



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

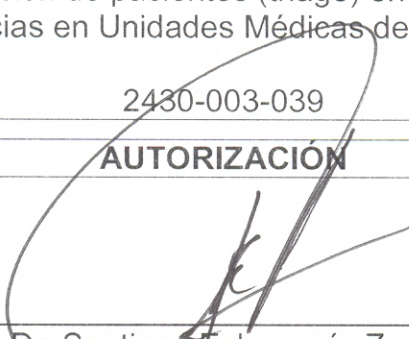
**NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO**

Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel

2430-003-039

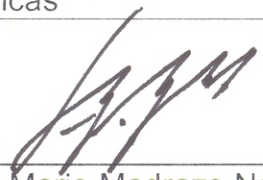
**AUTORIZACIÓN**

**Aprobó**

  
Dr. Santiago Echevarría Zuno  
Director de Prestaciones Médicas

**Revisó**

  
Dr. Fernando José Sandoval Castellanos  
Titular de la Unidad de Atención Médica

  
Dr. Mario Madrazo Navarro  
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

**Elaboró**

  
Dr. Enrique Romero Romero  
Jefe de la División de Apoyo a la Gestión

REVISIÓN	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.
Aprobó					
Revisó					
Elaboró					
Páginas					
Fecha					

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD  
VALIDADO Y REGISTRADO  
FECHA 02 JUL 2010 FOLIO 074



## **Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel**

### **1 Objetivos**

**1.1** Proporcionar al equipo de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel, las actividades para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias.

**1.2** Unificar las actividades operativas y administrativas para la atención médica en el Área de Clasificación de Pacientes (triage) del Servicio de Admisión Continua o Urgencias de las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel.

**1.3** Proporcionar al Jefe de Departamento o Servicio de Admisión Continua o Urgencias y al Coordinador Clínico de Turno los elementos para llevar a cabo la vigilancia del servicio.

### **2 Ámbito de aplicación**

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal de salud del Servicio de Admisión Continua o Urgencias de las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel.

### **3 Políticas**

**3.1** El personal de salud que realice las actividades de clasificación de pacientes (triage) cumplirá lo establecido en el Código de conducta del servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**3.2** El Director Médico y el Jefe de la División de la que dependa el Servicio de Admisión Continua o Urgencias, difundirán entre el personal del mismo, el presente procedimiento.

**3.3** El Director Médico y el Jefe de la División de la que dependa el Servicio de Admisión Continua o Urgencias conducirán en el ámbito de responsabilidad y nivel organizacional la implantación del presente procedimiento.

**3.4** El Director Médico, el Jefe de la División de la que dependa el Servicio de Admisión Continua o Urgencias y el Jefe de Departamento o Servicio del mismo vigilarán que el personal de salud realice las actividades conforme a lo establecido en el presente procedimiento e implementará las medidas correspondientes.

**3.5** El Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes solo clasificará a los pacientes y llenará el formato respectivo.

**3.6** El Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes no otorgará consulta en esta área, ni solicitará exámenes de laboratorio o imagenología.



**3.7** El Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes no expedirá incapacidades, ni prescribirá recetas ni medicamentos a granel.

**3.8** Todos los Médicos no Familiares del Servicio deben preferentemente rotar por el Área de Clasificación de Pacientes; cada 3 horas como un máximo y cuando no existan pacientes que clasificar, deberá realizar actividades en las Áreas de Primer Contacto y Observación.

**3.9** El Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes deberá de reclasificar a los pacientes que se encuentren en espera para recibir atención médica, considerando el número de pacientes, su clasificación inicial y los tiempos de espera, mayores a dos horas.

**3.10** El Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes, por ningún motivo rechazará a los pacientes que soliciten consulta al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, si se trata de una urgencia real deberá otorgarse atención hasta su estabilización, de conformidad con los lineamientos en la materia.

**3.11** El personal de salud del Servicio de Admisión Continua o Urgencias, informará al paciente, familiar o persona legalmente responsable, la clasificación en que se ubica el paciente para su atención, el tiempo probable de espera para recibir consulta e información de su estado de salud.

**3.12** Este procedimiento de clasificación de pacientes (triage) será aplicado en los hospitales de tercer nivel que por sus características de sus especialidades y servicios, poseen Servicio de Admisión Continua o Urgencias o en los otros cuando la demanda de pacientes que soliciten atención médica sea mayor a la capacidad instalada.

**3.13** El personal de salud tratará al paciente, familiar o persona legalmente responsable, con respeto, amabilidad y dignidad; se dirigirá en todo momento con un lenguaje claro y preciso que permita comprender las instrucciones.

**3.14** El personal de salud podrá asistir a programas y eventos de capacitación y educación continua, siempre que cumplan con los requisitos y lineamientos normativos para ello, que los contenidos académicos sean congruentes con su formación y desempeño laboral, que no interfieran con sus funciones de atención a los pacientes y una vez concluidos participará en las actividades académicas de la Unidad Médica Hospitalaria.

**3.15** Personal de salud deberá de cumplir con las principales indicaciones para la higiene de las manos dentro de su jornada de trabajo.

**3.16** El presente procedimiento puede ser modificado mediante el Método Específico de Trabajo, según las características de la Unidad Médica Hospitalaria de tercer nivel y previa autorización por el director.



**3.17** El presente procedimiento atiende el contenido de:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General en Salud.
- Ley del Seguro Social.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Norma Oficial Mexicana NOM 206-SSA1-2002 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM 197-SSA1-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA-2002. Protección ambiental-Salud, Ambiental-Residuos peligrosos biológico infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM 020-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-008.
- Norma que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de infecciones nosocomiales en las unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-017.
- Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención 2460-003-002.
- Código de conducta del servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Manual para observadores. Estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud 2006.



## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 abandono del Servicio de Admisión Continua o Urgencias:** Situación en la que el paciente se retira del servicio sin notificarlo.

**4.2 Admisión Continua o Urgencias:** Servicio de atención médica de urgencia de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, los cuales atiende las 24 horas del día los 365 días del año.

**4.3 alerta roja:** Conjunto de acciones iniciadas por el médico del Área de Clasificación de Pacientes, al detectar que alguno de ellos reúne los criterios para ser calificado dentro de las clases “rojo” o “naranja”, lo que activa la respuesta del personal de salud para alistarse a dar apoyo vital avanzado.

**4.4 Área de Clasificación de Pacientes:** Espacio destinado para clasificar a los pacientes, que preferentemente debe ubicarse en la entrada del Servicio de Urgencias.

**4.5 Área de Observación:** Espacio físico ubicado en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias, reservado para la valoración integral e internamiento de corta estancia menor a 8 horas del paciente; en donde se puede encontrar inmersa la Sección de Reanimación, de acuerdo a la estructura del hospital.

**4.6 Área de Primer Contacto:** Espacio físico ubicado en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias destinado a la valoración inicial de pacientes que solicitan atención médica. Incluye consultorio, espacio de internamiento de corta estancia de adultos y menores de edad; curaciones, yesos, suturas, rehidratación oral y control térmico.

**4.7 asegurado:** Trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto, en los términos de la Ley del Seguro Social.

**4.8 célula de traslado:** Es el equipo de salud que lleva a cabo el traslado de pacientes de una unidad hospitalaria a otra; esta integrada por un médico de traslado de pacientes, una enfermera de traslados de pacientes de urgencias y un técnico operador de ambulancia.

**4.9 clasificación de pacientes (triage):** Es el sistema de calificación de pacientes que acuden al Servicio de Urgencia y que tiene cinco clases de pacientes atendiendo a la gravedad del motivo de atención médica: reanimación, emergencia, urgencia, urgencia menor y sin urgencia.

**4.10 consulta a paciente de primera vez:** Individuo que se presenta con una nota médica de envío para valoración médica de alta especialidad.



**4.11 consulta a paciente espontáneo:** Individuo que solicita atención médica directamente en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias.

**4.12 consultorio:** Área reservada para la valoración del paciente de manera ambulatoria integral.

**4.13 dispensa de trámite:** Autorización para brindar atención médica fuera de zonificación.

**4.14 emergencia:** Estado clínico caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas y graves, que requieren atención médica dentro de los siguientes 10 minutos posteriores al arribo del paciente al Servicio de Urgencias del hospital, con de riesgo inminente para la función, el órgano o la vida. Se identificará con el color naranja.

**4.15 egreso voluntario:** Egreso del paciente del servicio de Admisión Continua o Urgencias, solicitado por el mismo paciente, familiar o persona legalmente responsable, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar y firmando que ha sido informado.

**4.16 IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.17 Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.18 Médico no Familiar tratante:** Médico que durante su jornada laboral interviene directamente en la atención médica del paciente.

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

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

**4.21 nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias u Hospitalización:** Documento expedido por un médico tratante, en el que informa el resultado de una valoración médica y plan diagnóstico y tratamiento.

