Hepático presenta a las personas beneficiarias con protocolo completo para trasplante hepático y/o renal ante el Comité Interno de Trasplantes y decidir su ingreso al sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes. Tratándose de trasplantes de donadores y receptores extranjeros vivos no relacionados, se presenta el caso ante el Comité Interno de Trasplantes, para su inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes con seis meses de anticipación, asimismo tratándose de trasplante entre familiares por consanguinidad, civil o de afinidad hasta el cuarto grado, se ingresa al menos con 15 días hábiles de anticipación, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

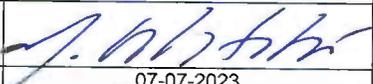
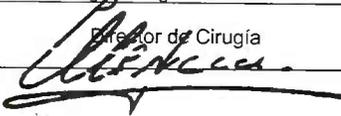
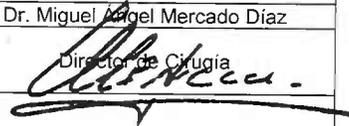
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 3
			DE: 16

4. El Comité Interno de Trasplantes, tratándose de personas beneficiarias extranjeras que se encuentren en espera de un trasplante de hígado y/o riñón, autoriza el procedimiento cuando se cuente con protocolo completo y se cumpla con lo siguiente: que la persona beneficiaria tenga una condición de estancia en el territorio nacional de residente temporal, residente temporal estudiante o residente permanente y acreditar su permanencia ininterrumpida en el país de por lo menos 6 meses previos a la realización del trasplante, exceptuando casos de urgencia nacional.
5. El Médico Especialista de Trasplantes es responsable del llenado del formato de tiempos de isquemia del procedimiento quirúrgico (**Formato 1**), una vez que se ha concluido el procedimiento quirúrgico, asimismo es responsable de realizar la nota clínica en el expediente clínico a fin de cumplir con la normatividad vigente.
6. El Médico Especialista de Trasplantes es responsable de emitir un informe mensual de actividades realizadas al Jefe del Departamento de Trasplantes para visto bueno y autorización. Asimismo, dentro de las 72 hrs posteriores a la realización del trasplante, la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante realiza el enlace del órgano con el receptor, en el sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes.

DEL TRASPLANTE RENAL/PÁNCREAS CADAVERICO:

7. La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de recibir el reporte de parte de un centro generador de órganos sobre la disponibilidad de un órgano con fines de trasplante (riñón/páncreas), debido a una muerte encefálica.
8. El Médico Especialista de Trasplantes, evalúa la información obtenida sobre el donador a fin de determinar si ese órgano es potencialmente útil para el trasplante renal. Los factores que evalúa el Médico Especialista de Trasplantes para determinar el grado de utilidad del órgano son:
 - a. Resultados bioquímicos del donador cadavérico
 - b. Estado hemodinámico del donador
 - c. Historia clínica del donador valorando sus antecedentes personales y comorbilidades
 - d. Ajuste al Sistema de Asignación de injertos renales de donador fallecido basado en puntaje. (Asignator)
9. El Médico Especialista de Trasplantes junto con la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante acuden al centro generador una vez que se ha comprobado la potencial utilidad del órgano para realizar la procuración del órgano (obtención y preservación del órgano) por el órgano, realizando la procuración multi orgánica.
10. El Médico Especialista de Trasplantes junto con la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, trasladan el órgano hacia el Servicio de Quirófanos del Instituto y solicitan una sala quirúrgica para la realización de la cirugía de banco. La disponibilidad de la realización del procedimiento quirúrgico está supeditada a la capacidad del Servicio de Quirófanos. Asimismo, a la par se realizan las pruebas cruzadas de compatibilidad a cargo del Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad, obteniendo los resultados en el tiempo determinado por el propio Laboratorio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 4
			DE: 16

11.El Médico Especialista de Trasplantes una vez que tiene acceso a los resultados de las pruebas de histocompatibilidad y de acuerdo al Asignator y de conformidad al puntaje evalúa que el receptor cumpla con los siguientes requisitos:

- a. Que el resultado de la prueba para potencial receptor sea negativa
- b. Que el protocolo de trasplante se encuentre completo, actualizado y que posterior a la evaluación del Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral no cuente con alguna contraindicación médica para la realización del trasplante.

12.El Médico Especialista de Trasplantes es responsable de informar sobre los riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico, además de solicitar sus medicamentos de inducción para la realización del trasplante, una vez que la persona beneficiaria esté plenamente informada del procedimiento a seguir aceptando los términos establecidos, y de solicitar la firma del consentimiento informado (**Anexo 1**) de su aceptación

13.El Médico Especialista de Trasplantes es responsable de verificar que la persona beneficiaria sea evaluada en el Servicio de Atención Institucional Continua y Urgencias por Médicos de Urgencias y de Nefrología antes de enviarlo al Servicio de Quirófanos.

14.El Médico Especialista de Trasplantes, es responsable de solicitar al Servicio de Quirófanos sala quirúrgica y hora para la realización del trasplante.

15.El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que se ha realizado la inducción y monitorización anestésica a la persona beneficiaria en la sala quirúrgica, procede a la realización del procedimiento de trasplante renal/de páncreas, de conformidad a la técnica quirúrgica establecida.

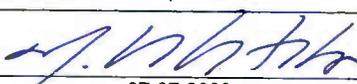
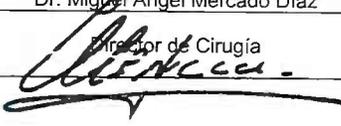
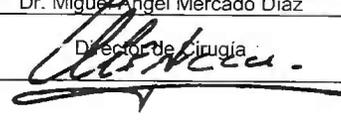
16.El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que la persona beneficiaria sale del procedimiento quirúrgico es trasladada a la terapia intensiva explicando sobre el procedimiento y técnica quirúrgica empleada y de los eventos adicionales que surgieron del estándar establecido. Asimismo, realiza la visita diaria a la persona beneficiaria a fin de monitorizarlo en todo el internamiento hasta el alta médica. Posteriormente ve a la persona beneficiaria en la consulta externa de manera rutinaria como sigue:

- a. Primer mes una vez por semana
- b. Segundo mes cada dos semanas
- c. A partir del tercer mes cada tres meses alternando con el Servicio de nefrología.

DEL TRASPLANTE HEPÁTICO:

17.La Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante es responsable de recibir el reporte de parte de un centro generador de órganos sobre la disponibilidad de un órgano con fines de trasplante (hígado), debido a una muerte encefálica.

18.El Médico Especialista de Trasplantes evalúa la información obtenida sobre el donador a fin de determinar si ese órgano es potencialmente útil para el trasplante hepático. Los factores que evalúa el Médico Especialista de Trasplantes para determinar el grado de utilidad del órgano son:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 5 DE: 16

- a. Resultados bioquímicos del donador cadavérico
- b. Estado hemodinámico del donador
- c. Historia clínica del donador valorando sus antecedentes personales y comorbilidades
- d. Ajuste al algoritmo institucional de asignación de órgano, el cual se basa en el Score MELD

19. El Médico Especialista de Trasplantes junto con la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante acuden al centro generador una vez que se ha comprobado la potencial utilidad del órgano para realizar la procuración del órgano (obtención y preservación del órgano) por el órgano, realizando la procuración multi orgánica.

20. El Médico Especialista de Trasplantes junto con la Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, trasladan el órgano hacia el Servicio de Quirófanos del Instituto y solicitan una sala quirúrgica para la realización de la cirugía de banco así como del trasplante. La disponibilidad de la realización del procedimiento quirúrgico está supeditada a la capacidad del Servicio de Quirófanos.

21. El Médico Especialista de Trasplantes simultáneamente realiza la evaluación del receptor que cumpla con los siguientes requisitos:

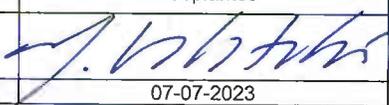
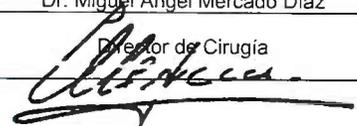
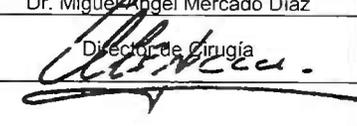
- a. Que el protocolo de trasplante hepático se encuentre completo, actualizado y que posterior a la evaluación del Departamento de Gastroenterología no cuente con alguna contraindicación médica para la realización del trasplante.
- b. Que el puntaje de Score MELD sea el más alto, para que sea el receptor número uno en lista siempre y cuando esté avalado por los integrantes del comité de Trasplante.

22. El Médico Especialista de Trasplantes es responsable de informar sobre los riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico además de solicitar sus medicamentos de inducción para la realización del trasplante, una vez que la persona beneficiaria este plenamente informada del procedimiento a seguir aceptando los términos establecidos y de solicitar la firma del consentimiento informado (**Anexo 1**) de su aceptación.

23. El Médico Especialista de Trasplantes es responsable de verificar que la persona beneficiaria sea evaluada en el Servicio de Atención Institucional Continua y Urgencias por Médicos de Urgencias y de Gastroenterología antes de enviarlo al Servicio de Quirófanos.

24. El Médico Especialista de Trasplantes, es responsable de solicitar al Servicio de Quirófanos la sala quirúrgica y hora de manera urgente para la realización del trasplante renal.

25. El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que se ha realizado la inducción y monitorización anestésica a la persona beneficiaria en la sala quirúrgica, procede a la realización del procedimiento de trasplante hepático, de conformidad a la técnica quirúrgica establecida.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 6
			DE: 16

26. El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que la persona beneficiaria sale del procedimiento quirúrgico es trasladado a la terapia intensiva explicando sobre el procedimiento y técnica quirúrgica empleados y de los eventos adicionales que surgieron del estándar establecido. Asimismo, realiza la visita diaria a la persona beneficiaria a fin de monitorizarlo en todo el internamiento hasta el alta médica. Posteriormente ve a la persona beneficiaria en la consulta externa de manera rutinaria como sigue:

- a. Primer mes una vez por semana
- b. Segundo mes cada dos semanas
- c. A partir del tercer mes cada tres meses alternando con el Servicio de gastroenterología.

DEL TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO:

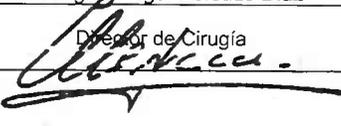
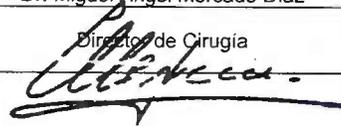
27. El Médico Especialista de Trasplantes participa en la evaluación, tanto del donador como del receptor, a fin de determinar si el caso del trasplante renal cumple con las características del protocolo vigente, proporciona la consulta a la persona beneficiaria y mediante una nota médica evalúa las características del donante y el receptor, explicando de forma amplia y entendible a la persona beneficiaria, el procedimiento de trasplante renal así como sus posibles complicaciones, dándole a conocer que esto no necesariamente está determinado que la persona beneficiaria sea llevado a procedimiento ya que se requiere de la evaluación de otros especialistas y que darán su visto bueno para que el caso sea comentado en el Comité Interno de Trasplantes del Instituto. En caso de ser aceptado todos los trámites para los ingresos del donante y del receptor el personal del Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral, son los responsables de realizar el ingreso, hospitalización y egreso de la persona beneficiaria y su donador.

28. El Médico Especialista de Trasplantes acude al Comité Interno de Trasplantes del Instituto, para la revisión de los casos presentados por el Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral a fin de conocer la viabilidad de los casos de trasplante. Una vez presentado el caso, se determina la fecha probable de cirugía, así como el esquema de inmunosupresión de cada caso.

29. El Médico Especialista de Trasplantes, es responsable de solicitar al Servicio Quirófanos sala quirúrgica y hora de manera urgente para la realización del trasplante renal.

30. El Médico Especialista de Trasplantes, el día de la cirugía, recibe el órgano con fines de trasplante del equipo de urología, quienes llevan a cabo la nefrectomía del donador.

31. El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que se ha realizado la inducción y monitorización anestésica a la persona beneficiaria en la sala quirúrgica, procede a la realización del procedimiento de trasplante renal, de conformidad a la técnica quirúrgica establecida.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 7
			DE: 16

32.El Médico Especialista de Trasplantes, una vez que la persona beneficiaria y su donante, salen del procedimiento quirúrgico son trasladado a la sala de recuperación y posteriormente a la revisión de un Médico Anestesiólogo es llevado a su cama hospitalaria. Asimismo, realiza la visita diaria a la persona beneficiaria trasplantado a fin de monitorizarlo en todo el internamiento hasta el alta médica. Posteriormente ve a la persona beneficiaria en la consulta externa de manera rutinaria como sigue:

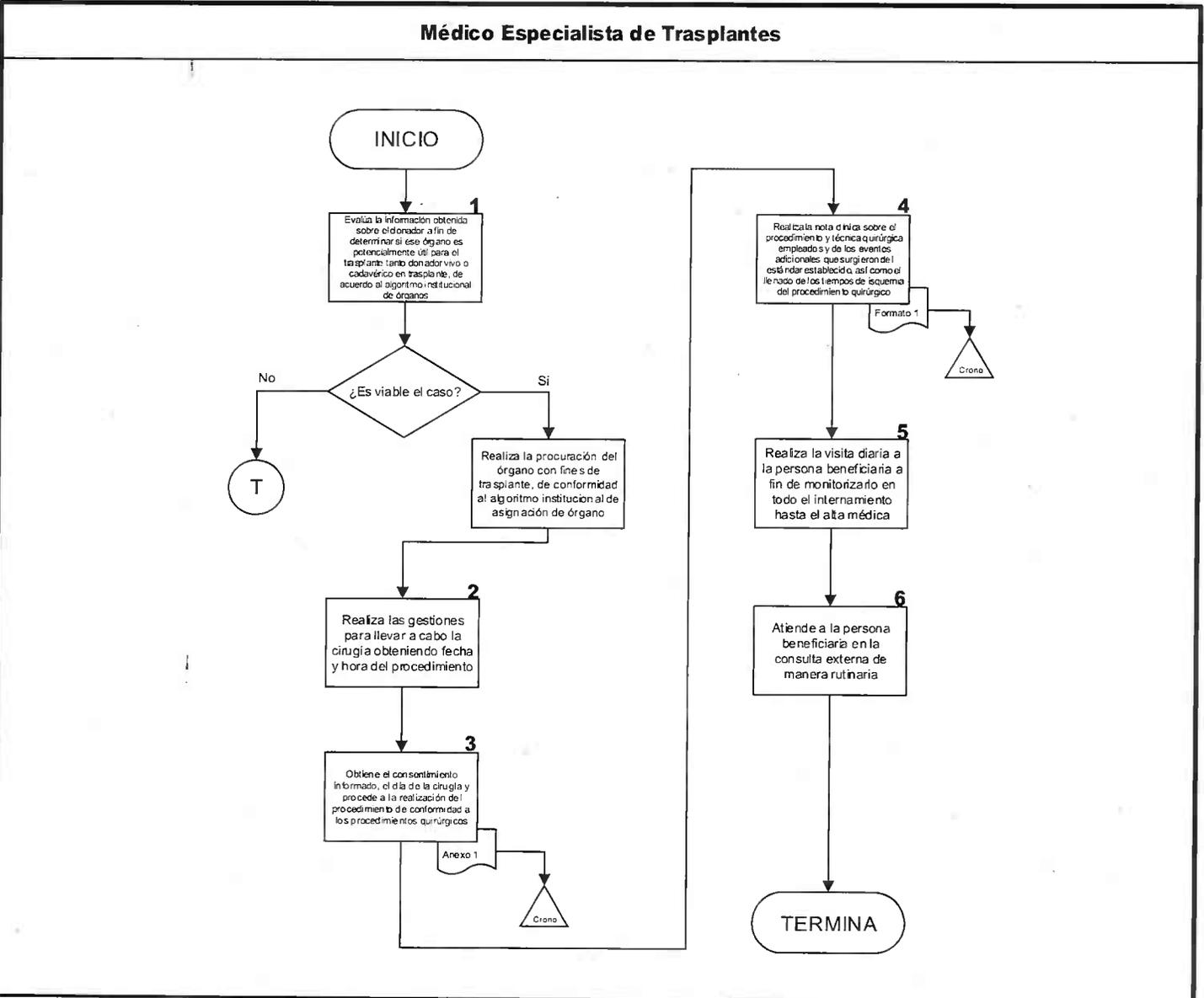
- a. Primer mes una vez por semana
- b. A partir del tercer mes cada tres meses alternando con el Servicio de nefrología.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