**4.22 orden de Internamiento:** Solicitud mediante la cual el Médico no Familiar tratante indica por escrito el internamiento del paciente

**4.23 paciente desconocido:** Individuo que carece de identificación y que por su estado de conciencia no puede dar información sobre su persona y que nadie puede otorgar datos sobre su identidad.

**4.24 personal de salud:** Médico, Enfermera, Asistente Médica, Trabajadora Social y Auxiliar de Servicios de Intendencia.



**4.25 reanimación:** Estado clínico del paciente caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas y graves, que requieren atención médica inmediata desde su arribo al Servicio de Urgencias, con riesgo inminente para la función, el órgano o la vida. Se identificará con el color rojo.

**4.26 riesgo de trabajo:** Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

**4.27 Sección de Reanimación:** Lugar ubicado habitualmente en el Área de Observación, equipado y destinado para dar atención primaria de apoyo vital avanzado a pacientes con inestabilidad órgano-funcional aguda.

**4.28 señas particulares:** Cicatrices, tatuajes, hiper e hipo pigmentación de la piel características y deformidades físicas del cuerpo, ausencia de piezas dentarias, trastornos mentales o del lenguaje, diestro o zurdo, prótesis prendas de vestir, calzado y joyería o accesorios.

**4.29 Servicio de Admisión Continua o Urgencias:** Conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica. Para el Instituto, está conformado por tres Áreas: de Clasificación de Pacientes, de Primer Contacto y de Observación.

**4.30 sin urgencia:** Estado clínico del paciente caracterizado por posibles alteraciones órgano-funcionales subagudas o crónicas de baja o nula gravedad, que no implica riesgo a corto o mediano plazo para la vida, el órgano o la función y que puede ser atendida de manera ambulatoria en un término de 121 a 240 minutos. Se identificará con el color azul.

**4.31 triage:** Deriva de la palabra “trier” de origen francés que significa elegir, seleccionar, clasificar. Para el Instituto, es un procedimiento del Servicio de Urgencias, destinado a la clasificación de pacientes de acuerdo a la prioridad con que requiere atención médica, tomando como base a la gravedad de los trastornos de salud que presente el paciente.

**4.32 UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad.

**4.33 UMF:** Unidad de Medicina Familiar.

**4.34 urgencia:** Estado clínico del paciente caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas o subagudas de severidad moderada, que requieren atención médica dentro de los siguientes 11 a 60 minutos a partir de su arribo del paciente al Servicio de Urgencias y que tienen la potencialidad de afectación para la función, el órgano o la vida. Se identificará con el color amarillo.

**4.35 urgencia menor:** Estado clínico del paciente caracterizado por alteraciones órgano-funcionales subagudas o crónicas de baja gravedad, que requieren atención médica dentro de los siguientes 61 a 120 minutos posteriores a su arribo al Servicio de Urgencias y sin riesgo inminente para la función, el órgano o la vida. Se identificará con el color verde.



**4.36 urgencia real:** Situación de afectación a la salud del individuo que desde el punto de vista clínico-médico implica riesgo a corto plazo para la vida, el órgano o la función y que requiere atención médica oportuna en un plazo máximo de 2 horas.

**4.37 urgencia sentida:** Situación de afectación a la salud personal que el individuo o la familia percibe como amenazante, pero que desde el punto de vista clínico-médico no implica riesgo a corto plazo para la vida, el órgano o la función y que puede ser atendida de manera ambulatoria en un término mayor a las 2 horas.

**4.38 vigencia de derechos:** Documento oficial en donde se indica que el paciente tiene derecho a la atención médica por tener actualizado su registro institucional.





**5. Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel.**

Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de pacientes	1. Recibe al paciente y al familiar o a la persona legalmente responsable, realiza interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y la inspección del <i>habitus exterior</i> del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta.	
Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General del Área de Clasificación de Pacientes	2. Toma al paciente sus signos vitales: <ul style="list-style-type: none"><li>• temperatura corporal,</li><li>• tensión arterial,</li><li>• frecuencia cardíaca, o</li><li>• pulso cardíaco y</li><li>• frecuencia respiratoria,</li></ul> de acuerdo al contenido de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• “Instrucciones para la medición de la temperatura corporal” 2430-005-008 (anexo 1),</li><li>• “Instrucciones para la medición de la tensión arterial” 2430-005-009 (anexo 2),</li><li>• “Instrucciones para la medición de la frecuencia cardíaca” 2430-005-010 (anexo 3),</li><li>• “Instrucciones para la medición del pulso cardíaco” 2430-005-011 (anexo 4),</li><li>• “Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria” 2430-005-012</li></ul>	Instrucciones para la medición de la temperatura corporal 2430-005-008  Instrucciones para la medición de la tensión arterial 2430-005-009  Instrucciones para la medición de la frecuencia cardíaca 2430-005-010  Instrucciones para la medición del pulso cardíaco 2430-005-011  Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria 2430-005-012  Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091



Responsable	Actividad	Documentos involucrados																		
Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes	<p>(anexo 5), informa al Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes y los registra en el formato “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6).</p> <p>3. Requisita el formato “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6), con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo del paciente,</li><li>• Fecha y hora de la atención,</li><li>• Contenido del formato.</li></ul> <p>4. Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, y asigna un nivel y color de acuerdo a lo siguiente:</p> <table><tr><th>Clasificación</th><th>Color</th><th>Atención en minutos</th></tr><tr><td>Reanimación</td><td>Rojo</td><td>Inmediatamente</td></tr><tr><td>Emergencia</td><td>Naranja</td><td>Dentro de los primeros 10</td></tr><tr><td>Urgencia</td><td>Amarillo</td><td>30 a 60</td></tr><tr><td>Urgencia menor</td><td>Verde</td><td>61-120</td></tr><tr><td>Sin urgencia</td><td>Azul</td><td>121-240</td></tr></table> <p><b>En caso de que el paciente sea clasificado con color rojo o naranja se activa la alerta roja</b></p> <p>5. Avisa a la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias que el paciente pasa al Área de Observación y le entrega el formato “Clasificación de</p>	Clasificación	Color	Atención en minutos	Reanimación	Rojo	Inmediatamente	Emergencia	Naranja	Dentro de los primeros 10	Urgencia	Amarillo	30 a 60	Urgencia menor	Verde	61-120	Sin urgencia	Azul	121-240	<p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p> <p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p>
Clasificación	Color	Atención en minutos																		
Reanimación	Rojo	Inmediatamente																		
Emergencia	Naranja	Dentro de los primeros 10																		
Urgencia	Amarillo	30 a 60																		
Urgencia menor	Verde	61-120																		
Sin urgencia	Azul	121-240																		