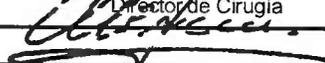
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médico Especialista de Trasplantes	1	<p>Evalúa la información obtenida sobre el donador a fin de determinar si ese órgano es potencialmente útil para el trasplante tanto donador vivo o cadavérico en trasplante, de acuerdo al algoritmo institucional de órganos. (Política 8 y 18)</p> <p>¿Es viable el caso?</p> <p>No: Termina procedimiento.</p> <p>Sí: Realiza la procuración del órgano con fines de trasplante, de conformidad al algoritmo institucional de asignación de órgano. (Política 9 y 19)</p>
Médico Especialista de Trasplantes	2	Realiza las gestiones para llevar a cabo la cirugía obteniendo fecha y hora del procedimiento. (Política 10 y 20)
Médico Especialista de Trasplantes	3	Obtiene el consentimiento informado (Anexo 1) , el día de la cirugía y procede a la realización del procedimiento de conformidad a los procedimientos quirúrgicos. (Política 12 y 22)
Médico Especialista de Trasplantes	4	Realiza la nota clínica sobre el procedimiento y técnica quirúrgica empleados y de los eventos adicionales que surgieron del estándar establecido, así como el llenado de los tiempos de isquemia del procedimiento quirúrgico (Formato 1). (Política 5)
Médico Especialista de Trasplantes	5	Realiza la visita diaria a la persona beneficiaria a fin de monitorizarlo en todo el internamiento hasta el alta médica. (Política 16)
Médico Especialista de Trasplantes	6	Atiende a la persona beneficiaria en la consulta externa de manera rutinaria. (Política 26)
TERMINA PROCEDIMIENTO		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



Nota:
Formato 1: Tiempos de isquemia del procedimiento quirúrgico.
Anexo 1: Consentimiento informado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

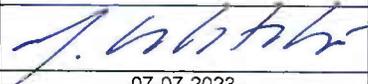
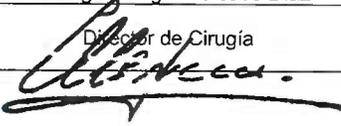
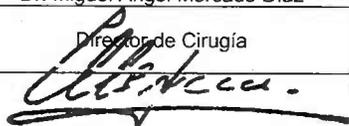
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 9
			DE: 16

6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Tiempos de isquemia del procedimiento quirúrgico	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S3
Anexo 1 Consentimiento informado	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S3

7.0 GLOSARIO

- 7.1. Algoritmo institucional de asignación de órgano:** Evaluaciones multidisciplinares determinadas por el comité Interno de Trasplantes, mediante el cual se establecen los requisitos para que una persona beneficiaria pueda ser considerado como receptor de un órgano, así como los criterios de viabilidad en caso del donador, estableciendo así la justa distribución de los órganos destinados para trasplante.
- 7.2. Centros generadores de órganos:** Lugar físico o institución médica, donde se lleva a cabo una donación de órganos alineado a la normativa vigente en esa materia.
- 7.3. Cirugía de banco:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se identifican los elementos anatómicos de un injerto, realizando técnicas para su implantación en caso de ser viable.
- 7.4. Donador cadavérico:** Persona con diagnóstico de muerte encefálica, cuyos órganos pueden ser susceptibles para donación con fines de trasplante.
- 7.5. Donador vivo:** Persona viva que cumple un protocolo de evaluación, cuyos órganos pueden ser susceptibles para donación con fines de trasplante, siempre y cuando no se comprometa su salud.
- 7.6. Estado hemodinámico:** Estado en el que se encuentran los signos vitales que garantizan la funcionalidad del ser humano.
- 7.7. Injerto:** Órgano donado con fines de trasplante.
- 7.8. Muerte encefálica:** Cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencefalo.
- 7.9. Procuración órgano:** del Procedimiento quirúrgico en donador vivo o cadavérico, cuyo fin es obtener un injerto con fines de trasplante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 10
			DE: 16

7.10. Tiempos de isquemia: Período que un órgano dura viable para trasplante fuera del organismo, durante el lapso que transcurre entre la cesación de la circulación sanguínea del donante y su implante vascular en el receptor.

7.11. Trasplante: Uso de un injerto con el fin de sustituir la función de forma parcial o total de insuficiencias orgánicas en la persona beneficiaria (paciente) previamente evaluado, considerado como candidato a sustitución.

8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	28-01-2020	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.
02	03-07-2023	Actualización del procedimiento para dar cumplimiento a la verificación sanitaria y a la prevención para solicitud de licencia sanitaria.

9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

FORMATO 1: TIEMPOS DE ISQUEMIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DEL DONADOR	Nombre completo del donador.
2	FECHA DE TRASPLANTE	Día, mes y año en que se realiza el trasplante (DD/MM/AAAA)
3	REGISTRO DONADOR	Registro institucional del donador. En caso de que sea donador cadavérico poner S/R.
4	RELACIÓN DEL DONADOR	Parentesco que comparte el donador con el receptor. En caso de no compartir parentesco y ser donador vivo especificar: Ninguno, donador vivo no relacionado. En caso de que sea donador cadavérico especificar: Ninguno, donador cadavérico.
5	COMPORTE	Número de haplotipos que comparte el receptor con el donador.
6	NOMBRE DEL RECEPTOR	Nombre completo del receptor.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

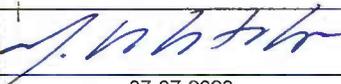
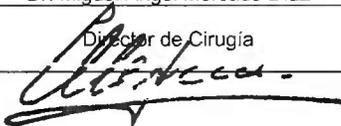
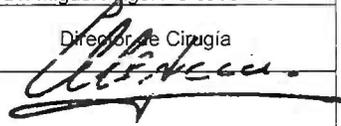
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 11
			DE: 16

7	REGISTRO DEL RECEPTOR	Registro institucional del receptor.
8	EDAD	Edad en años cumplidos del receptor.
9	PESO/TALLA	Peso en kilogramos del receptor / Talla en metros del receptor.
10	CREA	Creatinina (mg/dl) del receptor previo al trasplante.
11	PRA	Porcentaje de PRA (Panel-Reactive antibody test) determinado en pruebas cruzadas.
12	HEMOTIPO	Tipo de sangre del receptor.
13	DIURESIS RESIDUAL	Cantidad de orina producida aún por el receptor previo al trasplante en 24 horas, en mililitros.
14	CMV	Serología para citomegalovirus IgG previa al trasplante, del receptor (únicamente hay dos opciones: IgG positivo o IgG negativo).
15	ADES	Anticuerpos Donador Específico que presenta el receptor previo al trasplante contra su donador.
16	ETIOLOGÍA	Causa de la enfermedad renal crónica.
17	BIOPSIA BASAL	Resultado de biopsia renal practicada previa al trasplante del riñón donado.
18	TIO DE NEFRECTOMÍA	Abordaje del procedimiento quirúrgico para la extracción del riñón donado (tres opciones: laparoscópica en donador vivo, abierta: en donador vivo, procuración cadavérica).
19	TIPO DE REIMPLANTE	Técnica de anastomosis ureteral.
20	No ARTERIAS	Número de arterias con las que cuenta el riñón donado.
21	No VENAS	Número de venas con las que cuenta el riñón donado.
22	RIÑÓN	Lateralidad del riñón donado (derecho o izquierdo).
23	INICIO DE ISQUEMIA CALIENTE	Hora y minutos (HH:MM) de inicio de isquemia caliente.
24	INICIO FRÍA	Hora y minutos (HH:MM) de inicio de isquemia fría.
25	RIÑÓN FUERA DE HIELO	Hora y minutos (HH:MM) en el momento en el cual el riñón se extrae del hielo y se introduce al cuerpo del receptor.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

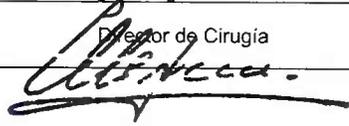
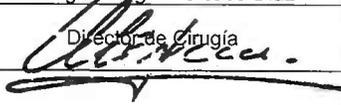
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 12
			DE: 16

26	INICIO ANASTOMOSIS VENOSA	Hora y minutos (HH:MM) de inicio de la(s) anastomosis venosa(s).
27	TERMINO ANASTOMOSIS VENOSA	Hora y minutos (HH:MM) de término de la(s) anastomosis venosa(s).
28	INICIO ANASTOMOSIS ARTERIAL	Hora y minutos (HH:MM) de inicio de la(s) anastomosis arterial(es).
29	TERMINO ANASTOMOSIS ARTERIAL	Hora y minutos (HH:MM) de término de la(s) anastomosis arterial(es).
30	INICIO ANASTOMOSIS URETERAL	Hora y minutos (HH:MM) de inicio de la(s) anastomosis ureteral(es).
31	TERMINO ANASTOMOSIS URETERAL	Hora y minutos (HH:MM) de término de la(s) anastomosis ureteral(es).
32	INCIO DE DIURESIS	Hora y minutos (HH:MM) en la que se evidencia producción de orina del riñón reperfundido.
33	PESO DEL INJERTO	Peso en gramos (g) del riñón donado previo a la reperfusión.
34	CIRUJANO/RESIDENTE	Equipo quirúrgico que participó en la cirugía: cirujano adscrito, residente de segundo año y residente de primer año de cirugía de trasplantes.
35	UROLOGO	En caso de que hay participado el Servicio de urología en la anastomosis ureteral, se coloca el nombre del urólogo adscrito que haya participado en la cirugía.
36	TIPO DE INDUCCIÓN Y DOSIS	Esquema inmunosupresor que se administra durante la cirugía, previo a la reperfusión del injerto.
37	PROFILAXIS	Esquema antibiótico que se utilizó como profilaxis durante el procedimiento quirúrgico.
38	SANGRADO	Cantidad de sangrado que se presentó durante el evento quirúrgico (mililitros).
39	TRANSFUSIONES	Número de paquetes globulares transfundidos durante el evento quirúrgico.
40	KDRI/KDPI	Escalas de predicción de función del riñón (KDRI y KDPI) calculadas del donador (únicamente aplica en donador cadavérico).
41	ISQ. CALIENTE	Tiempo total en horas y minutos de isquemia caliente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 13
			DE: 16

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 42 | ISQ. FRÍA | Tiempo total en horas y minutos de isquemia fría. |
| 43 | ISQ. TIBIA | Tiempo total en horas y minutos de isquemia tibia. |
| 44 | ANASTOMOSIS | Tiempo total en horas y minutos de anastomosis. |
| 45 | DIURESIS DURANTE CIRUGÍA | Cantidad de orina cuantificada del receptor, posterior a la reperusión del injerto, en mililitros. |
| 46 | BALANCE | Balance hídrico final (sumatoria de ingresos y egresos de líquidos), cuantificado por anestesiología durante el procedimiento quirúrgico, en mililitros (ml). |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 14 DE: 16


INCMNSZ

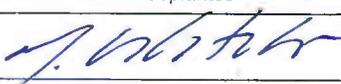
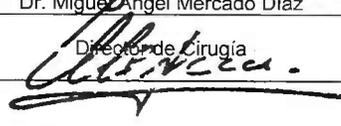
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

TIEMPOS DE ISQUEMIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES

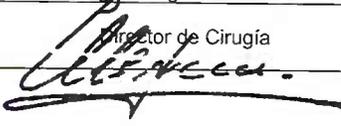
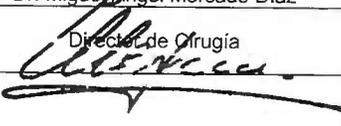
NOMBRE DEL DONADOR:	1	FECHA DE TRASPLANTE:	2				
RELACIÓN DEL DONADOR:	4	REGISTRO DONADOR:	3				
NOMBRE DEL RECEPTOR:	6	COMPARTE:	5	HAPLOTIPOS			
EDAD:	8	REGISTRO RECEPTOR:	7				
HEMOTIPO:	12	PESO/TALLA:	9	CREA.	10	PRA	11
ETIOLOGÍA:	16	DIURESIS RESIDUAL:	13	CMV:	14	ADES:	15
TIPO DE NEFRECTOMÍA:	18	BIOPSIA BASAL:	17				
No ARTERIAS:	20	No VENAS:	21	TIPO DE REIMPLANTE:	19		
INICIO ISQUEMIA CALIENTE:	23	INICIO FRÍA:	24	RIÑÓN FASE DE HIELO:	25		
INICIO ANASTOMOSIS VENOSA:	26	TERM. ANASTOMOSIS VENOSA:	27				
INICIO ANASTOMOSIS ARTERIAL:	28	TERM. ANASTOMOSIS ARTERIAL:	29				
INICIO ANASTOMOSIS URETERAL:	30	TERM. ANASTOMOSIS URETERAL:	31				
INICIO DE DIURESIS:	32	PERÍODO DEL INJERTO:	33				
CIRUJANO/RESIDENTE:	34	UROLOGO:	35				
TIPO DE INDUCCIÓN Y DOSIS:	36	PROFILAXIS:	37				
SANGRADO:	38	TRANSFUSIONES:	39	KDRI/KDPI:	40		
ISQ. CALIENTE:	41	ISQ. FRÍA:	42	ISQ. TIBIA:	43	ANASTOMOSIS:	44
DIURESIS DURANTE CIRUGÍA:	45	BALANCE:	46				

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 15
			DE: 16

ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	2. Procedimiento para Realizar Trasplantes		HOJA: 16
			DE: 16

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al artículo 51, 52 del Reglamento de la Ley General de Salud, 50, 51, 52 y 53 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 10, 10.1, 10.1.1, 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.2.1, 10.1.2.2, 10.1.2.3, 10.1.2.4, 10.1.2.5, 10.1.3, 10.1.3.1, 10.1.3.2, 10.1.3.3, 10.1.3.4, 10.1.3.5, 10.1.3.6, 10.1.3.7, 10.1.3.8, 10.1.3.9 y 10.1.3.10 de la Normatividad Mexicana (NOM-054-SSE-2002), del Presidente Clínico.

INCMNSZ

Tlalpán, Ciudad de México, a _____ de _____ del _____

Identificación del Paciente:

Nombre(s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Fecha de nacimiento:	DÍA	MESES	AÑOS	Expediente/Registro:	

No. _____ en mi carácter de _____

Identificándose con _____ en presencia de mis facultades mentales y sin que medie error, dolo o violencia, si NO acepto/autorizo voluntariamente se realice en _____

diagnóstico médico consistente en:

que el profesional de la salud _____ número de Cédula Profesional _____ Personal de salud de este Instituto, me ha explicado a mi entender _____ forma satisfactoria, clara, oportuna, veraz y con lenguaje sencillo, que es necesario para el diagnóstico y/o tratamiento.

Tengo conocimiento preciso de los beneficios, riesgos _____ procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se propone, de su continuación si precisa.

Los beneficios son los:

Los riesgos son los:

Las alternativas disponibles, terapéuticas o quirúrgicas para esta condición médica, de cuales termino que ni el Instituto ni su personal de salud tienen la obligación de aplicar, son los:

Debido a que me abstengo firmo libremente, como al Instituto y a su personal de comunicar responsabilidad civil, además relativa penal, de no haber comunicado que el presente consentimiento puede ser revocado, o así como, en cualquier momento, previa constancia por escrito.

Nombre completo del paciente: _____ Firma y/o huella digital: _____

El paciente presenta incapacidad transitoria o permanente si NO debido a _____

Si el paciente presenta incapacidad transitoria o permanente que lo inhabilita para firmar y emitir su consentimiento, este será firmado por el familiar, tutor o persona responsable del paciente. En ausencia de estos en presencia de uno o varios, este documento será firmado por los integrantes médicos de este Instituto quienes, previa colocación del sello, autorizarán el procedimiento diagnóstico o quirúrgico que el paciente requiere para preservar la salud del paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Familiar, tutor o persona responsable: _____ Firma y/o huella digital: _____
Nombre completo: _____

Profesional de salud que da la información: _____ Firma y/o huella digital: _____
Nombre completo: _____

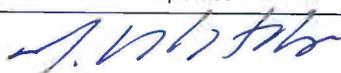
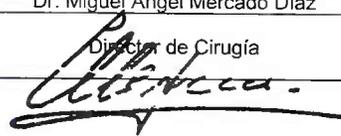
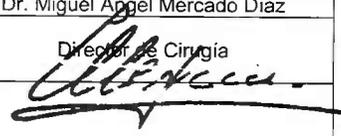
Testigos:

Nombre completo: _____ Firma y/o huella digital: _____

Nombre completo: _____ Firma y/o huella digital: _____

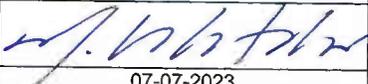
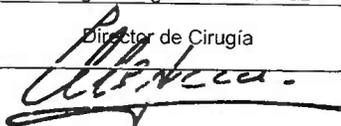
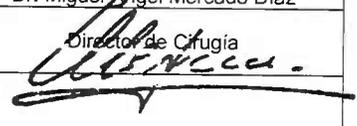
Este documento debe firmarse completamente de manera digital o con huella digital.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P.J0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 1 DE: 54

3. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD CON FINES DE TRASPLANTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 2
			DE: 54

1.0 PROPÓSITO

Determinar el grado de compatibilidad entre el receptor y sus donadores, así como la presencia de anticuerpos anti HLA del receptor en contra de su donador que pueda afectar el proceso del trasplante y/o el monitoreo de estos anticuerpos en su seguimiento post-trasplante, así como conservar de manera adecuada los sueros de las personas beneficiarias que están inscritas en el Programa para Trasplante Renal de Donador Fallecido para la persona beneficiaria del Instituto y de la red de Institutos Nacionales de Salud y determinar cuáles de las personas beneficiarias son compatibles para un trasplante renal de donador fallecido y que están activos en seroteca.

2.0 ALCANCE

A nivel interno: Este procedimiento aplica al Departamento de Nefrología en la atención a la persona beneficiaria con Enfermedad renal Crónica; al Departamento de Gastroenterología en atender a la persona beneficiaria candidatos a trasplante hepático; al Departamento de Hematología y Oncología en atender a la persona beneficiaria candidata a Trasplante de Médula Ósea y al Departamento de Trasplantes en realizar la búsqueda del candidato idóneo para la realización de los trasplantes de órganos sólidos.

A nivel externo: Este procedimiento aplica a las áreas de Nefrología, Gastroenterología, Hematología y Oncología y Trasplantes de los Institutos Nacionales de Salud y otras Instituciones médicas que solicitan dichos estudios tanto para fines de trasplante.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

GENERALES:

1. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o químico de Trasplantes efectúan los estudios de histocompatibilidad a las personas beneficiarias candidatas a trasplante, así como a sus probables donadores del propio Instituto, de los Institutos Nacionales salud y otras instituciones médicas que así lo requieran.
2. El coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes otorgan y programan citas (Formato FR-TRANS 02 **Formato 1**) a las personas beneficiarias y/o donadores que acuden al laboratorio de Histocompatibilidad con la solicitud escrita mediante una receta institucional tratándose de la persona beneficiaria internos o con la Hoja de referencia tratándose de la persona beneficiaria externa, éstas son entregadas por los Médicos especialistas de Nefrología, Gastroenterología y Hematología y Oncología del Instituto o de otras Instituciones médicas que lo soliciten para la realización de los siguientes estudios:

Prueba cruzada paciente /donador por método CDC
 Prueba cruzada pre-trasplante.
 Prueba cruzada con separación de linfocitos T/B.
 Panel reactivo de anticuerpos single antígeno (PRA)
 Tipificación HLA ABCDRDQDP por método PCR-SSP
 Tipificación HLA ABCDRDQDP por método PCR-SSO Rev

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 3 DE: 54

Prueba Cruzada por citometría de flujo.

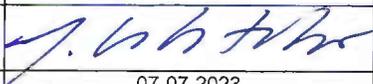
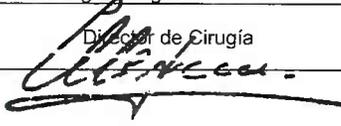
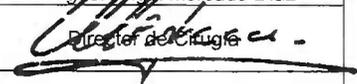
Dicha atención es proporcionada en un horario de 7:00 a 15:00 hrs. de lunes a viernes quedando registrada en la agenda del laboratorio (Formato FR-TRANS-01)

Dichas citas se dan en función de la capacidad del laboratorio quedando: 5-7 PRA por día, 2-4 pruebas cruzadas, 3-5 HLA PCR SSP por día, 9-16 HLA SSO Rev por semana

3. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes reciben a la persona beneficiaria y a sus donadores que acuden al laboratorio de acuerdo a la cita ya establecida en la agenda de trabajo (FR-TRANS-01), le solicitan datos que registran en el formato de toma de muestra (FR-TRANS-33 **Formato 2** asignando un número de estudio consecutivo.
4. El Químico de Trasplantes toma la muestra sanguínea a la persona beneficiaria y/o donadores en función de los estudios solicitados en un horario de 7:00 a 8:00 hrs.
5. El Químico de Trasplantes realiza la hemotipificación a la persona beneficiaria y/o donadores y registra los grupos sanguíneos en el formato de toma de Muestra (FR-TRANS-33) (**Formato 2**).

El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes envía a la persona beneficiaria para que efectúe su pago en las cajas del Instituto de acuerdo a los estudios que solicita con el formato FR-TRANS-42 (**Formato 3**), verificando que la persona beneficiaria haya realizado el pago de todas las pruebas efectuadas en el laboratorio de acuerdo al catálogo de cuotas de recuperación del Instituto vigente y de acuerdo al nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos, aplicable a la persona beneficiaria del Instituto como de otras Instituciones

6. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes recibe la copia del pago de la persona beneficiaria y de entregar el Formato FR-TRANS-13 (**Formato 4**) donde se especifica la fecha de entrega de resultados. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes evita proporcionar resultados si la persona beneficiaria no muestra el recibo de pago expedido por la caja del Instituto.
7. La secretaria del Departamento archiva la copia del pago y registra los estudios realizados, número del comprobante de pago y fecha de entrega de estudios en la bitácora FR-TRANS-29.
8. El Químico de Trasplantes registra en la bitácora de uso diario FR-TRANS-31 a las personas beneficiarias y/o donadores que acudieron al laboratorio así como los estudios a realizar.
9. El Químico de Trasplantes realiza los estudios de Histocompatibilidad de acuerdo a las Instrucciones Operativas de Trasplantes que se tienen en el sistema de Gestión de la Calidad de los Laboratorios Clínicos del Instituto, siendo las siguientes:
 - a. IO-TRANS-01 TOMA DE MUESTRA
 - b. IO-TRANS-02 PRUEBA CRUZADA INICIAL
 - c. IO-TRANS-04 PRUEBA CRUZADA CON SEPARACIÓN LINFOCITOS T/B
 - d. IO-TRANS-05 PRUEBA CRUZADA PRE TRASPLANTE
 - e. IO-TRANS-07 EXTRACCIÓN DE DNA
 - f. IO-TRANS-08 CUANTIFICACIÓN DE DNA

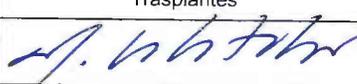
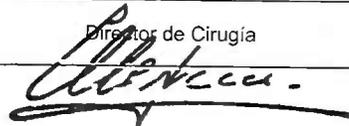
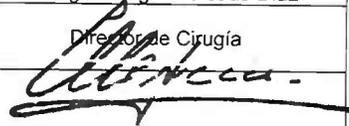
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 4 DE: 54

- g. IO-TRANS-09 TIPIFICACIÓN HLA SSP
 - h. IO-TRANS-11 TIPIFICACIÓN HLA POR SSO Rev
 - i. IO-TRANS-12 PANEL REACTIVO DE ANTICUERPOS POR SINGLE ANTIGEN
 - j. IO-TRANS-13 PRUEBA CRUZADA POR CITOMETRIA DE FLUJO
 - k. Seroteca
 - l. Pruebas de histocompatibilidad de donador fallecido.
10. El Químico de Trasplantes elabora la hoja de resultados de la persona beneficiaria y/o donadores de acuerdo a los estudios realizados en los siguientes formatos:
- a. Prueba cruzada paciente /donador por método CDC: formato FR-TRANS-04 (**Formato 5**)
 - b. Prueba cruzada pre-trasplante: formato FR-TRANS-05 (**Formato 6**)
 - c. Prueba cruzada con separación de linfocitos T/B: formato FR-TRANS-07 (**Formato 7**)
 - d. Panel reactivo de anticuerpos Single Antigen (PRA): formato FR-TRANS-41 (**Formato 8**)
 - e. Tipificación HLA ABCDRDQDP por método PCR-SSP: formato FR-TRANS-10 (**Formato 9**)
 - f. Tipificación HLA ABCDRDQDP por método PCR-SSP con prueba cruzada: formato FR-TRANS-08 (**Formato 10**)
 - g. Tipificación HLA ABCDRDQDP por método PCR-SSO Rev : Formato FR-TRANS-11 (**Formato 11**)
 - h. Prueba Cruzada por Citometría de Flujo: Formato FR-TRANS-06 (**Formato 12**)
11. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad revisa nombres, edad, parentesco, registro, número de estudio, fecha, institución de procedencia, Médico responsable, resultados de los análisis, observaciones pertinentes y el nombre del (los) químico(s) que realizó el análisis de cada uno de los resultados que emite el Químico de Trasplantes y pasa a la Secretaria para su transcripción hasta que esté correcto.
12. La Secretaria del Departamento transcribe los resultados que le son dados por el Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad
13. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad es responsable de revisar, firmar y validar los resultados transcritos por la secretaria antes de la entrega a la persona beneficiaria y al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
14. La Secretaria del Departamento envía al archivo el original de los resultados de los estudios para que se agreguen al expediente físico y escanea al expediente electrónico los mismos, y entrega a las personas beneficiarias que soliciten copia de sus resultados. Para las personas beneficiarias externas, el resultado original se entrega directamente a la persona beneficiaria en la recepción del Departamento firmando de recibido; en casos especiales (la persona beneficiaria fuera de la zona metropolitana) se entregan los resultados por correo electrónico.

DE LOS RECURSOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS:

15. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad vigila la suficiencia de los insumos para la realización de las pruebas del Laboratorio mediante el Control de Reactivos (FR-AC-33), controlando entrada y salida de los insumos en medio electrónico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 5
			DE: 54

16. El Químico de Trasplantes prepara cada uno de los reactivos que se utilizan en cada una de las Instrucciones Operativas para la realización de los estudios de histocompatibilidad.
17. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad elabora y verifica el Programa Preventivo de Mantenimiento del equipo del laboratorio vía electrónica (FR-AC-18) donde se establecen las fechas compromiso para la realización de los mantenimientos de los equipos del laboratorio.
18. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad elabora, controla y supervisa el programa anual de insumos del Departamento, el cual es solicitado por el Departamento de Almacén General del Instituto.
19. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad elabora, controla y supervisa el contrato del equipo en comodato del laboratorio solicitada por la coordinación de Contratos del Instituto.
20. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad organiza y supervisa la capacitación al personal de nuevo ingreso así como de otras Instituciones que requieren capacitación en el área de Histocompatibilidad; la cual es otorgada por los Químicos de Trasplantes.

DE LOS INFORMES DE LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO:

21. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad realiza el informe mensual de los estudios que se realizan en el laboratorio, indicando el número de estudios realizados a las personas beneficiarias del Instituto y de otras Instituciones y la entrega al Jefe de Departamento de Trasplantes para su visto bueno y autorización
22. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad es responsable de coordinar el seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, así como auditorías Internas y Externas del laboratorio para la Certificación ISO 9001:2015.
23. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad informa al Jefe del Departamento sobre el estado que guarda el laboratorio a fin de mantener la calidad en los servicios proporcionados.

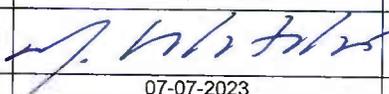
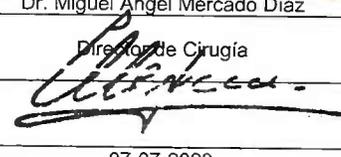
DE LA CRIOCONSERVACION DE MUESTRAS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONADOR FALLECIDO:

24. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes recibe la solicitud de la persona beneficiaria para ingresarla a la lista de espera de trasplante renal de donador fallecido enviado por los Médicos nefrólogos del Instituto y de otras Instituciones de salud.
25. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes explican a la persona beneficiaria como es el ingreso a la lista de espera y entregan el calendario de toma y recepción de muestras para la seroteca de la lista de espera para trasplante renal de donador fallecido. (FR-TRANS-15 Formato 13).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 6 DE: 54

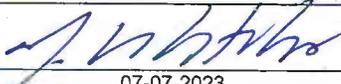
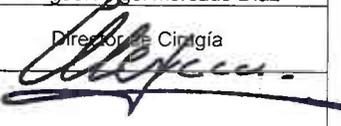
26. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes reciben a la persona beneficiaria en el día establecido en el calendario en un horario de 7:00 – 10:30 hrs. y lo inscriben en seroteca a través del Formato FR-TRANS-26 **Formato 14**) explicándole el funcionamiento de las tomas de muestras.
27. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes realizan la toma de muestra sanguínea a la persona beneficiaria e identifican la muestra con las etiquetas correspondientes tanto de la persona beneficiaria de primera vez como la persona beneficiaria ya inscritos.
28. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes corroboran el grupo sanguíneo cuando la persona beneficiaria es de primera vez.
29. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes elaboran la credencial del programa de Seroteca de la persona beneficiaria (FR-TRANS-17 **Formato 15**).
30. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes envían a la persona beneficiaria al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos a tramitar su registro temporal cuando proceden de otras Instituciones.
31. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes envían a la persona beneficiaria a realizar su pago en las cajas del Instituto con el formato FR-TRANS-42 (**Formato 2**) verificando que la persona beneficiaria haya realizado el pago de todas las pruebas efectuadas en el laboratorio de acuerdo al catálogo de cuotas de recuperación del Instituto vigente y de acuerdo al nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos, aplicable a la persona beneficiaria del Instituto como de otras Instituciones.
32. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes reciben la copia del pago de la persona beneficiaria.
33. La Secretaria del Departamento es responsable de archivar y resguardar los recibos de pago entregados por la persona beneficiaria.
34. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes entregan a la persona beneficiaria su credencial como integrante del Programa de Trasplante de Donador Fallecido, cuando es de primera vez con el Formato FR-TRANS-17 (**Formato 15**)
35. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes elaboran, separaran, organizan y conservan las alícuotas de suero de las personas beneficiarias que asistieron a la toma de muestra.
36. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes actualizan la base de datos de la seroteca y elaboran los listados de las personas beneficiarias activas al día de la seroteca.
37. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes distribuyen los listados actualizados al Coordinador de Procuración de Órganos del Instituto y a los Médicos nefrólogos responsables del Protocolo de Trasplantes de otras instituciones.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 7 DE: 54

DE LOS ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONADOR FALLECIDO:

38. La Coordinadora de Donación y Trasplantes de Órganos avisa y confirma al coordinador de laboratorio y/o al químico de Trasplante de la donación de riñones.
39. El Coordinador del Laboratorio de Histocompatibilidad organiza las guardias de los químicos de Trasplantes que estarán a cargo de realizar las pruebas de compatibilidad de la donación concertada. Las guardias se realizan 24/7.
40. El Químico de Trasplantes elabora el listado de las personas beneficiarias activos en seroteca que participarán en las pruebas de compatibilidad.
41. El Químico de Trasplantes confirma el grupo sanguíneo del donador fallecido.
42. El Químico de Trasplantes realiza las Pruebas Cruzadas Linfocitarias CDC con SN-DTT-AHG de acuerdo a las Instrucciones Operativas de Trasplantes que se tienen en el sistema de Gestión de la Calidad de los Laboratorios Clínicos del Instituto, de las personas beneficiarias seleccionándolas previamente y las reporta en el formato FR-TRANS-18 (**Formato 16**).
43. El Químico de Trasplantes realiza la tipificación HLA del donador fallecido de acuerdo a las Instrucciones Operativas de Trasplantes que se tienen en el sistema de Gestión de la Calidad de los Laboratorios Clínicos del Instituto y las registra en la bitácora FR-TRANS-23.
44. El Químico de Trasplantes registra el resultado de las pruebas cruzadas y el HLA del donador fallecido en la bitácora FR-TRANS-19.
45. El Químico de Trasplantes analiza los resultados de las pruebas realizadas y las registra en la bitácora para determinar las personas beneficiarias compatibles en éste evento de donación fallecida.
46. El Químico de Trasplantes distribuye los resultados obtenidos al coordinador de Procuración de Órganos y a los Médicos Nefrólogos del Instituto o de las instituciones involucradas.
47. El Químico de Trasplantes es responsable de archivar y resguardar tanto el expediente del donador fallecido así como los resultados de las pruebas realizadas.
48. El Médico Nefrólogo llama a las personas beneficiarias seleccionadas para trasplante renal a partir de los resultados por parte del laboratorio.