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o responsable del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	<p>pacientes (triage)" 2430-021-091 (anexo 6) y le informa que se trata de un probable riesgo de trabajo, según el caso.</p> <p>Continúa en la actividad número 13 del presente procedimiento.</p> <p>6. Avisa a la Enfermera Jefe de Piso o responsable del Servicio de Admisión Continua o Urgencias y a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General que el paciente pasa al Área de Observación.</p> <p>7. Recibe la información y, en caso de existir Auxiliar de Servicios de Intendencia, solicita su presencia con una camilla</p> <p>8. Avisa a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General del Área de Observación que prepare el equipo y material de acuerdo al caso.</p>	
Auxiliar de Servicios de Intendencia	<p>9. Recibe la información, traslada al paciente al Área de Observación, donde se va a proporcionar la atención médica acompañado de la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General y del Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes y lo instala en la cama o camilla.</p>	
Médico no Familiar responsable y Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General del Área de Clasificación de Pacientes	<p>10. Acompañan al paciente al Área de Observación o al Servicio de Toco-cirugía y lo entregan al Médico no Familiar responsable y a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera del Área de Observación.</p> <p>11. Informan al paciente, familiar o persona legalmente responsable, su traslado al Área de Observación para continuar su atención médica.</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	12. Indican al familiar o persona legalmente responsable que pase con la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias para proporcionar información del paciente, con la "Cartilla de salud y citas médicas" y una "Identificación oficial" que lo acredite como derechohabiente.	Cartilla de salud y citas médicas Identificación oficial
	13. Recibe del Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes el formato "Clasificación de pacientes (triage)" 2430-021-091 (anexo 6) y el informe verbal de que se trata de un asegurado con probable riesgo de trabajo.	Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091
	14. Recibe al familiar o persona legalmente responsable, identifica el motivo de solicitud de atención médica y le solicita la información que se requiera:	Cartilla de salud y citas médicas Identificación oficial
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Cartilla de salud y citas médicas" del paciente e</li> <li>• "Identificación oficial" del paciente, de preferencia.</li> </ul>	
	15. Recaba el formato, según el caso:	Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111 (anexo 7) o</li> <li>• "Nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias u Hospitalización en el formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72", o</li> <li>• "Nota de traslado";</li> </ul> <p>Sí es enviado de otra unidad médica del Instituto o de otra institución del Sector Salud.</p>	Notas médicas y prescripción 4-30-128/72  Nota de traslado
	16. Comprueba la vigencia de derechos del paciente en el formato "Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-111 (anexo 7) o "Nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	<p>u Hospitalización” contenida en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.</p> <p>17. Requisita el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo del paciente,</li><li>• Número de seguridad social y agregado.</li></ul> <p>NOTA: En caso de no contar con vigencia de derechos en lugar del NSS escribir diez ceros en esa posición y como agregado cero, la letra del sexo que corresponda y las dos últimas cifras del año de nacimiento y las letras ND.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Domicilio completo,</li><li>• Número telefónico,</li><li>• UMF de adscripción,</li><li>• Edad,</li><li>• Fecha,</li><li>• Hora de recepción,</li><li>• Número de folio correspondiente a la atención otorgada, de acuerdo al formato “Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72” 2430-021-092 (anexo 8).</li><li>• Nombre de la empresa en donde labora, en su caso.</li></ul> <p><b>Es probable riesgo de trabajo</b></p> <p>18. Requisita en original y tres copias el “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo</p>	<p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p> <p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p> <p>Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72 2430-021-092</p> <p>Aviso de atención médica inicial y calificación de</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	<p>ST-7” los recuadros del número 1 al X y lo entrega al Médico no Familiar del Área de Primer Contacto.</p> <p>* NOTA: Para requisitar este formato consulte el instructivo de llenado contenido en el Procedimiento para la calificación de los accidentes de trabajo 2320-003-009</p> <p>19. Anexa los formatos “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y el “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7”, según el caso a los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6),</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-111 (anexo 7) o</li><li>• “Nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias u Hospitalización, o</li><li>• “Nota de traslado”, en su caso,</li></ul> <p>y asigna Médico no Familiar.</p> <p>Continúa en la actividad 21 del presente procedimiento</p> <p><b>Sí no cuenta con vigencia de derechos o es no derechohabiente o cuenta con compañía aseguradora</b></p>	<p>probable riesgo de trabajo ST-7</p> <p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p> <p>Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7</p> <p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p> <p>Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111</p> <p>Nota de Traslado</p>
	<p>20. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre el pago que debe efectuar por la consulta médica de urgencias otorgada.</p> <p>Inicia el Procedimiento para la recuperación de gastos por consulta</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	<p>médica de urgencias no calificada, otorgada a no derechohabientes.</p> <p>Inicia el Procedimiento para la recuperación de gastos por atención médica proporcionada a lesionados en accidentes ocurridos en los tramos carreteros contemplados en el convenio de coordinación de servicios de atención médica suscrito por el Instituto Mexicano del Seguro Social, caminos y puentes federales de ingresos y servicios conexos y compañía (s) aseguradora (s) 6021-003-002.</p> <p>21. Transcribe los datos del paciente en el formato "Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72" 2430-021-092 (anexo 7), y llena los apartados correspondientes al ingreso del paciente.</p> <p>22. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o responsable del Servicio de Admisión Continua o Urgencias, la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72"</li><li>• "Clasificación de pacientes (triage)" 2430-021-091 (anexo 6),</li><li>• "Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-111 (anexo 7) o</li><li>• "Nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias u Hospitalización", o</li><li>• "Nota de traslado", en su caso</li><li>• "Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7", en su caso.</li></ul>	<p>Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72 2430-021-092</p> <p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p> <p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p> <p>Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111</p> <p>Nota de traslado</p> <p>Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o responsable del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	<p>23. Recibe de la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias, los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”</li> <li>• “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6),</li> <li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-111 (anexo 7) o</li> <li>• “Nota médica de egreso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias u Hospitalización, o</li> <li>• “Nota de traslado”, en su caso,</li> <li>• “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7”, en su caso.</li> </ul> <p>y los entrega a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General responsable del paciente, del Área de Observación.</p> <p>Continúa en la actividad 26 del presente procedimiento</p> <p><b>Paciente desconocido</b></p>	<p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p> <p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p> <p>Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111</p> <p>Nota de traslado</p> <p>Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7</p>
Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes	<p>24. Registra en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, los siguientes datos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo,</li> <li>• Edad aproximada</li> <li>• Cómo arribó al servicio</li> <li>• Señas particulares</li> </ul>	<p>Notas médicas y prescripción 4-30-128/72</p>





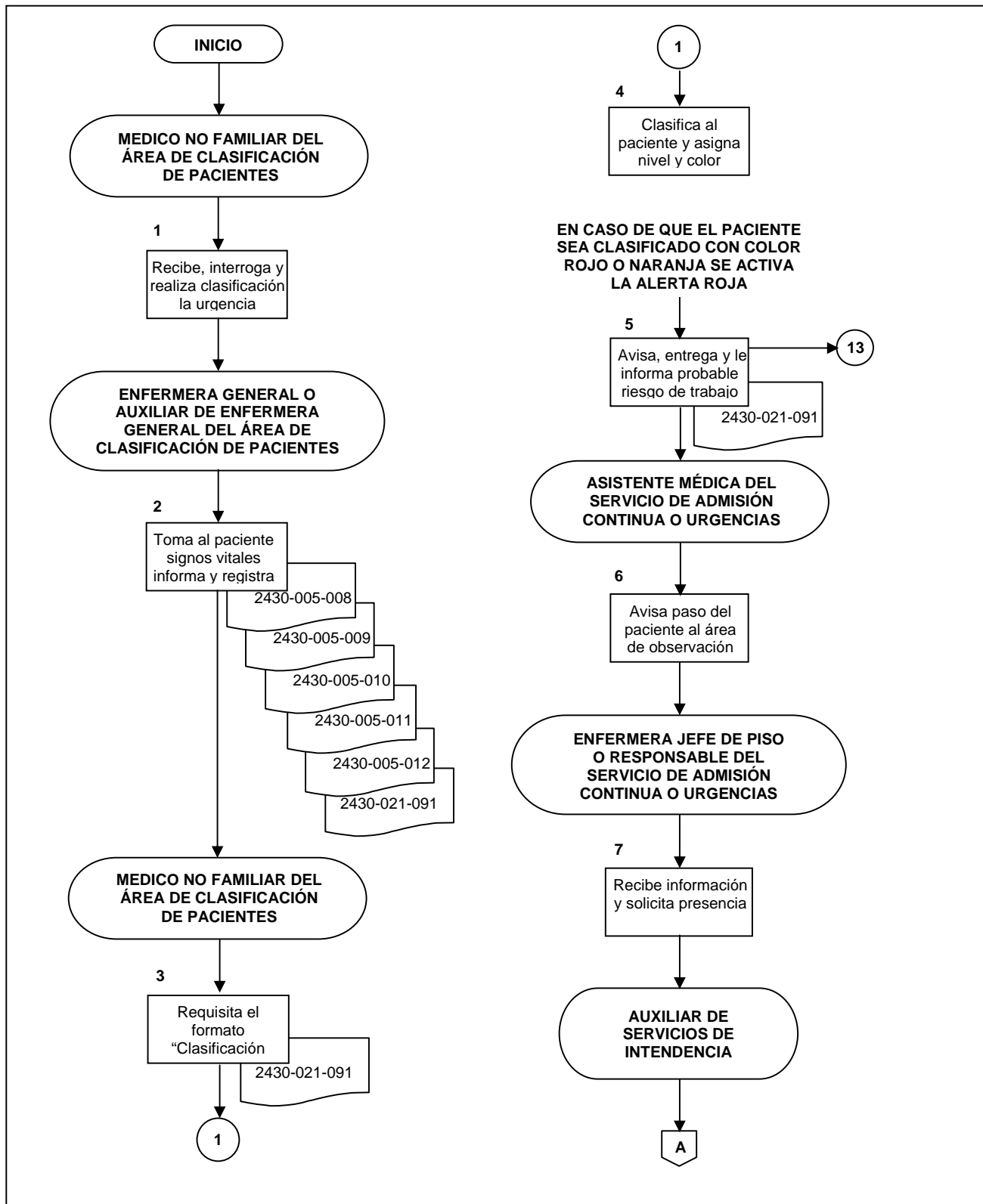
Responsable	Actividad	Documentos involucrados												
Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General del Área de Clasificación de Pacientes	25. Avisa a la Trabajadora Social para que realice las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"><li>• Búsqueda de documentos de identificación del paciente,</li><li>• Localización de familiares,</li><li>• Resguardo de valores del paciente.</li></ul> Inicia el Procedimiento para el control de valores y ropa de pacientes que son atendidos en los Servicio de Urgencias y Hospitalización 2660 003 031.													
Trabajadora Social	26. Acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, realiza búsqueda de documentos de identificación del paciente y recaba la información para la localización de sus familiares.  <b>En caso de que el paciente sea clasificado con color amarillo, verde o azul</b>													
Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes	27. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable el tiempo aproximado en el que continuará su atención médica de acuerdo a lo siguiente: <table><tr><th>Clasificación</th><th>Color</th><th>Atención en minutos</th></tr><tr><td>Urgencia</td><td>Amarillo</td><td>30 a 60</td></tr><tr><td>Urgencia menor</td><td>Verde</td><td>61-120</td></tr><tr><td>Sin urgencia</td><td>Azul</td><td>121-240</td></tr></table> de acuerdo a la gravedad y severidad del padecimiento y que espere hasta ser atendido.	Clasificación	Color	Atención en minutos	Urgencia	Amarillo	30 a 60	Urgencia menor	Verde	61-120	Sin urgencia	Azul	121-240	
Clasificación	Color	Atención en minutos												
Urgencia	Amarillo	30 a 60												
Urgencia menor	Verde	61-120												
Sin urgencia	Azul	121-240												
	28. Indica al paciente o familiar o persona legalmente responsable que pase con la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias para proporcionar	Cartilla de salud y citas médicas Identificación oficial												