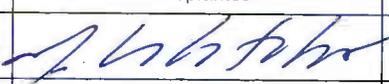
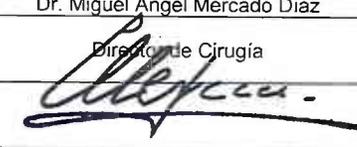
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 8
			DE: 54

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 REALIZAR ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD

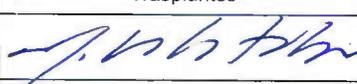
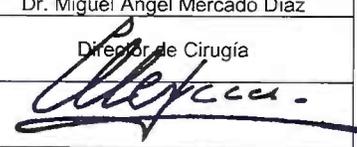
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad	1	Recibe a las personas beneficiarias y programa las citas para realizarles los estudios de laboratorio. (Formato 1) (Política 2)
Coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad	2	Recibe al paciente en día de la cita asignada y registra datos en el formato correspondiente (Formato 2)
Químico de Trasplantes	3	Realiza la toma de muestras y revisa el grupo sanguíneo a fin de determinar la compatibilidad por grupo sanguíneo. ¿Es compatible? No: Termina procedimiento Sí: Envía a la persona beneficiaria a pagar los estudios (Formato 3) (Política 6) .
Secretaría	4	Registra la copia del pago, por los estudios a realizar e indica la fecha de entrega de los resultados de los estudios (Formato 4)
Químico de Trasplantes	5	Registra estudios en la bitácora correspondiente y realiza los estudios de histocompatibilidad a la persona beneficiaria y/o donadores.
Químico de Trasplantes	6	Elabora la hoja de resultados en los formatos correspondientes (Formatos 5-12) y prepara los reactivos necesarios para la realización de estudios.
Coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad	7	Revisa, firma y valida los resultados de los estudios de histocompatibilidad y los envía a la Secretaría.
Secretaria	8	Transcribe los resultados y registra fecha de término en la bitácora correspondiente, enviando al expediente clínico el original de los resultados firmados y validados y escanea los resultados para el expediente electrónico.
Secretaria	9	Entrega los resultados de estudios originales a las personas beneficiarias externos y/o envía por correo
Secretaria	10	Archiva las copias de todos los estudios realizados en el Laboratorio de Histocompatibilidad. TERMINA PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 9
			DE: 54

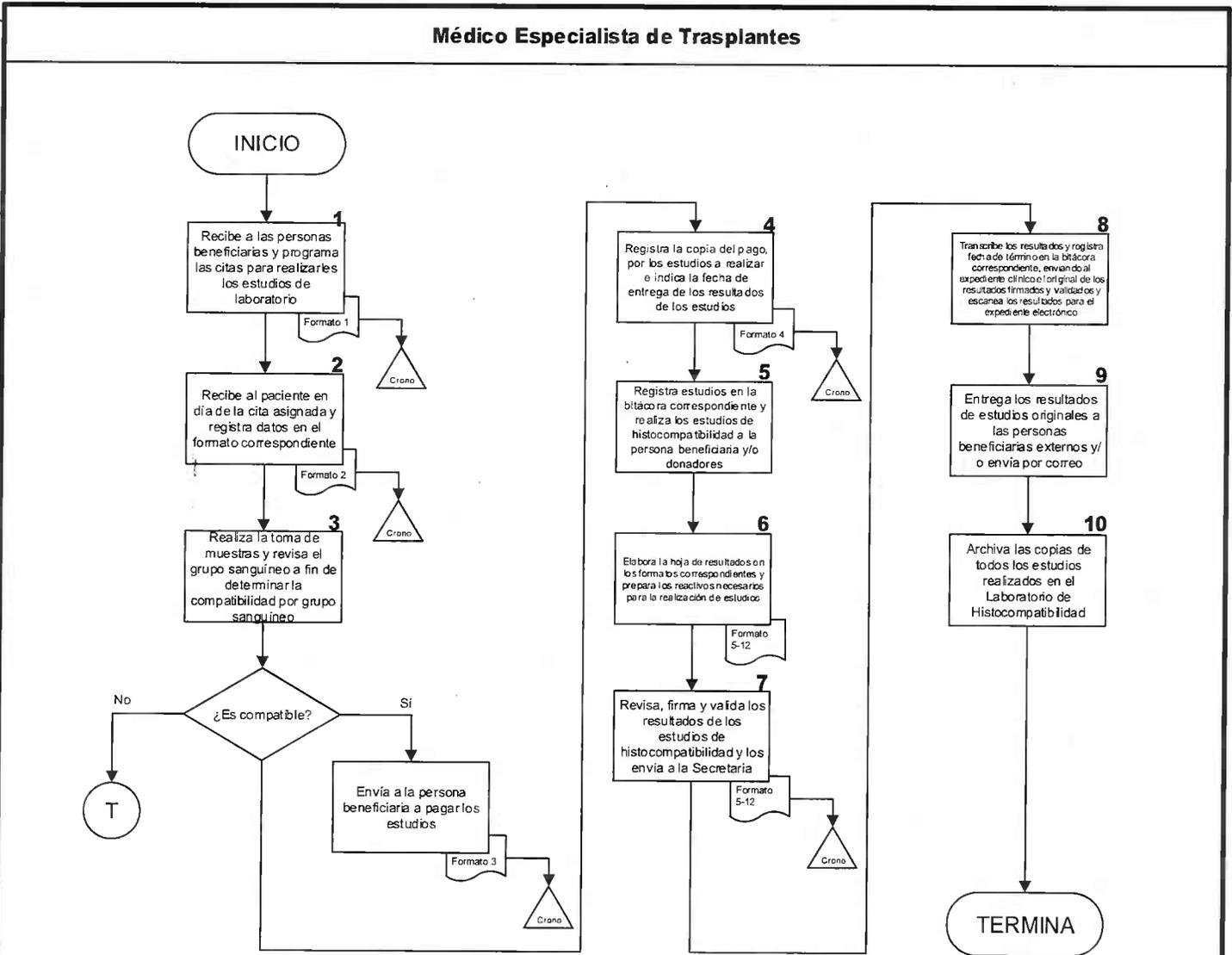
4.2 REALIZAR LA INTEGRACIÓN DE LA SEROTECA

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad	1	<p>Verifica que las personas beneficiarias lleguen a seroteca en los días y horarios establecidos en el calendario (Formato 13) (Política 25)</p> <p>¿El paciente acude en día y horario?</p> <p>No: Informa sobre los días en que pueden acudir.</p> <p>Sí: Inscribe al paciente a la seroteca (Formato 14)</p>
Coordinador de laboratorio de Histocompatibilidad y/o Químico de Trasplantes	2	Realiza la toma de muestra y verifica la hemotipificación del paciente para su inclusión en los diferentes grupos sanguíneos.
Químico de Trasplantes	3	Elabora y entrega la credencial de la seroteca (Formato 15)
TERMINA EL PROCEDIMIENTO		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

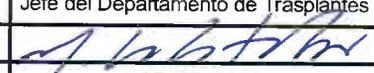
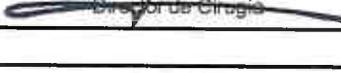
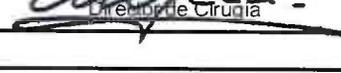
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 REALIZAR ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD



Nota:

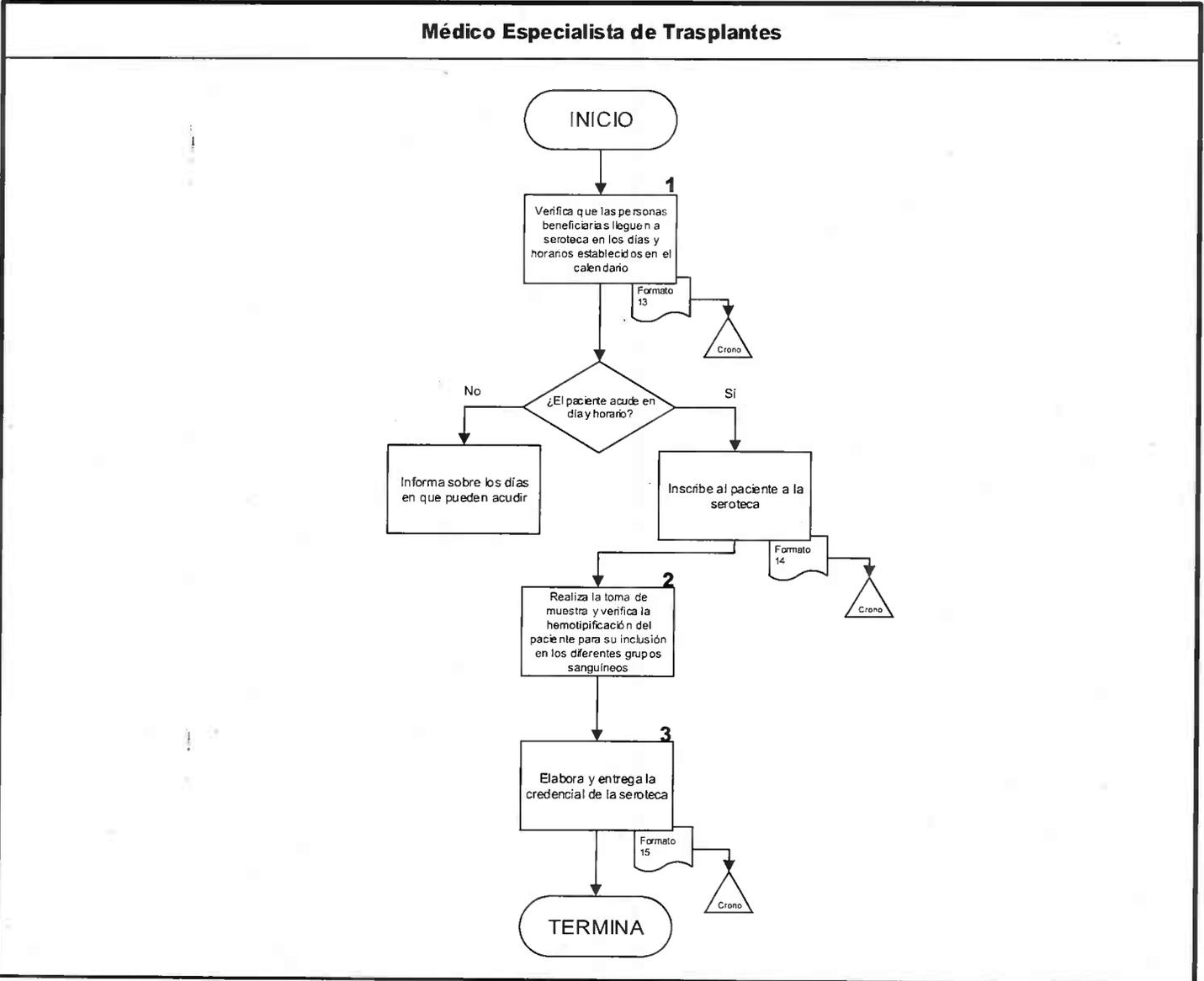
- | | |
|---|---|
| Formato 1: Cita paciente.
Formato 2: Toma de muestra.
Formato 3: Pago de estudios
Formato 4: Fecha de entrega de resultados
Formato 5: Resultado de prueba cruzada CDC.
Formato 6: Resultado prueba cruzada CDC pre-trasplante | Formato 7: Resultado prueba cruzada CDC separación de linfocitos T/B.
Formato 8: Resultado PRA.
Formato 9: Tipificación HLA SSP.
Formato 10: Tipificación HLA SSP CON P.C.
Formato 11: Tipificación HLA SSO.
Formato 12: Resultado prueba cruzada por citometría de flujo. |
|---|---|

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

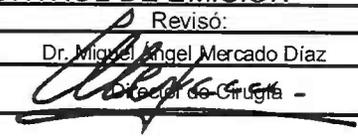
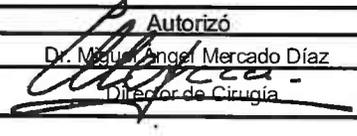
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 11
			DE: 54

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

4.2 REALIZAR LA INTEGRACIÓN DE LA SEROTECA



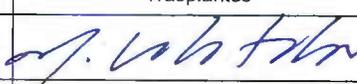
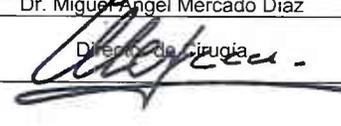
Nota:
 Formato 13: Calendario toma de muestra seroteca.
 Formato 14: Inscripción a seroteca.
 Formato 15: Credencial seroteca

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía -	Director de Cirugía -
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 12
			DE: 54

6.0 REGISTRO

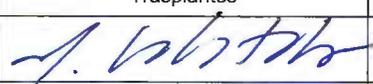
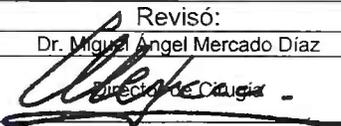
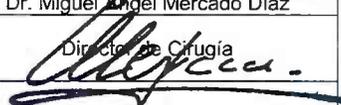
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Cita paciente	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 2 Toma de muestra	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 3 Pago de estudios	No aplica	Paciente	4S.4
Formato 4 Fecha de entrega de resultados	no aplica	Paciente	4S.4
Formato 5 Resultado prueba cruzada CDC	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 6 Resultado prueba cruzada CDC pre-trasplante	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 7 Resultado prueba cruzada CDC separación de linfocitos T/B	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 8 Resultado PRA	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 9 Tipificación HLA SSP	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 10 Tipificación HLA SSP CON P.C.	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 11 Tipificación HLA SSO	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 12 Resultado prueba cruzada por citometría de flujo.	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 13 Calendario toma de muestra seroteca	No aplica	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 14 Inscripción a seroteca	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 15 Credencial seroteca	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4
Formato 16 Resultado pruebas cruzadas donador fallecido	6 años	Departamento de Trasplantes	4S.4

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	<i>Dirección de Cirugía</i>	<i>Dirección de Cirugía</i>
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 13 DE: 54

7.0 GLOSARIO

- 7.1. **CDC:** Citotoxicidad Dependiente de Complemento.
- 7.2. **Citometría de flujo:** Técnica para la clasificación y recuento de células según características morfológicas.
- 7.3. **DNA:** Ácido Desoxiribonucleico.
- 7.4. **Hemotificación:** Determinación de grupos sanguíneo en los sistemas ABO/Rh.
- 7.5. **Histocompatibilidad:** Semejanza o identidad inmunológica entre los tejidos de un donador y el receptor del injerto.
- 7.6. **HLA:** Antígeno Leucocitario Humano.
- 7.7. **HLA ABCDRDQDP:** Cada uno de los diferentes antígenos que conforman la tipificación HLA.
- 7.8. **PCR-SSO Rev:** Reacción de la Polimerasa de Cadena a partir de Oligonucleótidos de Secuencia Específica.
- 7.9. **PCR-SSP:** Reacción de la Polimerasa de Cadena a partir de Primers de Secuencia Específica.
- 7.10. **Seroteca:** Almacén de las muestra de sueros de las personas beneficiarias.
- 7.11. **Single Antigen:** Metodología que emplea un solo antígeno de HLA por perla reactiva.
- 7.12. **Tipificación HLA:** Determinación de los antígenos que presenta un individuo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 14 DE: 54

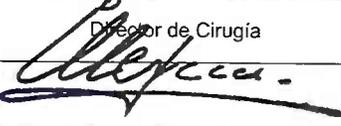
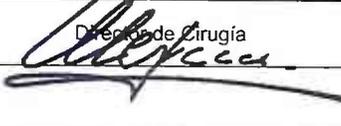
8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	28-01-2020	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.
02	03-07-2023	Actualización del procedimiento para dar cumplimiento a la verificación sanitaria y a la prevención para solicitud de licencia sanitaria.

9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

FORMATO 1: CITA PACIENTE FR-TRANS-02

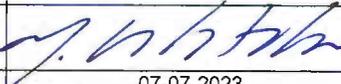
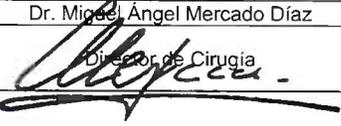
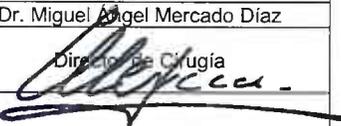
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria
2	CITA:	Día, mes y año en la que se le tomará la muestra
3	HORA	Hora en la que se tiene que presentar a la cita
4	COSTO DEL ESTUDIO	Cantidad que deberá traer para cubrir el costo de los estudios solicitados

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 15
			DE: 54


LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
INCMNSZ
CANCELADO
 CL. 041265 (1 ESTUDIO)

NOMBRE: _____ 1
 REGISTRO: _____ 2 NIVEL: _____ 3
 HOSPITAL: _____ 4
FR-TRANS-42

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 16
			DE: 54

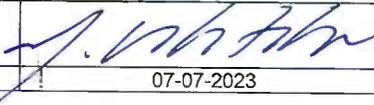
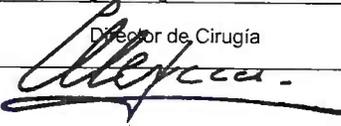
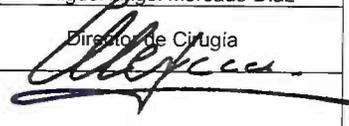
FORMATO 2: TOMA DE MUESTRA FR-TRANS-33

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NO. ESTUDIO	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
2	FECHA	Día, mes y año en que se toma la muestra
3	HORA INICIO	Hora en la que se empieza a tomar datos de la persona beneficiaria
4	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria
5	MEDICO SOLICITANTE	Nombre del Médico que solicita el estudio
6	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
7	FECHA DE NACIMIENTO	Día, mes y año de nacimiento de la persona beneficiaria
8	REGISTRO	Número de expediente asignado de la persona beneficiaria
9	EDAD	Edad de la persona beneficiaria
10	GPO Y RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
11	TRANSFUSIONES	Se pregunta si ha tenido la persona beneficiaria transfusiones sanguíneas y cuantas.
12	PQTES. GLOBULARES	Número de paquetes globulares transfundidos a la persona beneficiaria
13	FECHA DE ULTIMA TRANSFUSION	Día, mes y año de la última transfusión
14	EMBARAZOS	Solo si son mujeres y cuantos ha tenido.
15	ABORTOS	Solo si son mujeres y cuantos ha tenido
16	ENFERMEDADES AUTOINMUNES	Se tacha cualquiera de las opciones LUPUS, DIABETES, ARTRITIS REUMATOIDE o se completa la opción de OTRA
17	TRASPLANTE PREVIO	Se tacha SI o NO
18	NO. DE TRASPLANTES	Número de trasplantes que ha tenido la persona beneficiaria
19	FECHA DE TRASPLANTE	Si la persona beneficiaria tuvo trasplante previo se coloca aquí la fecha de esa cirugía

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

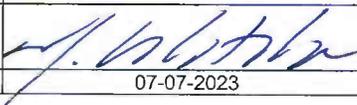
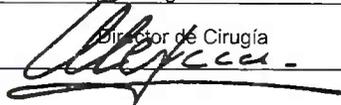
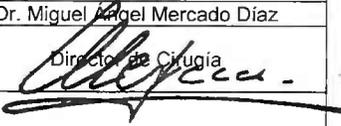
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 17 DE: 54

- | | | |
|----|------------------------------|---|
| 20 | TIPO DE DONADOR -ESPECIFIQUE | Si fue de Donador Cadavérico, Donador Vivo Relacionado, Donador Vivo No Relacionado |
| 21 | ESTUDIOS A REALIZAR | Estudios que se realizaran con la muestra obtenida, tachar el recuadro de los estudios a procesar |
| 22 | NOMBRE DONADOR 1 | Nombre del donador(a) |
| 23 | GPO. Y RH | Grupo sanguíneo y RH del donador(a) |
| 24 | EDAD | Edad del donador(a) |
| 25 | PARENTESCO | Parentesco con el(la) persona beneficiaria |
| 26 | REGISTRO | Número de expediente asignado si es el caso. |
| 27 | NOMBRE DONADOR 2 | Nombre del donador(a) |
| 28 | GPO. Y RH | Grupo sanguíneo y RH del donador(a) |
| 29 | EDAD | Edad del donador(a) |
| 30 | PARENTESCO | Parentesco con el(la) persona beneficiaria |
| 31 | REGISTRO | Número de expediente asignado si es el caso |
| 32 | NOMBRE DONADOR 3 | Nombre del donador(a) |
| 33 | GPO. Y RH | Grupo sanguíneo y RH del donador(a) |
| 34 | EDAD | Edad del donador(a) |
| 35 | PARENTESCO | Parentesco con el(la) persona beneficiaria |
| 36 | REGISTRO | Número de expediente asignado si es el caso |
| 37 | NOMBRE DONADOR 4 | Nombre del donador(a) |
| 38 | GPO. Y RH | Grupo sanguíneo y RH del donador(a) |
| 39 | EDAD | Edad del donador(a) |
| 40 | PARENTESCO | Parentesco con el(la) persona beneficiaria |
| 41 | REGISTRO | Número de expediente asignado si es el caso |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 18
			DE: 54

- 42 REVISION DE MUESTRAS Se anota si las muestras son viables para procesar el (los) estudio(s) solicitado(s)
- 43 OBSERVACIONES Si hay un estudio previo de Tipificación HLA o un estudio de PRA S.A.se anota el número de estudio, si es persona beneficiaria de trasplante de Médula Ósea se anota si la persona beneficiaria está siendo sometida a quimioterapias, diagnóstico o si también tiene estudios previos, se agregarán a este apartado
- 44 FECHA DE ENTREGA Día, mes y año en la que estará el estudio listo para entregar el resultado a la persona beneficiaria
- 45 RESPONSABLE DE LA TOMA Nombre del personal a cargo de extraer la muestra sanguínea
- 46 HORA DE TERMINO Hora termino de toma de datos a la persona beneficiaria y donadores

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Trasplantes

3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:
M.P./0.3.0.2

REV: 02

HOJA: 19

DE: 54



INCMNSZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN FORMATO DE TOMA DE MUESTRA DEL LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD

FECHA:	2	HORA INICIO:	3	HORA TERMINO:	46	Nº. DE ESTUDIO:	1
HOSPITAL:	4	MEDICO SOLICITANTE:	5				
PACIENTE:	6	FECHA DE NACIMIENTO:	7				
REGISTRO:	8	EDAD:	9	GPO. Y RH:	10		
TRANSFUSIONES:	11	PQTES GLOBULARES:	12				
FECHA DE ULTIMA TRANSFUSION:	13	EMBARAZOS:	14	ABORTOS:	15		
ENFERMEDADES AUTOINMUNES:	16	LUPUS	DIABETES	ARTHRITIS REUMATOIDE	OTRA		
TRASPLANTE PREVIO:	17	SI	NO	Nº. DE TRASPLANTES:	18	FECHA DE TRASPLANTE:	19
TIPO DE DONADOR:	20						
ESTUDIOS A REALIZAR:	21	P.C. CITOMETRIA DE FLUJO	ESPECIFICACION	P.C. INICIAL		PRA SINGLE ANTIGEN	
		HLA MOLECULAR PCR-SSO		P.C. PRE-TX			
		HLA MOLECULAR PCR-SSP		P.C. TYB			
NOMBRE DONADOR 1:	22	GPO. Y RH	23				
EDAD:	24	PARENTESCO:	25	REGISTRO:	26		
NOMBRE DONADOR 2:	27	GPO. Y RH	28				
EDAD:	29	PARENTESCO:	30	REGISTRO:	31		
NOMBRE DONADOR 3:	32	GPO. Y RH	33				
EDAD:	34	PARENTESCO:	35	REGISTRO:	36		
NOMBRE DONADOR 4:	37	GPO. Y RH	38				
EDAD:	39	PARENTESCO:	40	REGISTRO:	41		
REVISION DE MUESTRAS:	42						
OBSERVACIONES:	43						
FECHA DE ENTREGA:	44	RESPONSABLE DE LA TOMA:	45				

CANCELADO

FR TRANS-33

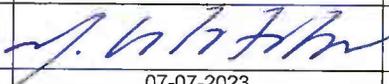
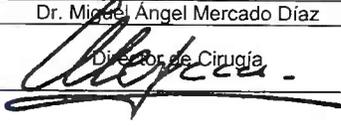
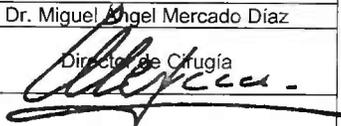
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 20 DE: 54

FORMATO 3: PAGO DE ESTUDIOS FR-TRANS-42

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE:	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	NIVEL	Nivel socioeconómico en el que se cobrarán lo estudios
4	CLAVE	Clave del estudio para cobro
5	NO. ESTUDIOS	Cantidad de estudios que se cobraran de la clave que aparece en ese mismo renglón.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 21 DE: 54



**COBRO DE ESTUDIOS
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD**

INCMNSZ

NOMBRE: _____ 1 _____

RÉGISTRO: _____ 2 _____ NIVEL: _____ 3 _____

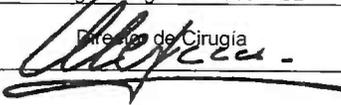
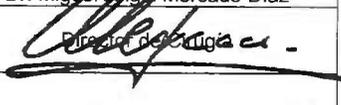
CLAVE: _____ 4 _____ NO. ESTUDIOS: _____ 5 _____

CLAVE: _____ 4 _____ NO. ESTUDIOS: _____ 5 _____

CLAVE: _____ 4 _____ NO. ESTUDIOS: _____ 5 _____

**FAVOR DE PASAR A CAJA PARA PAGAR EL ESTUDIO Y
ENTREGAR EL RECIBO EN EL DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
FR-TRANS-42**

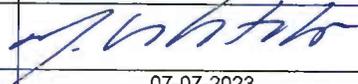
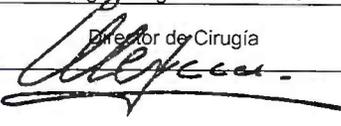
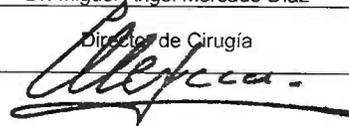
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 22 DE: 54

FORMATO 4: ENTREGA DE RESULTADOS FR-TRANS-13

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	DIA	Día, mes y año en la que tiene que llamar para saber si puede recoger los resultados de los estudios.
2	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo de la persona beneficiaria.
3	ESTUDIO REALIZADO	Nombre de los estudios que se procesaron al (la) persona beneficiaria y donador(a).
4	HOSPITAL	Hospital de procedencia de la persona beneficiaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 23 DE: 54



Laboratorio de Histocompatibilidad
Departamento de Trasplantes

INCMNSZ

Para informarse si sus resultados están listos, por día llamar:

Día 1

Nombre del paciente: 2

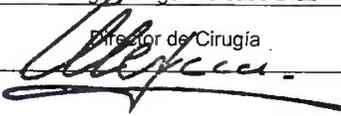
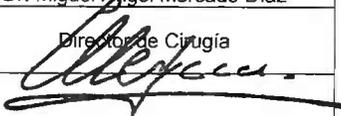
Estudio realizado: 3

Hospital: 4

Los resultados se entregan de Lunes a Viernes de 8:00 a 14:30
con su comprobante de pago.

TELÉFONO: 54-87-09-00 EXT. 2502 FR-TRANS-13

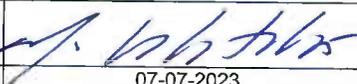
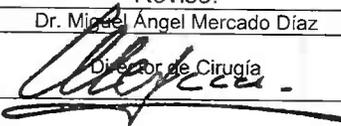
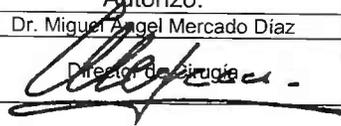
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 24 DE: 54

FORMATO 5: RESULTADO DE PRUEBA CRUZADA CDC FR-TRANS-04

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	MEDICO	Nombre del Médico que solicita los estudios
4	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
5	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
6	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	RECEPTOR	Edad de la persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	SUERO DIRECTO-AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos con suero directo
11	SUERO+DTT AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos con suero y DTT
12	RESULTADO	Resultado de prueba cruzada.
13	NOMBRE	Nombre del donador(a) empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
14	DONADOR	Parentesco con la persona beneficiaria y edad del donador(a)
15	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del (la) donador(a)
16	SUERO DIRECTO ALO AC.	Resultado de Alo anticuerpos con suero directo
17	SUERO+DTT ALO AC.	Resultado de Alo anticuerpos con suero y DTT
18	RESULTADO	Se define si es prueba cruzada positiva o negativa
19	ESTUDIO ELABORADO POR	Nombre del Químico(a) que procesó el estudio
20	AUTORIZA/REVISA	Firma del(la) Jefe (a) del Laboratorio de Histocompatibilidad
21	OBSERVACIONES	Se agrega texto "la prueba cruzada se realizó con linfocitos totales"

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 25
			DE: 54



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
PRUEBA CRUZADA INICIAL

PACIENTE: 1 ESTUDIO No. 4
REGISTRO: 2 FECHA: 5
MÉDICO: 3 HOSPITAL: 6

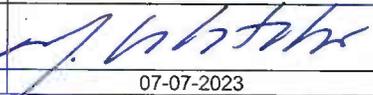
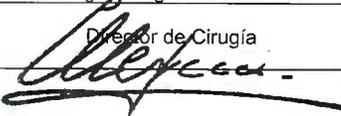
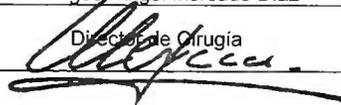
NOMBRE	GRUPO ABO/RH	Pruebas Cruzadas (Técnica CDC)		RESULTADO
		SUERO DIRECTO AUTO AC.	SUERO INDIR. AUTO AC.	
RECEPTOR: <u>7</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>
<u>13</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>
DONADOR: <u>14</u>				

ESTUDIO ELABORADO POR: 19 AUTORIZA: 20

QFB. Natalia Castellán Carmona / Jefe de Laboratorio
No. Cédula Profesional: 1045822

OBSERVACIONES: 21 LA PRUEBA CRUZADA SE REALIZO CON LINFOCITOS TOTALES

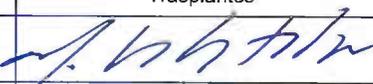
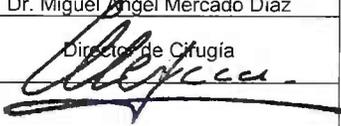
FR - TRANS - 04

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 26 DE: 54

FORMATO 6: RESULTADO PRUEBA CRUZADA CDC PRE-TRASPLANTE FR-TRANS-05

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE:	Nombre de la persona beneficiaria.
2	REGISTRO	Número de expediente asignado.
3	MEDICO	Nombre del Médico que solicita los estudios.
4	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra.
5	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra.
6	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria.
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
8	RECEPTOR	Edad de la persona beneficiaria.
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria.
10	SUERO DIRECTO-AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos con suero directo.
11	SUERO+DTT+AHG-AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos con suero, DTT y AHG.
12	RESULTADO	Resultado final de la prueba.
13	NOMBRE	Nombre del donador(a) empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
14	DONADOR	Parentesco con la persona beneficiaria y edad del donador(a).
15	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del (la) donador(a).
16	SUERO DIRECTO ALO AC.	Resultado de Alo anticuerpos con suero directo.
17	SUERO+DTT+AHG ALO AC.	Resultado de Alo anticuerpos con suero, DTT y AHG.
18	RESULTADO	Se define si es prueba cruzada positiva o negativa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 27
			DE: 54

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| 19 | ESTUDIO ELABORADO POR | Nombre del Químico(a) que procesó el estudio |
| 20 | AUTORIZA/REVISAR | Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad |
| 21 | OBSERVACIONES | Se agrega texto "la prueba cruzada se realizó con linfocitos totales" |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 28 DE: 54


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
 LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
 DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
 PRUEBA CRUZADA SUERO DIRECTO + DTT+ AHG

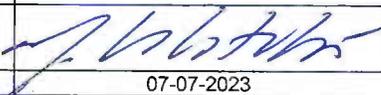
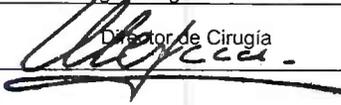
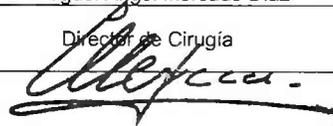
PACIENTE: 1 _____ ESTUDIO No. 4 _____
 REGISTRO: 2 _____ FECHA: 5 _____
 MÉDICO: 3 _____ HOSPITAL: 6 _____

NOMBRE	GRUPO ABO/RH	Pruebas Cruzadas (Técnica CDC)		RESULTADO
		SUERO DIRECTO AC.	SUERO + DTT+ AHG AUTO AC.	
7		10	11	12
RECEPTOR: 8		ALO AC.	ALO AC.	
13	15	16	17	18
DONADOR: 14				

ESTUDIO ELABORADO POR: 19 _____ REVISÓ: 20 _____
 QFB. Natalia Castelan Carrera
 Laboratorio de Histocompatibilidad
 No. Cedula Profesional: 1065812