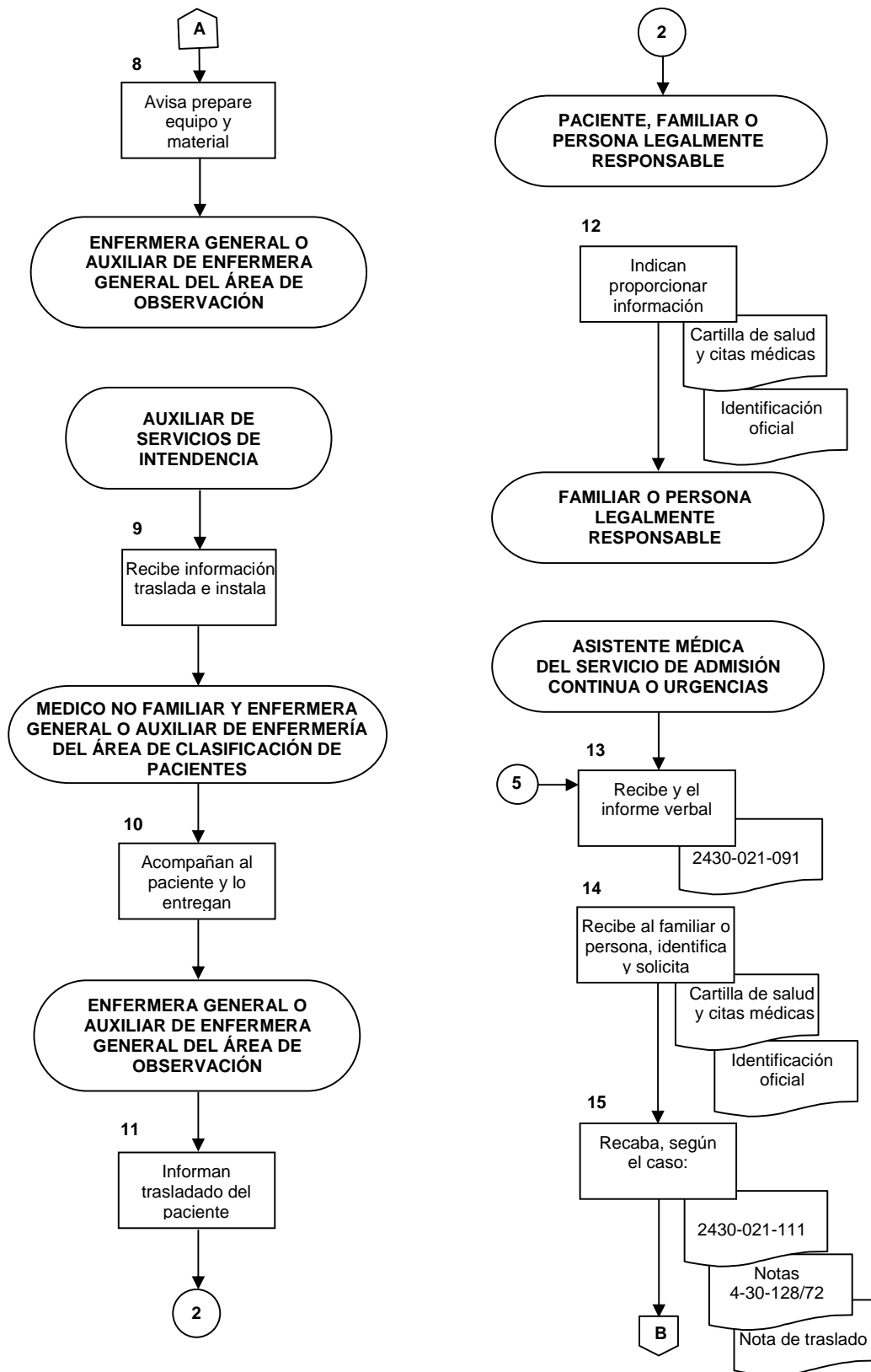


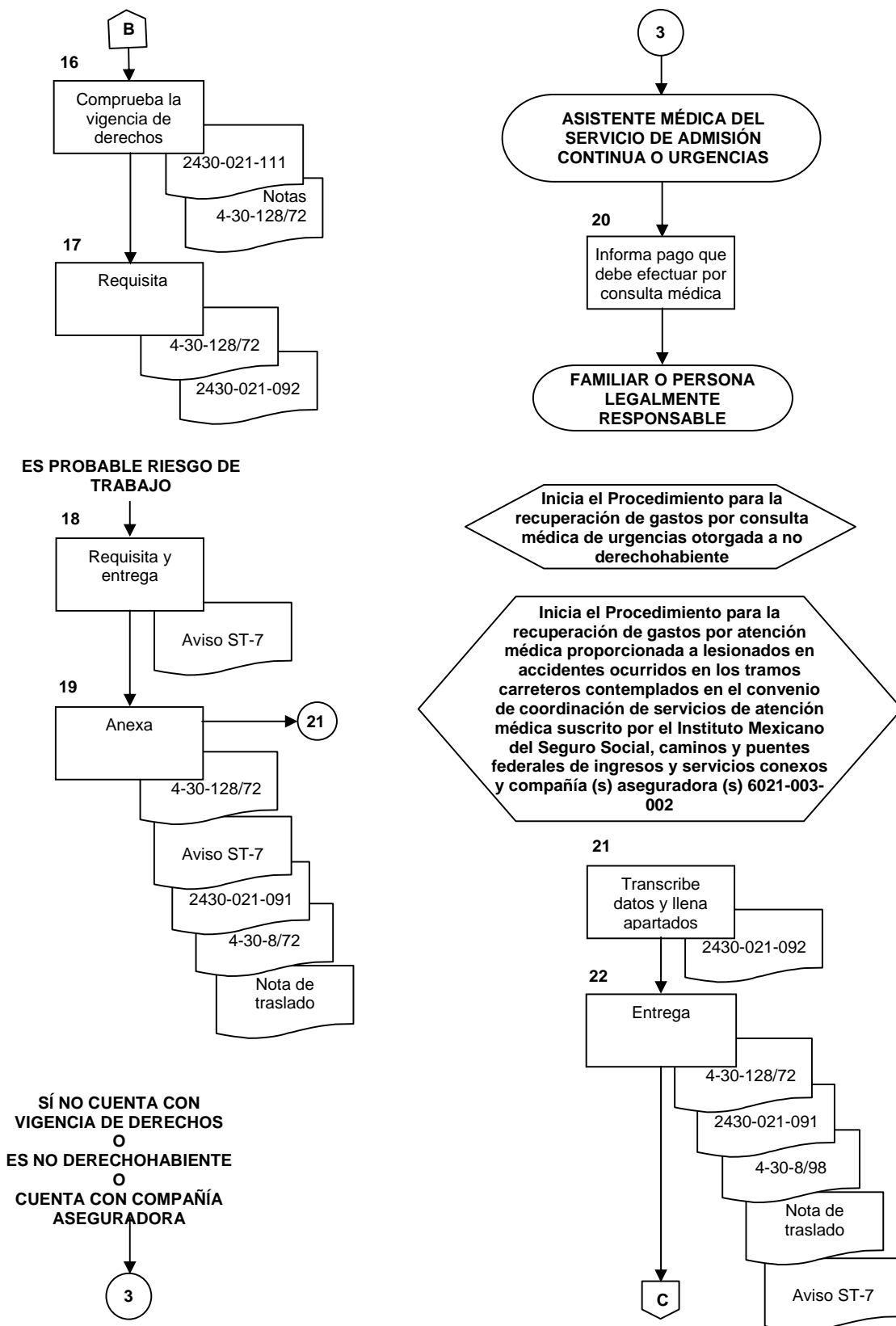
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	<p>información del paciente y que presente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Cartilla de salud y citas médicas” del paciente e</li><li>• “Identificación oficial” preferentemente.</li></ul> <p>29. Avisa a la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias que el paciente fue clasificado con color amarillo, verde o azul y que pasará al Área de Primer Contacto y le entrega el formato “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6).</p> <p>30. Recibe del Médico no Familiar responsable del Área de Clasificación de Pacientes el formato “Clasificación de pacientes (triage)” 2430-021-091 (anexo 6).</p> <p>31. Recibe del paciente, o familiar o persona legalmente responsable la información necesaria e identifica el motivo de la atención médica.</p> <p><b>Sí no cuenta con vigencia de derechos</b> <b>o</b> <b>es no derechohabiente</b> <b>o</b> <b>cuenta con compañía aseguradora</b></p> <p>Realiza actividad número 20 del presente procedimiento.</p> <p><b>Fin del procedimiento</b></p>	<p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p> <p>Clasificación de pacientes (triage) 2430-021-091</p>