OBSERVACIONES: 21 _____ LA PRUEBA CRUZADA SE REALIZO CON LINFOCITOS TOTALES

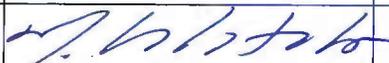
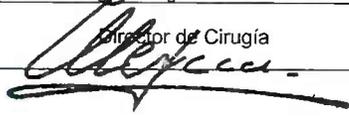
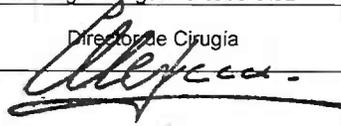
FR - TRANS - 05

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 29
			DE: 54

FORMATO 7: RESULTADO PRUEBA CRUZADA CDC SEPARACION DE LINFOCITOS T/B FR-TRANS-07

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	MEDICO	Nombre del Médico que solicita el estudio
4	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
5	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
6	HOSPITAL	Nombre del Hospital de procedencia de la persona beneficiaria
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	RECEPTOR	Edad de la persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	SUERO DIRECTO-AUTO AC T/B..	Resultado de Auto anticuerpos con suero directo T y B
11	SUERO+DTT+AHG AUTO AC.T y B.	Resultado de Auto anticuerpos con suero DTT+AHG T y B
12	RESULTADO	Resultado final de la prueba.
13	NOMBRE	Nombre del donador(a) empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
14	DONADOR	Parentesco con la persona beneficiaria y edad del donador(a)
15	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del (la) donador(a)
16	SUERO DIRECTO ALO AC.T y B	Resultado de Alo anticuerpos con suero directo T y B
17	SUERO+DTT+AHG-ALO AC.T y B	Resultado de Alo anticuerpos con suero+DTT+AHG T y B
18	RESULTADO	Se define si es prueba cruzada positiva o negativa

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 30
			DE: 54

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| 19 | ESTUDIO ELABORADO POR | Nombre del Químico(a) que procesó el estudio |
| 20 | AUTORIZA/REVISA | Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad |
| 21 | OBSERVACIONES | Se agrega texto "la prueba cruzada se realizó con linfocitos totales" |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 31 DE: 54


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
PRUEBA CRUZADA CON SEPARACION DE LINFOCITOS T-B

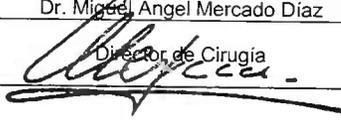
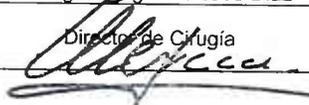
PACIENTE: _____ **ESTUDIO No.** _____
REGISTRO: _____ **FECHA:** _____
MÉDICO: _____ **HOSPITAL:** _____

Nombre	GRUPO ABO/RH	Pruebas Cruzadas (Técnica CDC)				Resultado
		Suero Directo		Suero Indirecto		
7	9	Auto Ac.		Auto Ac.		12
RECEPTOR: 8		E	T	B	B	
13	15	Alo Ac.		Alo Ac.		18
14		T	B	T	B	
DONADOR: 14		16	16	17	17	

ELABORADO POR: _____ **REVISÓ:** _____
 QFB. Natalia Castellán Carmona / Jefe de Laboratorio
 No. Cédula Profesional 1065822

OBSERVACIONES: _____
 * SOLO EN LINFOCITOS "T" SE INCORPORA AHG

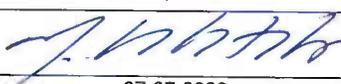
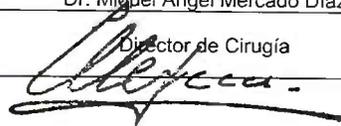
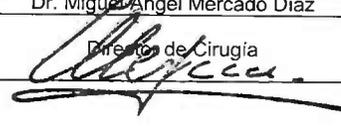
FR-TRANS-07

CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre: Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto: Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma: 		
Fecha: 07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 32 DE: 54

FORMATO 8: RESULTADO DE PRA FR-TRANS-41

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE:	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
2	HOSPITAL	Nombre del Hospital de procedencia de la persona beneficiaria
3	REGISTRO	Número de expediente asignado
4	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
5	TOMA DE MUESTRA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
6	FECHA DEL ESTUDIO	Día, mes y año en la que se procesó el estudio
7	PRA SINGLE ANTIGEN CLASE I	Positivo o Negativo
8	PRA SINGLE ANTIGEN CLASE II	Positivo o Negativo
9	%PRA SINGLE ANTIGEN CLASE I	Porcentaje de reacción de 0% a 100% de los antígenos de Clase I
10	%PRA SINGLE ANTIGEN CLASE II	Porcentaje de reacción de 0% a 100% de los antígenos de Clase II
11	ANTICUERPOS ASIGNADOS CLASE I	Anticuerpos contra los que hace reacción de Clase I
12	ANTICUERPOS ASIGNADOS CLASE II	Anticuerpos contra los que hace reacción de Clase II
13	EVENTOS ALOINMUNIZANTES	Eventos que generan anticuerpos como transfusiones de productos sanguíneos, trasplantes previos y en caso de las mujeres además de los anteriores, es necesario anotar si han tenido embarazos y/o abortos y cuantos.
14	OBSERVACIONES	Si hay un estudio previo de Tipificación HLA ó un estudio de PRA S.A.se anota el número de estudio, si la persona beneficiaria está en lista de espera ,
15	REALIZO	Nombre del Químico(a) que procesó el estudio
16	REVISADO	Firma del (la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 33
			DE: 54



RESULTADOS DE PRA
Laboratorio de Histocompatibilidad

NOMBRE: _____ 1 _____ REGISTRO: _____ 3 _____

HOSPITAL: _____ 2 _____ No. ESTUDIO: _____ 4 _____

TOMA DE MUESTRA: _____ 5 _____ FECHA DEL ESTUDIO: _____ 6 _____

TIPO DE ESTUDIO	CLASE I	CLASE II
PRA SINGLE ANTIGEN	7	8
%PRA SINGLE ANTIGEN	9	10

ANTICUERPOS ASIGNADOS CLASE I: _____ 11 _____

ANTICUERPOS ASIGNADOS CLASE II: _____ 12 _____

CANCELADO

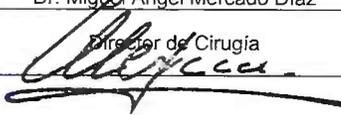
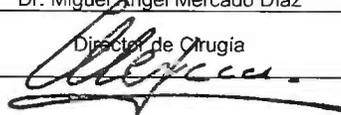
EVENTOS ALOINMUNIZANTES: _____ 13 _____

OBSERVACIONES: _____ 14 _____

FR-TRANS-41

REALIZO: _____ 15 _____ REVISADO: _____ 16 _____

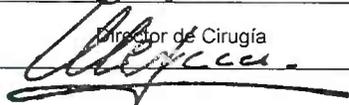
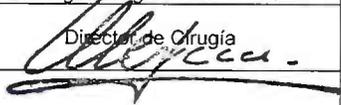
QFB. NATALIA CASTELAN CARMONA
Cédula Profesional 1065822

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 34 DE: 54

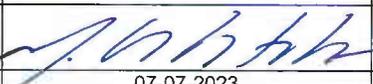
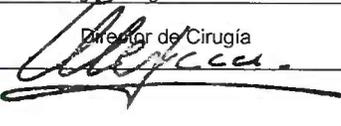
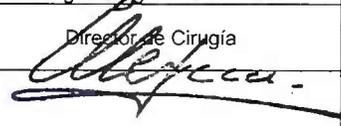
FORMATO 9: TIPIFICACION HLA FR-TRANS-10

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria
4	MEDICO	Nombre del Médico que solicita el estudio
5	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
6	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	PACIENTE	Edad del(la) persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	TIPIFICACION HLA	Alelos de la persona beneficiaria
11	RESULTADO	Si existe algún estudio previo al que se está realizando , se anotará el día, mes y año
12	NOMBRE	Nombre del donador empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
13	DONADOR	Edad del(la) donador(a) y parentesco con el(la) persona beneficiaria
14	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del(la) donador(a)
15	TIPIFICACION HLA	Alelos del(la) donador(a)
16	RESULTADO	Se anota el número de haplotipos que comparte con la persona beneficiaria o receptor (0,1 ó 2 haplotipos), y este se llenará de acuerdo al número de donadores con los que cuente el(la) persona beneficiaria.
17	REALIZO EL ESTUDIO	Nombre del Químico(a) que procesó el estudio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 35 DE: 54

- | | | |
|----|---------------|---|
| 18 | REVISO | Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad |
| 19 | METODO | Técnica utilizada para el procesamiento del estudio |
| 20 | OBSERVACIONES | Observaciones en su caso. |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 36 DE: 54



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
TIPIFICACION HLA (A/B/C/DRB/DQB/DRB345)

CANCELADO

PACIENTE: _____ 1 _____ ESPUEBO NO: _____ 5 _____
 NÚMERO: _____ 2 _____ HOSPITAL: _____ 3 _____ CÉDULA: _____ 4 _____ FECHA: _____ 6 _____

NOMBRE	GRUPO SANGUÍNEO	TIPIFICACION HLA							RESULTADOS
		A	B	DR	DQ	DR 3,4,5	DR 3,4,5	DR 3,4,5	
7	9	10	10	10	10	10	10	10	11
8									
12	14	15	15	15	15	15	15	15	10
13									

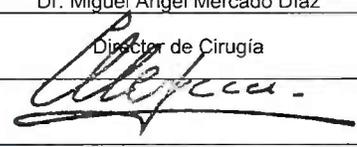
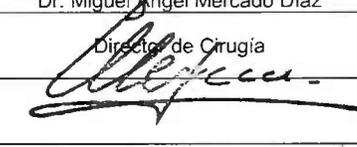
REALIZADO: _____ 17 _____ REVISADO: _____ 18 _____

Q/ B. Natalia Costafin Garmena
Jefe de Laboratorio
No. Cédula Profesional 1065822

19
ADJUNTAR POR SSP

20

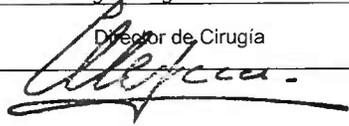
F0 10406 06

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 37
			DE: 54

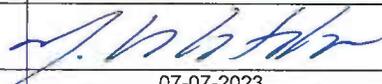
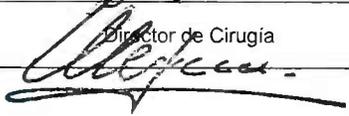
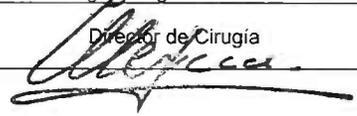
FORMATO 10: TIPIFICACION HLA+PC FR-TRANS-08

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria
4	MEDICO	Nombre del Médico que solicita el estudio
5	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
6	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	PACIENTE	Edad de la persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	PRUEBA CRUZADA	Negativa / positiva
11	TIPIFICACION HLA	Alelos de la persona beneficiaria
12	RESULTADO	Si existe algún estudio previo al que se está realizando , se anotará el día, mes y año
13	NOMBRE	Nombre del donador empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
14	DONADOR	Edad del(la) donador(a) y parentesco con el(la) persona beneficiaria
15	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del(la) donador(a)
16	PRUEBA CRUZADA	Negativa / positiva
17	TIPIFICACION HLA	Alelos del donador

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 38
			DE: 54

- 18 RESULTADO Se anota el número de haplotipos que comparte con la persona beneficiaria o receptor (0,1 ó 2 haplotipos), y este se llenará de acuerdo al número de donadores con los que cuente el (la) persona beneficiaria. así también se anotará si la prueba cruzada fue positiva/negativa
- 19 REALIZO EL ESTUDIO Nombre del Químico(a) que procesó el estudio
- 20 REVISO Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad
- 21 METODO Técnica utilizada para el procesamiento del estudio
- 22 OBSERVACIONES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 39
		INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	DE: 54



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
PRUEBA CRUZADA Y TIFICACIÓN MIA (A/T/C) (DIA 19)

CANCELADO

PACIENTE: _____ ESTUDIO NO: _____

REGISTRO: _____ HOSPITAL: _____ MEDICO: _____ SECTOR: _____

NOMBRE	GRUPO ABO-RH	PRUEBA CRUZADA AUTO AC.	TIFICACION MIA								RESULTADOS
			A	B	C	DR	DU	DF	EX 3,4,5		
7	9	10	11	11	11	11	11	11	11	11	12
PACIENTE 8			17	17	17	17	17	17	17	17	18
13	15	16									
14											
LA PRUEBA CRUZADA SE REALIZO CON SUERO NORMAL Y TRATADO CON DTY.											

ESTUDIO ELABORADO POR: _____ 19

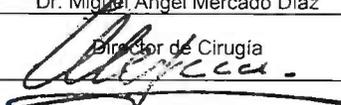
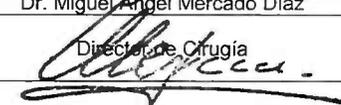
REVISADO: _____ 20

QFB. NATALIA CASTELLAN CAMBOSIA / JTYPE DE LABORATORIO NO. ESCUELA PROFESIONAL 1041423

METODO: _____ 21
PRUEBA CRUZADA: SEROLOGICO CDC.
TIFICACION MIA: MOLECULAR PCR-SSP

OBJETIVOS: _____ 22

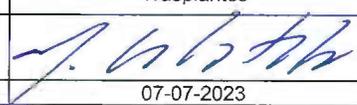
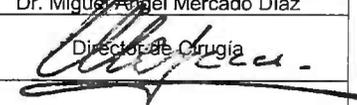
FIN: TRANS-06

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 40
			DE: 54

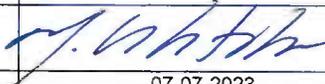
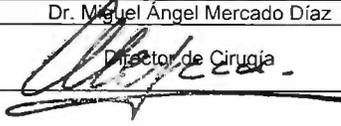
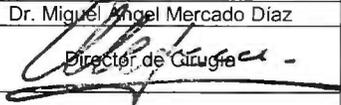
FORMATO 11: TIPIFICACION HLA SSO-REV. FR-TRANS-11

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente asignado
3	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria
4	MEDICO	Nombre del Médico que solicita el estudio
5	ESTUDIO NO.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
6	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	PACIENTE	Edad de la persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	TIPIFICACION HLA	Alelos de la persona beneficiaria
11	RESULTADO	Si existe algún estudio previo al que se está realizando , se anotará la fecha
12	NOMBRE	Nombre del donador empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
11	DONADOR	Edad del(la) donador(a) y parentesco con el(la) persona beneficiaria
12	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del(la) donador(a)
13	TIPIFICACION HLA	Alelos del donador
14	RESULTADO	Se anota el número de haplotipos que comparte con la persona beneficiaria o receptor (0,1 ó 2 haplotipos), y este se llenará de acuerdo al número de donadores con los que cuente el (la) persona beneficiaria.
12	NOMBRE	Nombre del donador empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 41
			DE: 54

11	DONADOR	Edad del(la) donador(a) y parentesco con el (la) persona beneficiaria
12	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del(la) donador(a)
13	TIPIFICACION HLA	Alelos del donador
14	RESULTADO	Se anota el número de haplotipos que comparte con la persona beneficiaria o receptor (0,1 ó 2 haplotipos), y este se llenará de acuerdo al número de donadores con los que cuente el (la) persona beneficiaria.
19	REALIZO EL ESTUDIO	Nombre del químico(a) que procesó el estudio
20	REVISO	Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad
21	METODO	Técnica utilizada para el procesamiento del estudio
22	OBSERVACIONES	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 42 DE: 54



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
 LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
 DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
 TIFICACION HLA (A/B/C/DR/DQ/DN)

CANCELADO

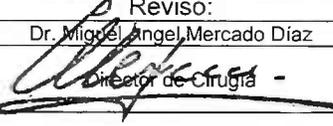
PACIENTE	REQUERIDO	INDICACION	FECHA	ESTUDIO NO.	FECHA
_____	_____	_____	_____	_____	_____

MEMBRAS	SERIAL	TIFICACION HLA							RESULTADOS
		A	B	C	DR	DN	DQ	DP	
1	9	10	10	10	10	10	10	10	11
2	14	15	15	15	15	15	15	15	16
3	19	20	20	20	20	20	20	20	21

REALIZADO: ESTUDIO: _____ 22 _____ REVISADO: _____ 23 _____
 Q' B. NORAIZA Castellan Carrera
 Jefa de Laboratorio
 No. Cédula Profesional 1065822

24
 MOLECULAR PCR-SSO REV.
 TECNOLÓGIA ELIMINEX
 OBSERVACIONES: _____ 25 _____

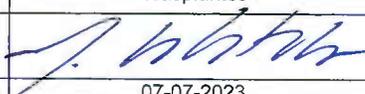
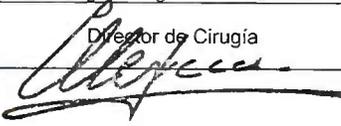
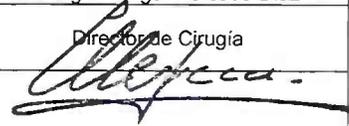
PB-TRANS-11

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía -	Director de Cirugía -
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 43
			DE: 54

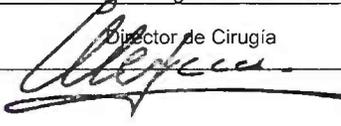
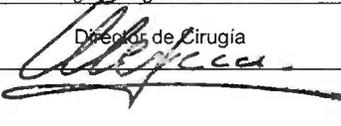
FORMATO 12: PRUEBA CRUZADA POR CITOMETRÍA DE FLUJO FR-TRANS-06

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por el apellido paterno, apellido materno y nombre(s)
2	REGISTRO.	Número de expediente asignado-a la persona beneficiaria
3	MEDICO	Nombre del Médico que solicita el estudio
4	ESTUDIO No.	Número consecutivo asignado al momento de la toma de muestra
5	FECHA	Día, mes y año en la que se recolectó la muestra
6	HOSPITAL	Nombre del Hospital de procedencia de la persona beneficiaria
7	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
8	RECEPTOR	Edad de la persona beneficiaria
9	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH de la persona beneficiaria
10	LINFOCITOS T IgG AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos contra linfocitos T
11	LINFOCITOS B IgG AUTO AC.	Resultado de Auto anticuerpos contra linfocitos B
12	RESULTADO	Si es positiva o negativa la prueba
13	NOMBRE	Nombre del donador(a) empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
14	DONADOR	Parentesco con la persona beneficiaria y edad del donador(a)
15	GRUPO ABO/RH	Grupo sanguíneo y RH del donador(a)
16	LINFOCITOS T IgG ALO AC. T	Resultado de Alo anticuerpos contra linfocitos T
17	LINFOCITOS B IgG ALO AC.	Resultado de Alo anticuerpos contra linfocitos B
18	RESULTADO	Se define si es prueba cruzada positiva o negativa
19	ESTUDIO ELABORADO POR	Nombre del químico (a) que procesó el estudio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 44 DE: 54

- 20 REVISO Firma del(la) coordinador(a) del laboratorio de Histocompatibilidad
- 21 METODO Técnica utilizada para el procesamiento del estudio
- 22 OBSERVACIONES Se reporta la fecha del estudio de PRA S.A así como la existencia de anticuerpos donador específico y fluorescencia de los mismos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 45
			DE: 54



INCMNSZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD
DEPARTAMENTO DE TRASPLANTES
CITOMETRIA DE FLUJO

CANCELADO

PACIENTE: _____ ESTUDIO No. _____
REGISTRO: _____ FECHA: _____
MEDICO: _____ HOSPITAL: _____

NOMBRE	GRUPO ABD/R	Pruebas Cruzadas (Técnica Citometría de Flujo)		RESULTADO
		Linfocitos T IgG	Linfocitos B IgG	
RECEPTOR: _____	9	AUTO AC.	AUTO AC.	12
13		10	11	
DONADOR: _____	15	AUTO AC.	AUTO AC.	18
14		16	17	

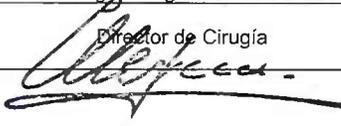
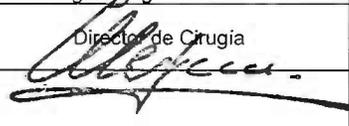
ESTUDIO ELABORADO POR: _____ REVISÓ: _____

LIMITES: PRUEBA CRUZADA POSITIVA LINFOCITOS T : > 40 CANALES DE DESPLAZAMIENTO
PRUEBA CRUZADA POSITIVA LINFOCITOS B : > 100 CANALES DE DESPLAZAMIENTO

METODO: CITOMETRIA DE FLUJO OBSERVACIONES: _____

QFB. Rocela Castelan Carmona / Jefe de Laboratorio
No. Cédula Profesional: 1065822

FR - TRANS - 06

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

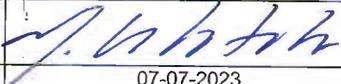
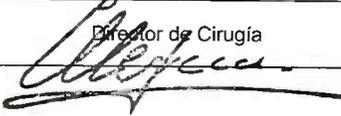
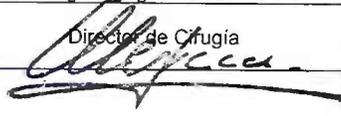
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 46
			DE: 54

FORMATO 13: CALENDARIO TOMA DE MUESTRA SEROTECA FR-TRANS-15

No. CONCEPTO
1 DIAS

SE ANOTARÁ

Días que se determinen para cada mes, asignando 2 días en los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre por considerarse meses obligatorios. En los meses de febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre se asigna sólo un día.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 47
			DE: 54

CALENDARIO DE TOMA Y RECEPCION DE MUESTRAS PARA LA SEROTECA DE LA LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL DE DONADOR FALLECIDO

INCMNSZ

ESPECIFICACIONES	AÑO 2020																										
Horario de atención: <p style="text-align: center;">07:00 a 10:30 hrs.</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>MES</th> <th>DIAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>14 ó 15</td></tr> <tr><td>Febrero</td><td>4</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>4 ó 5</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>1</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td>6 ó 7</td></tr> <tr><td>Junio</td><td>2</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td>1 ó 2</td></tr> <tr><td>Agosto</td><td>4</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>2 ó 3</td></tr> <tr><td>Octubre</td><td>1</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td>4 ó 5</td></tr> <tr><td>Diciembre</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	MES	DIAS	ENERO	14 ó 15	Febrero	4	MARZO	4 ó 5	ABRIL	1	MAYO	6 ó 7	Junio	2	JULIO	1 ó 2	Agosto	4	SEPTIEMBRE	2 ó 3	Octubre	1	NOVIEMBRE	4 ó 5	Diciembre	1
MES	DIAS																										
ENERO	14 ó 15																										
Febrero	4																										
MARZO	4 ó 5																										
ABRIL	1																										
MAYO	6 ó 7																										
Junio	2																										
JULIO	1 ó 2																										
Agosto	4																										
SEPTIEMBRE	2 ó 3																										
Octubre	1																										
NOVIEMBRE	4 ó 5																										
Diciembre	1																										
Presentarse en ayuno de 6 a 8 hrs. FAVOR DE SER PUNTUAL Y TRAER LA CREDENCIAL QUE SE LES PROPORCIONA																											
IMPORTANTE: Meses obligatorios: <u>ENERO, MARZO, MAYO, JULIO, SEPTIEMBRE Y NOVIEMBRE.</u> Es requisito para el ingreso al Programa de Donador Fallecido contar con los estudios de <u>HLA y PRA</u> , en caso de no contar con ellos serán programados el día de la inscripción. El estudio de <u>PRA</u> tendrá que ser <u>renovado anualmente.</u>																											
<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES DE PRIMERA VEZ: DEBERAN PRESENTARSE CON SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA LISTA DE ESPERA ESPECIFICANDO MEDICO TRATANTE, HOSPITAL DE ATENCIÓN, GRUPO SANGUINEO ASI COMO RESULTADOS RECIENTES DE LOS ESTUDIOS SEROLOGICOS DE HEPATITIS "B", "C" Y "VIH". - POSTERIORMENTE TODOS LOS PACIENTES, EXCEPTO LOS QUE TENGAN REGISTRO DE NUTRICIÓN, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y SEPTIEMBRE, PRESENTARÁN COPIA ACTUALIZADA DE LOS ESTUDIOS MENCIONADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR, EXCEPTO EL GRUPO SANGUINEO. - EL PACIENTE QUE NO CUMPLA CON LO SOLICITADO NO SERÁ ACEPTADO. 																											
ATENTAMENTE Laboratorio de Histocompatibilidad, INCMNSZ TEL: 54-87-09-00 ext. 2508	FR-TRANS-15																										

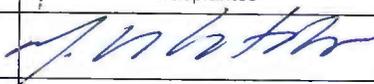
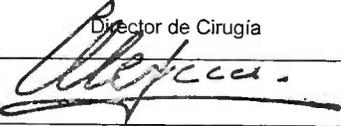
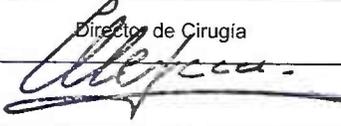
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 48
			DE: 54

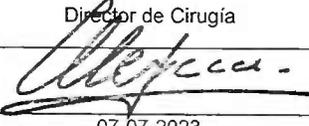
FORMATO 14: INSCRIPCIÓN A SEROTECA FR-TRANS-16

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NO. DE REGISTRO	Número consecutivo de Seroteca
2	FECHA DE INGRESO	Día, mes y año en la que asiste a darse de alta en la Lista de Espera
3	TRASPLANTE NO.	El número de trasplante que se va a realizar
4	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno
5	HOSPITAL	Nombre del Hospital de precedencia de la persona beneficiaria
6	REGISTRO	Número de expediente asignado
7	DOMICILIO	Dirección de residencia de la persona beneficiaria
8	TELEFONOS	Números de teléfonos fijos o celulares en donde se pueda localizar a la persona beneficiaria o familiares cercanos al mismo
9	TRANSFUSIONES SANGUINEAS RECIBIDAS HASTA LA FECHA	Número de transfusiones sanguíneas así como el número de paquetes globulares
10	FECHA DE LA ULTIMA TRANSFUSION	De preferencia dd/mm/aaaa
11	NO. DE EMBARAZOS Y ABORTOS	Número de embarazos de la persona beneficiaria del género femenino
12	ENFERMEDADES AUTOINMUNES	Si/No Cuáles?
13	GRUPO SANGUINEO	Grupo sanguíneo y RH del(la) persona beneficiaria
14	FECHA DE NACIMIENTO	Fecha de nacimiento la persona beneficiaria
15	TRASPLANTES PREVIOS	Si/No Cuántos?
16	¿HEMODIALISIS O DIALISIS?	Cuál de las dos opciones
17	FECHA DE INICIO	Se refiere al inicio de diálisis o hemodiálisis de preferencia DD/MM/AAAA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 49
			DE: 54

- 18 ¿HA USADO ERITROPOYETINA? Si/No
- 19 ¿CONTABA CON DONADOR VIVO? Si/No
- 20 OBSERVACIONES Si se cuenta con estudio previo de tipificación HLA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 50
			DE: 54



CENTRO COORDINADOR. REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

INCMNSZ

No. DE REGISTRO: 1
 FECHA DE INGRESO: 2
 TRASPLANTE NO.: 3

NOMBRE: 4

HOSPITAL: 5

REGISTRO: 6

DOMICILIO: 7
Calle y Numero

Colonia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

TELEFONOS: 8

CANCELADO

TRANSFUSIONES RECIBIDAS HASTA LA FECHA: 9

FECHA DE LA ULTIMA TRANSFUSION: 10

No. DE EMBARAZOS Y/O ABORTOS: 11

ENFERMEDADES AUTOINMUNES: 12

GRUPO SANGUINEO: 13

FECHA DE NACIMIENTO: 14

TRASPLANTES PREVIOS: 15

HEMODIALISIS O DIALISIS?: 16

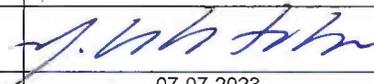
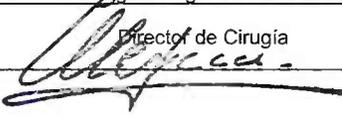
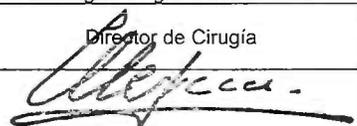
FECHA DE INICIO: 17

¿HA USADO ERITROPOYETINA?: 18

¿CONTABA CON DONADOR VIVO?: 19

OBSERVACIONES: 20

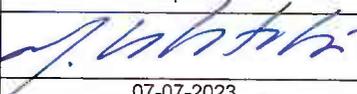
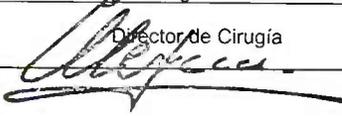
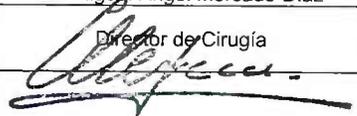
FR-TRANS-16

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

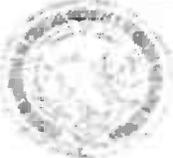
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 51 DE: 54

FORMATO 15: CREDENCIAL SEROTECA FR-TRANS-17

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	Nombre de la persona beneficiaria
2	REGISTRO	Número de expediente
3	GPO.SANGUINEO	Grupo sanguíneo y RH del(la) persona beneficiaria
4	HOSPITAL	Nombre del hospital de procedencia de la persona beneficiaria

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 52 DE: 54



CENTRO COORDINADOR DEL PROGRAMA DE TRASPLANTES DE DONADOR CADAVERICO

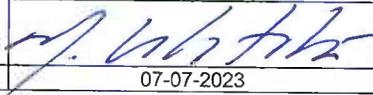
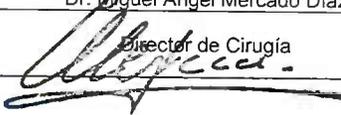
CANCELADO

NOMBRE _____ 1

REGISTRO: _____ 2 **GPO SANGUINEO** _____ 3

HOSPITAL: _____ 4

FR-TRANS-17

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 53 DE: 54

FORMATO 16: RESULTADO DE PRUEBAS CRUZADAS DE DONADOR FALLECIDO FR-TRANS-18

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	Día, mes y año de elaboración del estudio
2	HORA	Hora de inicio del estudio
3	PERSONAL A CARGO	Químico(a) responsable de la elaboración del estudio
4	NOMBRE DC	Nombre del Donador Cadavérico
5	PROCEDENCIA	Nombre del Hospital en donde se obtuvo el donador
6	GRUPO ABO	Grupo sanguíneo y RH del(la) donador(a)
7	EDAD	Edad del(la) donador(a)
8	SEXO	Masculino / Femenino
9	CMC	Causa de la muerte encefálica
10	HLA	Tipificación HLA del(la) donadora
11	RESULTADOS	Resultados de las pruebas cruzadas con suero del donador y/o receptor con controles positivos/negativos, complemento y linfocitos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	3. Procedimiento para Realizar Pruebas de Histocompatibilidad con Fines de Trasplantes		HOJA: 54 DE: 54


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD (TRASPLANTES)
INCMNSZ **REPORTE DE PRUEBAS CRUZADAS LINFOCITARIAS DONADOR CADAVER**

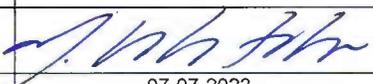
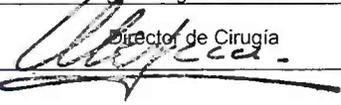
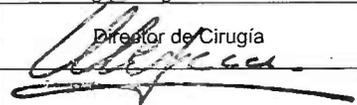
FECHA 1 HORA 2
 PERSONAL A CARGO 3
 NOMBRE D.C. 4
 PROCEDENCIA: 5
 GRUPO ABO 6 EDAD 7 SEXO 8
 C.M.C. 9
 HLA 10

CANCELADO

11 RESULTADOS

C (-)	C (+)	CC	L-S	L+S	L-S	L-S	L-S	L+S
A								
B								
C								
D								
E								
F								

FR-TRANS-10

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 1
			DE: 13

4. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 2
			DE: 13

1.0 PROPÓSITO

Identificar oportunidades de investigación en el área de trasplantes por medio de protocolos a fin de aportar nuevos conocimientos en la inmunogenética aplicada a la toma de decisiones médicas que incluyen la histocompatibilidad, la predicción del riesgo de infecciones y la asignación de medicamentos inmunosupresores.

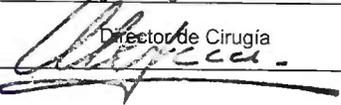
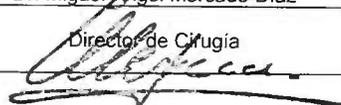
2.0 ALCANCE

Nivel Interno: Este procedimiento aplica al Departamento de Trasplantes y/o colaboradores de otros Departamentos en realizar los protocolos de investigación.