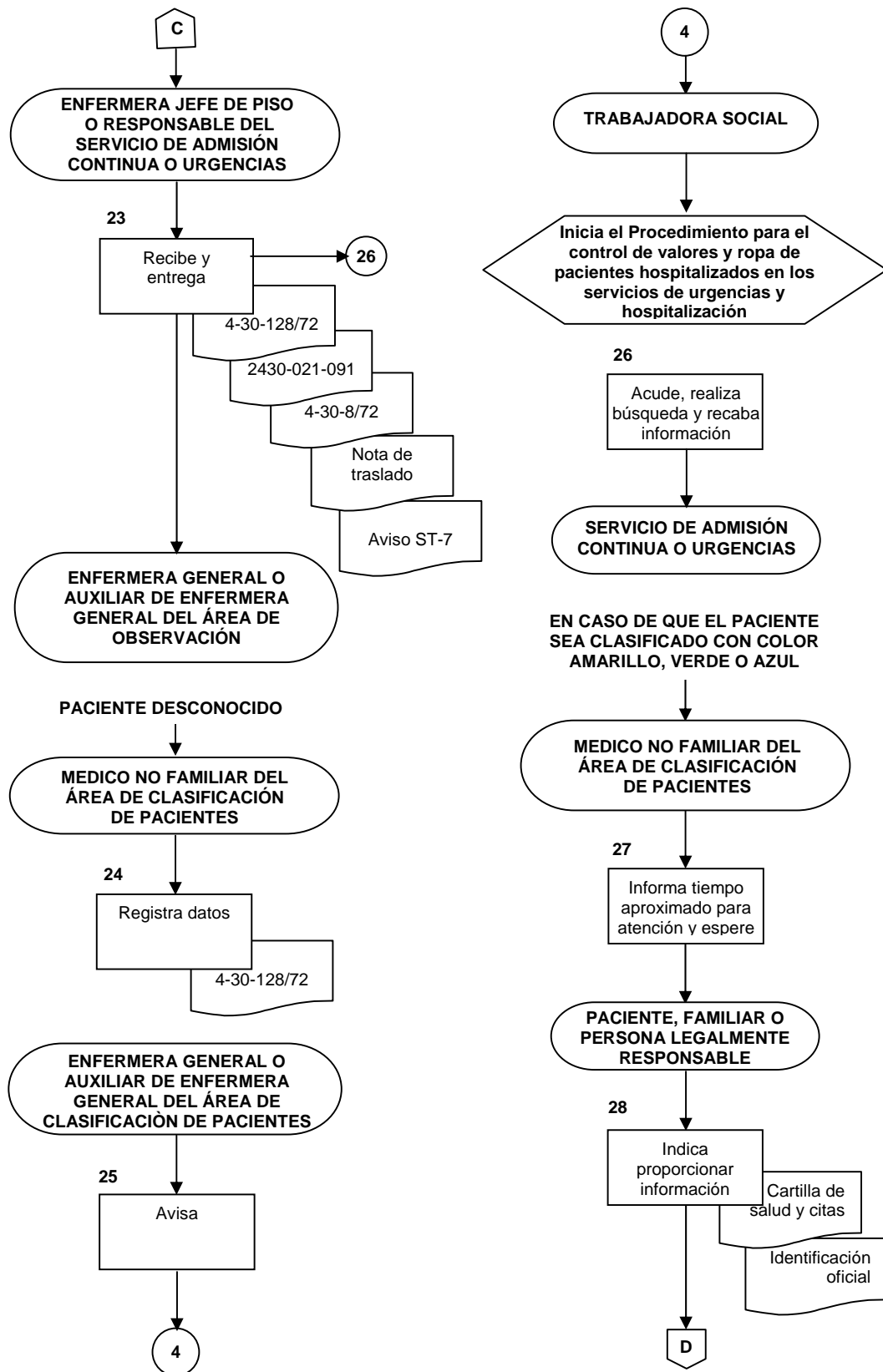


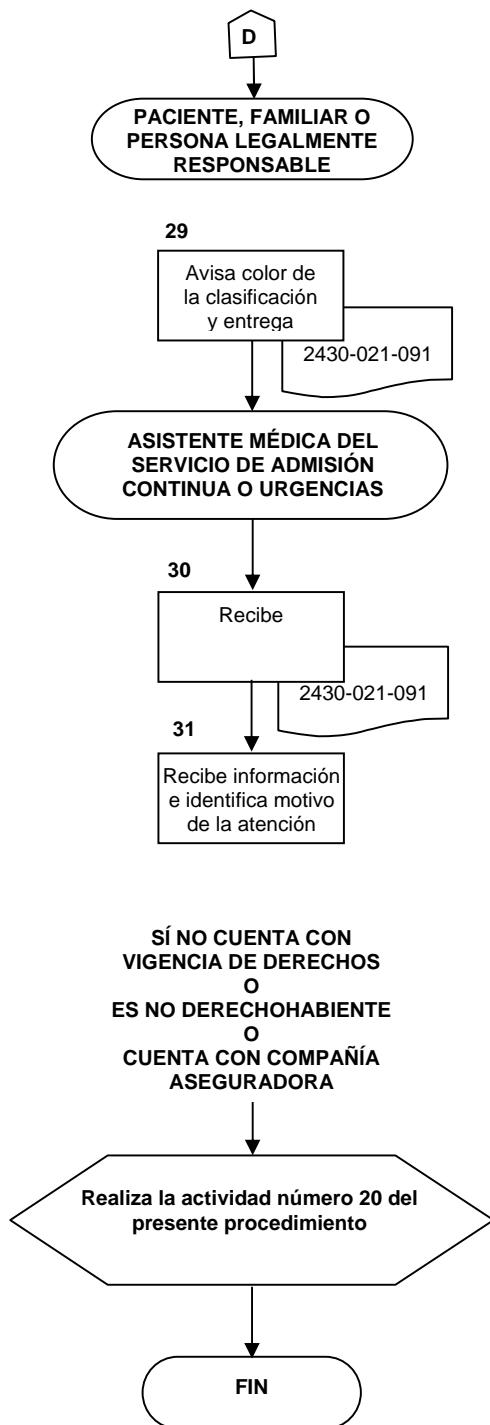
**6. Diagrama de flujo del procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel.**













**Relación de documentos que intervienen en el procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel**

Clave	Título del documento	Observaciones
2430-005-008	"Instrucciones para la medición de la temperatura corporal"	anexo 1
2430-005-009	"Instrucciones para la medición de la tensión arterial"	anexo 2
2430-005-010	"Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca"	anexo 3
2430-005-011	"Instrucciones para la medición del pulso cardiaco"	anexo 4
2430-005-012	"Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria"	anexo 5
2430-021-091	"Clasificación de pacientes (triage)"	anexo 6
2430-021-111	Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98	Anexo 7
2430-021-092	"Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72"	anexo 8





## **Anexo 1**

### **“Instrucciones para la medición de la temperatura corporal”**



## MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

### CONCEPTO

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades bucal o rectal, región axilar o inguinal.

Toma de temperatura axilar o inguinal. Es la medición de la temperatura corporal en el área axilar o inguinal obteniendo una temperatura media representativa de los tejidos orgánicos centrales.

### OBJETIVOS

Valorar el estado de salud o enfermedad.

Coadyuvar a establecer un diagnóstico de salud.

Detectar cambio en la temperatura superficial corporal.

Obtener el grado temperatura corporal de forma segura y no invasiva.

### PRINCIPIO

La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción y las pérdidas de calor; el calor se pierde por radiación, conducción y evaporación de agua a través de las vías respiratorias.

Los termo-receptor se encuentran por debajo de la superficie cutánea, la glándula sudorípara de la axila, ingle y regiones subyacentes están influidas por el estado emocional del individuo actividad muscular y procesos patológicos.

En la superficie de la piel, el valor normal de la temperatura varía entre 36.2°C y 37.2°C. Conocer la cifra de calor corporal es de vital importancia sobre todo en los niños por las variaciones que estos presentan por su lividez y evitar lo extremos de ésta, para asegurarnos de mantener una perfusión tisular adecuada.

La temperatura es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo.