Nivel Externo: Este procedimiento aplica a alumnos de posgrado y licenciatura de diferentes instituciones educativas, además de Investigadores de centros de investigación nacionales e internacionales.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

1. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de la selección y diseño de los proyectos de investigación originales en inmunogenética aplicada a la toma de decisiones médicas que incluyen la histocompatibilidad, la predicción del riesgo de infecciones y la asignación de medicamentos inmunosupresores.
2. El Investigador en Ciencias Médicas para el desarrollo de los proyectos de investigación, se apoya en los alumnos de posgrado en la búsqueda y lectura de bibliografía.
3. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de tener contacto activo con investigadores a nivel nacional e internacional a fin de mantenerse actualizado y valorar las técnicas, recursos y factibilidad de los procedimientos en desarrollo. El contacto activo implica además de la comunicación electrónica la asistencia a seminarios, simposios y congresos, así como entrevistas puntuales para establecer posibles colaboraciones.
4. El Investigador en Ciencias Médicas realiza el esbozo de diseños de los proyectos de investigación con el fin de discutirlo entre el grupo de investigadores del Departamento y conocer sus opiniones.
5. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de decidir la factibilidad y relevancia clínica de los proyectos de investigación.
6. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de mantenerse al día en la información científica publicada a nivel nacional e internacional.
7. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de integrar el proyecto de investigación que se presentará ante la Comisión o el Comité de acuerdo apegándose a los requisitos de cada uno de ellos, así como a los del Departamento de Control de Fondos Especiales para la Investigación (CFEI).
8. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de mantenerse activo en el Sistema de Registro de Proyectos de Investigación (SERPI) para registrar su proyecto de investigación

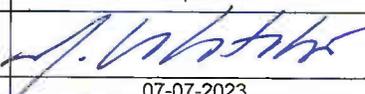
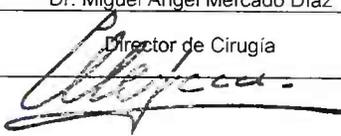
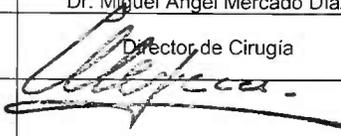
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 3
			DE: 13

9. El Departamento de CFEI es el responsable de informar a la dirección de Planeación y Mejora de la Calidad y a otras instancias sobre los proyectos de investigación que se realizan en el Departamento de Trasplantes, así mismo de asignar una clave mediante el formato correspondiente asignen clave. **(Anexo 1)** una vez que el proyecto sea autorizado por la Comisión o el Comité correspondiente.
10. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de buscar recursos externos para desarrollar cada proyecto de investigación con instancias nacionales e internacionales, tales como: el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Fundaciones nacionales e internacionales; así mismo es responsable de aprovechar los procesos de licitación para apoyar el proyecto.
11. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de someter a consideración los proyectos de investigación ante las Comités o Comisiones correspondientes para su aprobación, así como dar seguimiento al proceso de corrección en caso de ser necesario para la aprobación.
12. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de entregar el proyecto en el Departamento de CFEI, una vez que el Comité o Comisión lo haya aprobado para que se le asigne una clave de proyecto, mediante el formato de apoyo para la evaluación de protocolos. **(Anexo 1)**

DEL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:

13. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de solicitar y revisar la clave de acceso al sistema informático vigente a la dirección de Investigación para realizar el registro del proyecto
14. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de desarrollar los proyectos de investigación identificados como relevantes y factibles, solicitando apoyo económico a CONACYT o a los organismos o Fundaciones que otorgan apoyos económicos en forma competitiva, el financiamiento global para el desarrollo del proyecto de investigación.
15. El Investigador en Ciencias Médicas cuando el proyecto sea apoyado económicamente por una instancia externa es el responsable de vigilar que los Comités o Comisiones científicos de esas instancias, aprueben el presupuesto basándose en su juicio sobre la factibilidad y relevancia del proyecto.
16. El Investigador en Ciencias Médicas es el responsable de solicitar a la Secretaria del Departamento los insumos genéricos básicos que apoyan en el desarrollo de la investigación. Estos insumos se entregan vía licitación.
17. El Investigador en Ciencias Médicas es el responsable de solicitar a CONACYT a los organismos o fundaciones que otorgan apoyos económicos en forma competitiva el financiamiento global para el desarrollo del proyecto de investigación particular.
18. El Investigador en Ciencias Médicas junto con el Departamento de CFEI son los responsables de formalizar la recepción de recursos financieros otorgados a los proyectos.

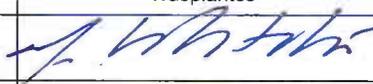
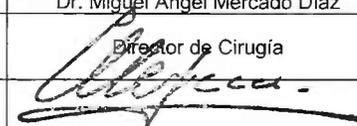
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 4
			DE: 13

19. El Investigador en Ciencias Médicas es el responsable de verificar el cumplimiento de los objetivos y metas planteados cumpliendo con los principios éticos que rigen la investigación científica. Asimismo, el Departamento de CFEI es el responsable de verificar el cumplimiento de la normatividad sobre la utilización de los recursos financieros otorgados a los proyectos de investigación por parte de CONACYT o por los Organismos o Fundaciones que otorgan apoyos económicos.
20. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de cumplir con los objetivos y funciones definidos en el manual de organización del Departamento de Trasplantes. Estos objetivos incluyen organizar, realizar, dirigir y evaluar el proyecto aprobado.
21. El Investigador en Ciencias Médicas, es responsable de supervisar, coordinar y dar seguimiento a los procesos administrativos que apoyan al desarrollo del proyecto, así como de coordinar y supervisar las labores del personal asignado para la realización del mismo
22. El Investigador en Ciencias Médicas es responsable de coordinar y supervisar la realización de las comunicaciones nacionales e internacionales en las que se da a conocer los resultados de la investigación.
23. El Investigador en Ciencias Médicas es el responsable de supervisar que los alumnos de licenciatura o posgrado avancen en tiempo y forma y concluyan sus tesis correspondientes a la par del proyecto.
24. El Investigador en Ciencias Médicas es el responsable de realizar anualmente un informe técnico sobre los avances parciales o globales del proyecto de investigación dirigido a CONACYT a los Organismos o Fundaciones que otorgan apoyos económicos del proyecto.
25. El Departamento de CFEI es responsable de emitir un informe financiero a CONACYT a los Organismos o Fundaciones que otorgan apoyos económicos del proyecto.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Investigador en Ciencias Médicas	1	Identifica una oportunidad de desarrollo de investigación como resultado del estudio continuo de la información bibliográfica y de la comunicación con otros investigadores. (Política 2 y 4)
Investigador en Ciencias Médicas	2	Realiza el esbozo de su proyecto de investigación generando una hipótesis de trabajo y diseña los experimentos preliminares ¿La hipótesis es aceptable por los resultados? No: Revisa el esbozo y revalora el planteamiento de la hipótesis Sí: Diseña más experimentos secundarios con un enfoque diferente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

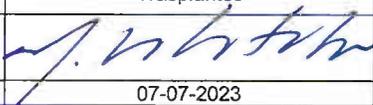
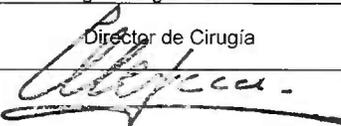
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 5
			DE: 13

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Investigador en Ciencias Médicas	3	<p>Registra el proyecto en el Sistema de Registro de Proyectos de Investigación (SERPI) (Política 9) para su evaluación en la Comisión o Comité correspondiente.</p> <p>¿El proyecto es aprobado?</p> <p>No: Efectúa las modificaciones necesarias para su posterior aprobación.</p> <p>Sí: Recibe dictamen de aprobación.</p>
Investigador en Ciencias Médicas	4	<p>Entrega en el Departamento de Control de Fondos Especiales para la Investigación (CFEI) el proyecto para que le asignen clave. (Política 15) (Anexo 1)</p>
Investigador en Ciencias Médicas	5	<p>Desarrolla las actividades técnicas y administrativas concernientes a la metodología del proyecto registrado.</p>
Investigador en Ciencias Médicas	6	<p>Verifica que los resultados generados del proyecto de investigación estén orientados a responder la hipótesis.</p> <p>¿Los resultados responden la hipótesis?</p> <p>No: Revisa los errores técnicos o de interpretación antes de proponer un cambio en el proyecto.</p> <p>Sí: Continúa con el proyecto afinando las metas y objetivos parciales en función de los resultados obtenidos para contestar a la hipótesis formal etapa por etapa.</p>
Investigador en Ciencias Médicas	7	<p>Verifica que los resultados obtenidos cumplan con las metas y objetivos planteados. (Política 6)</p> <p>¿Cumplen?</p> <p>No: Propone un cambio en el proyecto siguiendo los lineamientos establecidos.</p> <p>Sí: Da por terminado el proyecto con la escritura y publicación del o los trabajos (artículos o participaciones en congresos) que dan a conocer los resultados y su interpretación de la investigación.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

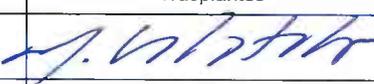
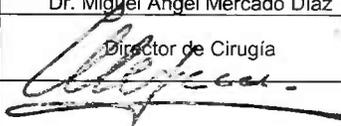
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 6
			DE: 13

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Investigador en Ciencias Médicas	8	Genera el informe técnico para CONACYT, a los organismos o fundaciones que otorgaron el apoyo económico del proyecto, mediante los instrumentos particulares de cada Institución. (Política 12)
Investigador en Ciencias Médicas	9	Comunica al Departamento de CFEI que el proyecto ha concluido y que los informes técnicos se han enviado a la Institución patrocinadora para que CFEI genere los informes financieros. (Política 13)
TERMINA PROCEDIMIENTO		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

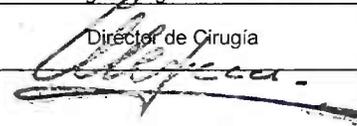
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 7
			DE: 13

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 8
			DE: 13

5.1

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

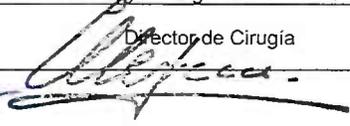
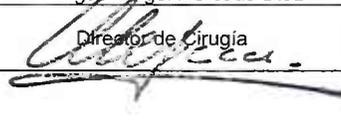
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 9
			DE: 13

6.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Anexo 1 Forma única para registro de protocolos	5 años	Original: Departamento de CFEI	

7.0 GLOSARIO

- 7.1 CFEI:** Control de Fondos Especiales para la Investigación.
- 7.2 Comisión o Comité:** Las Comisiones o Comités institucionales que aprueban la realización de proyectos de investigación encaminados dentro de la normativa y ética aplicable.
- 7.3 Comunicaciones:** Procedimientos para informar los avances y resultados de la Investigación en forma oral o escrita (carteles, presentaciones orales, artículos en revistas de investigación de alto impacto y con revisión de pares o revisiones temáticas)
- 7.4 Hipótesis de trabajo:** Supuesto sobre el que se realiza la investigación.
- 7.5 Hipótesis formal:** Pregunta científica específica que se propone responder con el proyecto de investigación y hace referencia a un modelo teórico que se pone a prueba.
- 7.6 Informe financieros:** Reporte que emite CFEI sobre el ejercicio de los recursos otorgados para el Proyecto.
- 7.7 Informe técnico** Reporte a detalle de los procedimientos realizados durante la investigación y de los resultados obtenidos aplicando esta metodología. Ésta incluirá la interpretación y el significado del resultado global. También listará la formación de recursos humanos y las publicaciones asociadas al proyecto. Se incluye toda la documentación probatoria.
- 7.8 Logística global** Se refiere a todos los recursos requeridos para llevar a cabo la investigación (materiales, humanos, tecnológicos de conocimiento técnico como cursos)
- 7.9 Principios éticos** Guías de comportamiento que obligan al Investigador a reportar en forma clara completa y honesta todos los aspectos técnicos aplicados a la Investigación
- 7.10 Proyecto factible** Proyectos que pueden desarrollarse dentro del ambiente laboral por contar con los equipamientos y el conocimiento técnico y científico. Sus costos de realización se encuentran dentro de los rangos disponibles por parte de las Instituciones patrocinadoras.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 10
			DE: 13

7.11 Projector relevante

Proyectos que proponen conceptos o teorías nuevas o que fortalecen conceptos que están en proceso de consolidación. Utiliza herramientas y tecnologías actuales.

8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	28-01-2020	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.
02	03-07-2023	Actualización del procedimiento para dar cumplimiento a la verificación sanitaria y a la prevención para solicitud de licencia sanitaria.

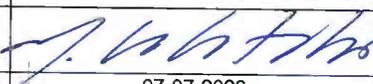
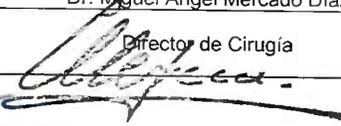
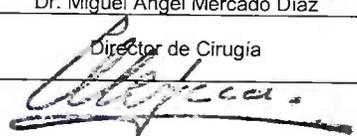
9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

NO APLICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 11
			DE: 13

ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 12
			DE: 13

ANEXO 1: FORMA ÚNICA PARA REGISTRO DE PROTOCOLOS



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**

Dirección de Investigación

FORMA ÚNICA PARA REGISTRO DE PROTOCOLOS

Clave:
Fecha de recepción: 2018-10-16

Título:

Objetivo del Proyecto:

Línea de Investigación:

Género beneficiado:

Investigador principal:

Departamento o servicio:

Área de investigación:

Tipo de financiamiento:

Patrocinadores

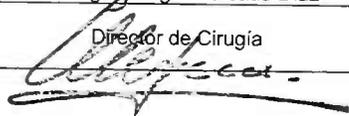
Patrocinador:	Cantidad:
Patrocinador:	Cantidad:
Patrocinador:	Cantidad:

Vigencia del Proyecto: Del al

Calendarización del gasto:

Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
-------------	-------------	-------------	-------------

CANCELADO

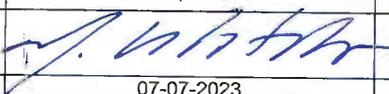
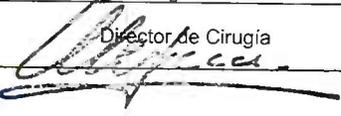
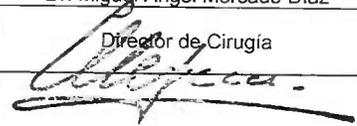
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	4. Procedimiento para Realizar Proyectos de Investigación		HOJA: 13
			DE: 13

Costo totales de la investigación	Instituciones participantes	
Personal (sueldos y sobresueldos al personal)	Institución:	
Equipos (de laboratorio, computo, transporte, etc.)	Institución:	
Materiales (reactivos, consumibles, desechables, etc.)	Institución:	
Animales de laboratorio (adquisición, cuidado, procedimientos, etc.)	Firma	
Estudios (de laboratorio, gabinete, especiales, etc.)		
Viáticos (reuniones científicas y trabajo de campo)	Investigador principal	Jefe de Departamento
Publicaciones (costos directos de publicación, sobregiro)		
Suscripciones (libros, revistas, software, periódicos, etc.)	Comité de Investigación en Humanos	Comité de Investigación en Animales
Varios (teléfono, fax, fotocopias, mensajería, etc.)		
Gastos de administración (15%, 9%, 0% de la cantidad total de protocolo)	Director de Investigación	Director General
Total	Fecha de resolución	

CANCELADO

El presente documento fue autorizado por el Comité de Mejora Regulatoria Interna en la Primera Sesión Extraordinaria de fecha 20 de julio de 2023.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Autorización		HOJA: 1
			DE: 2

AUTORIZACIÓN

ELABORADO POR:

Dr. Mario Vilatobá Chapa.
Jefe del Departamento de Trasplantes.

Dra. Magdalena García Baysa.
Coordinadora Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante.

REVISADO POR:

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz.
Director de Cirugía.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.3.0.2
	Departamento de Trasplantes		REV: 02
	Autorización		HOJA: 2
			DE: 2

REVISIÓN METODOLÓGICA:

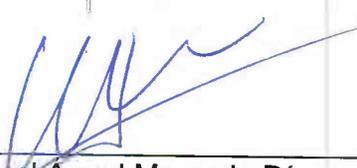


 C.P. Merit Fabiola Morales.
 Jefa del Departamento de Organización y
 Modernización Administrativa.



 C.P. Remedios Verónica Hernández Tenorio.
 Coordinadora de Organización y Modernización.

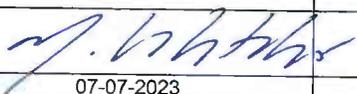
AUTORIZADO POR:



 Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz.
 Director de Cirugía.



 Dr. José Sifuentes Osornio.
 Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Mario Vilatobá Chapa	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Trasplantes	Director de Cirugía	Director de Cirugía
Firma:			
Fecha:	07-07-2023	07-07-2023	07-07-2023