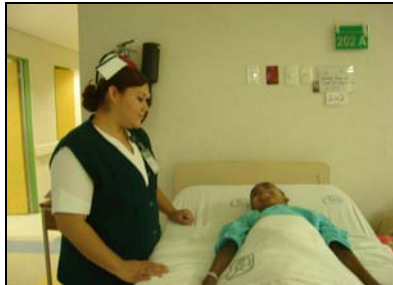


### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- La temperatura axilar es la mas segura para los recién nacidos. En un lactante o un niño pequeño puede ser necesario mantener el brazo contra el costado del mismo, mientras se mide la temperatura axilar.
- Utilizar termómetro individual si se trata de un paciente con un padecimiento transmisible.






2430-005-008






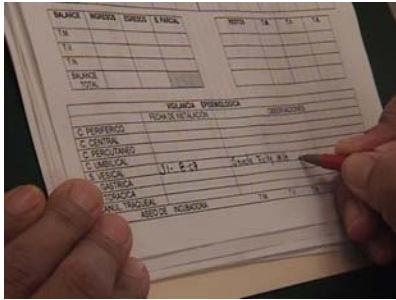

### Instrucciones para la medición de la temperatura

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la temperatura axilar o inguinal que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	<p>3. Integre el material y equipo necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Termómetros,</li><li>• Dos porta termómetros:<ul style="list-style-type: none"><li>a. Uno con membrete de "limpios"</li><li>b. El otro con el membrete de "sucios"</li></ul></li><li>• Torundas secas y con alcohol al 70%;</li><li>• Formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86" 2660 009 054 y</li><li>• Bolígrafo.</li></ul> <p>NOTA: Los termómetros son artículos no críticos por tal motivo no requieren estar en solución antiséptica, solo se requiere lavar y desinfectar con alcohol.</p>	





ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	
	5. Confirme que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado ejercicio en los últimos 30 minutos.	
	6. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento y colóquelo en decúbito y posición sedente.	
	7. . Extraiga el termómetro del porta termómetros limpios y desinfecte con una torunda alcoholada y verifique que el mercurio se encuentre por debajo de 34°C, en caso contrario, hacer descender la columna de mercurio mediante un ligero sacudimiento.	
	8. Seque la axila o ingle con torunda seca y coloque el bulbo del termómetro en el centro de la axila o en la ingle.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Coloque el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax, con el fin de mantener el termómetro en su lugar.	
	10. Deje el termómetro de 3 a 5 minutos en la axila o en la ingle y retire.	
	11. Haga la lectura del termómetro y sacuda el termómetro para bajar la escala de mercurio e introdúzcalo en el porta termómetro membretado con "sucios".	
	12.. Regístrela en el formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)" 2660 009 054.	
	13.. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo de termometría para su próximo uso.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	14. Lave posteriormente los termómetros con agua y jabón, colóquelos en el porta termómetro membretado con "limpios".	
	15. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007".	
	<b>Fin de las instrucciones</b>	



## **Anexo 2**

### **“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”**



## **MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

### **CONCEPTO**

Es la medición de la resistencia que ofrecen las paredes de las arterias con relación a la intensidad del flujo sanguíneo, determinada por la aplicación de una técnica de evaluación de la tensión arterial sistólica y diastólica mediante el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, para valorar el estado clínico del paciente.

Está controlada por la fuerza de contracción del corazón, la cantidad de sangre bombeada en cada latido y la facilidad con la que la sangre fluye a través de los vasos sanguíneos. El periodo de contracción muscular cardíaca se llama sístole y el de relajación diástole.

Zonas indicadas para la medición de la tensión arterial

- Arteria radial
- Arteria cubital
- Arteria poplítea.
- Arteria tibial posterior.

### **OBJETIVOS**

- Conocer el estado de salud del paciente a través de la medición de la tensión arterial, con énfasis en su condición hemodinámica.
- Detectar con oportunidad alteraciones que puedan poner en riesgo la vida del paciente como hemorragia, deshidratación, efectos adversos a medicamentos, hipertensión, estado de choque, entre otros.
- Evaluar el resultado de algunos tratamientos.

### **PRINCIPIOS**

La tensión arterial es uno de los signos vitales que permiten evaluar el estado de salud de una persona y puede ser afectada por diversos factores como: dolor, hemorragia, estrés, posición corporal.

La tensión arterial mide tanto la tensión sistólica como la diastólica. La primera es la más elevada y representa la cantidad de fuerza que se lleva para bombear la sangre hacia fuera del corazón y dentro la circulación arterial. La segunda es la más baja y refleja de la presión en arterias cuando el músculo cardíaco se relaja.

La transmisión de microorganismos nosocomiales puede llevarse a cabo si no se efectúan las medidas adecuadas para mantener limpio el equipo y las manos del personal descontaminadas, ya sea mediante el lavado de manos o su descontaminación con productos como alcohol-gel.

**2430-005-009**





## MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PRETECCION

- Usar instrumentos limpios y con las manos limpias.
- Usar un brazalete de tamaño adecuado al paciente (cubrir las dos terceras partes del brazo).
- Revisar que el brazalete y manguito no tenga roturas, fugas o acodamientos.
- Preferentemente realizar la medición en los miembros superiores y solo cuando no sea posible realizarlo en los miembros inferiores.
- Identificar el pulso antes de colocar el estetoscopio.
- Repetir el procedimiento cuando exista duda en las cifras identificadas.
- Retirar el brazalete del paciente una vez terminado el procedimiento, aún cuando la medición sea frecuente.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES





1.- Las lecturas sistólicas en el área poplítea por lo general se encuentran 10 a 40 mm Hg. por encima de las lecturas braquiales.

2.- Comunicar de inmediato al médico responsable del paciente cuando las lecturas reflejan un cambio de 20 mm Hg en la diastólica, de acuerdo a los límites normales, tomando en consideración el sexo y en la sistólica cuando la cifra sea menor a 60mm Hg.






3.- Si la tensión arterial era previamente audible y desaparece la audición y sólo se palpa, comunicar de inmediato al médico y vigilar estrechamente los signos vitales del paciente (tensión arterial, pulso y respiraciones cada 5 a 10 minutos).



### Instrucciones para la medición de la tensión arterial

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Preséntese con el paciente o familiar o persona legalmente responsable y explique de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la tensión arterial que se le va a realizar y su propósito.	
	2. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none"><li>• Esfigmomanómetro de mercurio, aneroides o electrónico con brazalete de acuerdo al tipo de paciente (neonato, lactante, preescolar o adulto);</li><li>• Estetoscopio (neonatal, pediátrico o adulto);</li><li>• Torundas con alcohol al 70%;</li><li>• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería, según corresponda,</li><li>• Bolígrafo.</li></ul>	
	3. Asegúrese de que la medición de la tensión arterial se lleve a cabo en un ambiente tranquilo y de confianza para el paciente.	
	4. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	


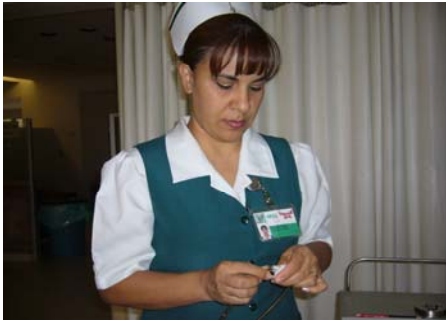




ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. Prepare y traslade el equipo al lugar donde se encuentre el paciente y coloque la caja del esfigmomanómetro en una mesa cercana, de tal forma que la escala sea visible por la persona que toma la tensión arterial.	
	6. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	7. Indíquelo o coloque al paciente en una posición cómoda, ya sea acostado o sentado y coloque el brazo apoyándolo en la cama o mesa.	
	8. Instale el brazalete alrededor del brazo del paciente, con el borde inferior a 2.5 por encima de la articulación del codo, sin apretar.	
	9. Colóquese el estetoscopio en los conductos auditivos externos, con las olivas hacia adelante.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	10. Localice con las puntas de los dedos medio e índice la pulsación más fuerte por debajo del borde inferior del brazalete, coloque la campana del estetoscopio en ese lugar, abarcando totalmente con la membrana la piel sin presionar, procure que no quede por debajo del brazalete, sostenga la perilla de caucho con la mano contraria y cierre la válvula del tornillo.	
	11. Insufle el brazalete hasta que el mercurio se eleve de 20 a 30 mm. Hg. por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria no se escuche.	
	12. Afloje cuidadosamente el tornillo de la perilla y permita que el aire escape lentamente, manteniendo fija la vista en la columna de mercurio; escuche el primer latido claro y rítmico, que marca la tensión sistólica, cuando escuche que el sonido agudo cambia por un golpe amortiguado hasta desaparecer, indica la tensión diastólica.	
	13. Abra completamente la válvula, y permita que escape todo el aire del brazalete y retírelo.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	14. Registre las cifras en el formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería, según corresponda y analice el comportamiento en relación con registros previos.	
	15. Limpie los auriculares y la membrana de la campana del estetoscopio con una torunda alcoholada. descontamine el equipo utilizado, asegurando que las olivas y la membrana del estetoscopio queden limpias.	
	16. Asegúrese que el paciente se encuentre cómodo y en un ambiente tranquilo al terminar la medición de la tensión arterial.	
	17. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007".	
	<b>Fin de las instrucciones</b>	



### **Anexo 3**

#### **“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”**



## **MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA**

### **CONCEPTO**

Es el procedimiento para medir en un minuto la contracción del ventrículo izquierdo en cada latido cardiaco, transmitido a través de las arterias, producido por el aumento del volumen de sangre impulsado hacia ella. La frecuencia cardiaca varía según la edad del paciente.

### **OBJETIVO**

Identificar las variaciones dentro de la normalidad corporal de la frecuencia cardiaca.  
Describir el sistema de la frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.

### **PRINCIPIOS**

La función cardiaca, se considera un signo vital y se mide por sistema para valorar la salud general. En el se aprecian la frecuencia cardiaca (número de latidos por minuto), el ritmo (patrón regulador de los latidos) y volumen (cantidad de sangre bombeada en cada latido).

### **CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- El personal asistencial de los pacientes que toman determinadas medicaciones cardiotónicas o antiarrítmicas debe aprender a valorar las frecuencias de pulso apical para detectar los efectos secundarios de las medicaciones.
- El punto de máximo impulso de un lactante suele localizarse entre el tercer y cuarto espacio intercostal junto al borde esternal izquierdo.

2430-005-010






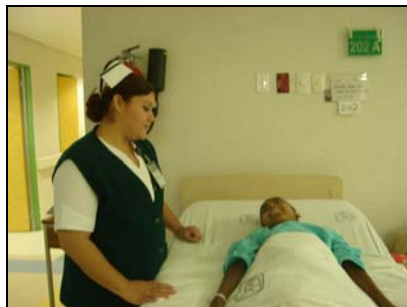


**Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca**





ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la frecuencia cardiaca que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none"><li>• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,</li><li>• Estetoscopio,</li><li>• Torundas con alcohol,</li><li>• Formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86" 2660 009 054</li><li>• Bolígrafo.</li></ul>	
	4. Prepare y traslade el equipo al lugar donde se encuentre el paciente.	





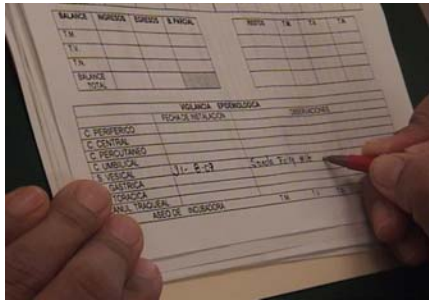



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Indíquele al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	7. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal, desplace a un lado la ropa de cama y la bata y exponga la región esternal y el lado del tórax.	
	8. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento.	




ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Coloque la campana del estetoscopio, con la membrana sobre la palma de la mano durante 5 a 10 segundos, y colóquese el estetoscopio en los conductos auditivos externos, con las olivas hacia delante.	
	10. Coloque la membrana del estetoscopio entre 3er y 4to espacio intercostal izquierdo del paciente.	
	11. Cuento la frecuencia cardiaca durante 60 segundos, utilizando reloj con segundero, estudie al mismo tiempo ritmo e intensidad de los ruidos cardíacos.	
	12. Retire el estetoscopio.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	13. Vuelva a colocarle la bata al paciente y la ropa de cama o ayúdele a vestirse según sea el caso.	
	14. Limpie los auriculares y la membrana de la campana del estetoscopio con una torunda con alcohol en los casos necesarios.	
	15. Registre la cifra en el formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86" 2660 009 054.	
	16. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo para su próximo uso.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	17. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007".	
	<b>Fin de las instrucciones</b>	



## **Anexo 4**

### **“Instrucciones para la medición del pulso cardiaco”**



## **MEDICIÓN DEL PULSO CARDIACO**

### **CONCEPTO**

El pulso es la sensación táctil que aporta el flujo sanguíneo o durante su recorrido por cualquier arteria y se mide contando los números de latidos o pulsaciones por minuto.

Los sitios para tomar el pulso son los correspondientes a las arterias temporal, facial, carótida, subclavia, braquial, radial, cubital, femoral, popítelea y pedía.

### **OBJETIVO**

Determinar si la frecuencia del pulso esta dentro de los limites normales y sigue el ritmo regular.

### **PRINCIPIO**

Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardiacas.

La contracción o expansión de la arteria hacen que la sangre se mueva en forma de ondas en su trayecto hacia los capilares. La rama ascendente de la onda del pulso corresponde a la sístole o fase de trabajo del corazón: la rama descendente pertenece a la diástole o fase de reposo cardiaco.





### **CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- Frecuencia. Es el número de pulsaciones percibidas durante una unidad de tiempo.
- Ritmo. Es la uniformidad del pulso y abarca la igualdad entre la onda de regularidad y su frecuencia.
- Amplitud. Es la dilatación percibida en la arteria al paso de la onda sanguínea.
- Volumen. Esta determinado por la amplitud de la onda del pulso, la fuerza del latido cardiaco y del estado de las paredes arteriales. Si el volumen es normal el pulso será amplio y si el volumen disminuye el pulso será débil, filiforme y vacilante.
- Tensión: es la resistencia ofrecida por la pared arterial al paso de la onda sanguínea.
- Los cambios de la tensión del pulso indican modificaciones en esta.

2430-005-011







### Instrucciones para la medición del pulso cardiaco

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición del pulso que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none"><li>• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,</li><li>• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86) 2660 009 054,</li><li>• Bolígrafo.</li></ul>	
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	



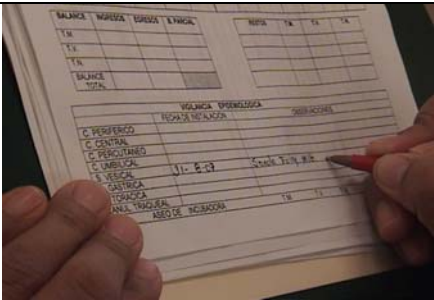





ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal.	
	7. Indique al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	8. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento y colóquele el brazo apoyado en la cama o mesa, exponga el brazo entero y después acomódelo a la altura de corazón del paciente.	





ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Localice con la punta de los dedos índice, medio y anular la pulsación de la arteria elegida, y oprima con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.	
	10. Perciba los latidos del pulso y cuéntelos durante un minuto, utilizando reloj con segundero.	
	11. Registre la cifra en el formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)" 2660 009 054.	
	12. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	<b>Fin de las instrucciones</b>	



## **Anexo 5**

### **“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”**



## MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

### CONCEPTO

Es el procedimiento que se realiza para conocer el traslado del oxígeno a los tejidos corporales y el egreso de bióxido de carbono, constituida por dos fases inspiración y expiración.

### OBJETIVOS

Identificar alteraciones respiratorias.  
Valorar tipo, patrón y profundidad de la respiración.  
Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

### PRINCIPIO

El centro respiratorio del bulbo raquídeo encefálico y los valores de bióxido de carbono en la sangre, controlan la frecuencia y profundidad de la respiración.





### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Es importante ver discretamente las respiraciones del paciente.
- Si la persona se da cuenta que se le esta observando su respiración, será difícil que conserve su patrón respiratorio normal.
- Observar los movimientos del tórax y escuchar los ruidos respiratorios.
- Establecer valores basales de frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones.
- Si se observa alguna anomalía en la respiración del paciente será necesario comunicárselo al médico de inmediato.





2430-005-012







### Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la frecuencia respiratoria que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007", y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none"><li>• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,</li><li>• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86) 2660 009 054,</li><li>• Bolígrafo</li></ul>	
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	




ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Indíquele que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	7. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal, en lo posible la respiración debe ser contada sin que él se percate de ello.	
	8. Tome un brazo del paciente y colóquelo sobre el tórax, ponga un dedo en la muñeca de su mano, como si estuviera tomando el pulso.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Observe los movimientos respiratorios del paciente y examine el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.	
	10. Cuente las respiraciones durante un minuto.	
	11. Registre la cifra en el formato "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)" 2660 009 054.	
	12. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo para su próximo uso.	



ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	13. Lave sus manos de acuerdo a las "Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007".	
	<b>Fin de las instrucciones</b>	



## **Anexo 6**

### **“Clasificación de pacientes (triage)”**





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

**CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (TRIAGE)**

**DATOS GENERALES**

1

Unidad Médica Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellidos paterno, materno y nombre(s))

**SIGNOS VITALES**

2

Tensión arterial: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_ °C Frecuencia cardíaca o pulso: \_\_\_\_ X Min. Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_ X Min.

**PRIMERA SECCIÓN**

3

Evalúa la necesidad de atención inmediata

Parámetro	Ausente	Presente
Pérdida súbita del estado de alerta		31
Apnea		31
Ausencia de pulso		31
Intubación de vía respiratoria		31
Angor o equivalente		31
		Puntaje

**SEGUNDA SECCIÓN**

4

Evalúa el motivo de atención y algún otro dato relevante que se detecte en el paciente

PARÁMETRO	PUNTAJE				PUNTAJE
	0	5	10	15	
Traumatismo	Ausente	Menor	Moderado	Mayor	
Herida(s)	Ausente	Superficial	No Penetrante	Extensa-Profunda	
Aumento del trabajo respiratorio	Ausente	Leve	Moderado	Severo	
Cianosis	Ausente	Leve	Moderada	Severa	
Palidez	Ausente	Leve	Moderada	Severa	
Hemorragia	Ausente	Inactiva-Leve	Moderada	Severa	
Dolor (Escala análoga visual 0-10)	0	1-4/10	5-8/10	9-10/10	
Intoxicación o auto-daño	Ausente		Dudosa	Evidente	
Convulsiones	Ausente		Estado Postictal	Presente	
Escala de Glasgow Neurológico	15	14-12	11-8	< 8	
Deshidratación	Ausente	Leve	Moderada	Severa	
Psicosis, agitación o violencia	Ausente			Presente*	
Suma subtotal					

**TERCERA SECCIÓN**

5

Parámetro	PUNTAJE					PUNTAJE
	10	5	0	5	10	
Frecuencia cardíaca (x')	< 40	40-59	60-100	101-140	> 140	
Temperatura (°C)	<34.5	34.5-35.9	36-37	37.1-39	> 39	
Frecuencia respiratoria (x')	< 8	8-12	13-18	19-25	> 25	
Tensión Arterial (mmHg)	< 70 / 50	70 / 50 – 90 / 60	91 / 61 – 120 / 80	121 / 81 – 160 / 110	> 160 / 110	
Glicemia capilar	< 40	40 - 60	61 – 140	141 – 400	> 400	
Suma total						

**TOMA DE DECISIÓN**

6

Puntaje/Color	> 30 puntos	Rojo	21-30	Naranja	11-20 puntos	Amarillo	6-10 puntos	Verde	0 – 5 puntos	Azul
Decisión	Reanimación Inmediatamente, Activar Alerta Roja		Emergencia 10 minutos		Urgencia 11-60 minutos		Urgencia Menor 61-120 minutos		Sin Urgencia 121-240 minutos	

\* Activar alarma de violencia.

**DATOS DEL MÉDICO NO FAMILIAR**

7

Nombre Completo	Matrícula	Firma
-----------------	-----------	-------

2430-021-091



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Datos generales	
	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad médica hospitalaria.  Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN "Siglo XXI".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se otorga la atención, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 01 / 04 / 2008.
	Hora	La hora en que se recibe al paciente en el Área de Clasificación de pacientes, en formato de horas y minutos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08:05
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le otorga la atención, iniciando por el apellido paterno, materno y el(los) nombre(s), el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel Alejandro.
2	Signos vitales	
	Tensión arterial	Los valores registrados de la toma de tensión arterial con estetoscopio y bahumanómetro.  Ejemplo: 130/90
	Temperatura	El valor registrado de la toma de temperatura al paciente. La toma de temperatura en forma percutánea.  Ejemplo: 37 °C
	Frecuencia cardiaca o pulso	El valor registrado de la toma de la frecuencia cardiaca o pulso del paciente.  Ejemplo: 78 por minuto.



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Frecuencia respiratoria	El valor registrado de la toma de la frecuencia respiratoria del paciente.  Ejemplo: 18 por minuto
	Este formato de clasificación de pacientes (triage) que acuden al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, está diseñado para determinar la prioridad con la que se debe dar atención a los usuarios externos de nuestro Servicio; para tal fin este está conformado por tres secciones básicas:	
3	Primera sección	Evalúa la necesidad de atención inmediata, con un solo dato positivo activaría la Alerta Roja para pasar sin tardanza a la Sección de Reanimación o a la sala de expulsión, según el caso.
	Pérdida súbita del estado de alerta	Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente tiene o no el antecedente inmediato previo o situación clínica de ausencia abrupta de respuesta a los estímulos del medio ambiente, lo que motiva su atención en el servicio.
	Apnea	Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no ausencia de movimientos respiratorios al examinar su habitus exterior.
	Ausencia de pulso	Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no ausencia del latido intermitente de las arterias, que normalmente se puede percibir en varias partes del cuerpo y especialmente en la muñeca de la mano.
	Intubación de vía respiratoria	Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente se encuentra o no con intubación de la vía respiratoria orotraqueal, o con la presencia de cualquier dispositivo cilíndrico hueco en la vía respiratoria superior, cuya finalidad es asegurar la permeabilidad de las mismas y lograr una ventilación pulmonar eficaz.
	Angor o equivalente	Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no un cuadro caracterizado por dolor torácico anterior de tipo opresivo habitualmente irradiado al brazo izquierdo y al cuello, potencialmente acompañado de palidez, sudoración fría, náusea, disnea, sensación de ahogo y de urgencia urinaria o deseos de defecar; producto todo de isquemia miocárdica.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Segunda sección	<p>Evalúa el motivo de atención y algún dato relevante que se detecte en el paciente. Está diseñada en una escala de 4 posibilidades llamada diferencial semántico, cuyas calificaciones son 0, 5, 10 y 15 puntos de acuerdo al grado de severidad de la característica evaluada. Debe marcarse el grado en que se sitúe el punto que se está analizando, la suma de esta puntuación deberá tenerse en cuenta, pues si supera los 30 puntos deberá pasar a la brevedad posible a la Sección de Reanimación.</p>
	Traumatismo	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no lesión(es) de los tejidos u órganos producidos por un agente externo mediante una acción violenta en cualquier parte del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor: cuando es única y no pone en riesgo la vida ni la función de algún órgano o sistema;</li><li>• Moderado: cuando siendo única o múltiple, pone en riesgo la función del órgano o sistema afectado en forma transitoria y,</li><li>• Mayor: cuando es múltiple, ha provocado fracturas expuestas y/o pone en riesgo la vida o función del órgano o sistema.</li></ul>
	Herida(s)	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no una lesión que causa solución de continuidad en cualquier parte del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Superficial: cuando sólo involucra piel y tejido celular subcutáneo;</li><li>• No penetrante: cuando sobrepasa los planos anteriores, pero no involucra alguna cavidad;</li><li>• Extensa-profunda: cuando involucra la apertura de una o más de las cavidades corporales (cráneo, tórax o abdomen), o cuando por ser múltiples o de gran tamaño ponen en peligro inminente la vida o la función de órganos o sistemas.</li></ul>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Aumento del trabajo respiratorio	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no un incremento del trabajo de los músculos respiratorios.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leve: cuando sólo se observa un incremento en la frecuencia respiratoria;</li><li>• Moderado: cuando se observa un incremento del trabajo de los músculos accesorios de la respiración, los intercostales;</li><li>• Severo: cuando el incremento; además, de lo anterior, involucran los músculos abdominales y del cuello.</li></ul>
	Cianosis	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no coloración azulácea o violácea en piel y/o mucosas, producto del mal intercambio gaseoso.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leve: cuando está presente en labios y lechos ungueales;</li><li>• Moderada: cuando además de lo anterior está presente en las extremidades;</li><li>• Severa: cuando es generalizada.</li></ul>
	Palidez	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no decoloración de la piel (un tono más blanquecino de lo habitual de sus tegumentos), dependiendo básicamente de la cantidad y color de la sangre contenida en los vasos cutáneos y la presencia de pigmentos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leve: cuando está circunscrita a las regiones distales (lóbulos de las orejas, punta de los dedos, punta de la nariz, etc.);</li><li>• Moderada: cuando abarca palmas, labios, lengua, mucosa oral y palpebral;</li><li>• Severa: cuando es generalizada y la decoloración es intensa.</li></ul>



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Hemorragia	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no pérdida de sangre de cualquier etiología.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inactiva-leve: cuando no hay extravasación sanguínea al momento de la evaluación o el volumen perdido es aproximadamente menor al 15% y causa síntomas clínicos mínimos sobre la frecuencia cardíaca, la tensión arterial o el estado de alerta;</li><li>• Moderada: cuando el volumen perdido es aproximadamente entre el 15 y el 30%, la frecuencia cardíaca es mayor de 100 latidos por minuto, pero menor a 140, puede haber ansiedad o confusión y la tensión arterial aun se mantiene dentro de la normalidad;</li><li>• Severa: cuando el volumen perdido es aproximadamente mayor al 30%, la frecuencia cardíaca supera los 140 latidos por minuto o es menor de 60; la tensión arterial ha descendido de la normalidad y neurológicamente puede existir confusión o letargo.</li></ul>
	Dolor (Escala análoga visual 0-10)	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, La medición de la intensidad del dolor será utilizando la escala visual análoga (EVA)*:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0-10)</li><li>• 1-4/10</li><li>• 5-8/10</li><li>• 9-10/10</li></ul> <p>* La EVA consiste en una línea recta, habitualmente de 10 cm de longitud, con las leyendas "SIN DOLOR" y "DOLOR MAXIMO" en cada extremo (Figura 1).</p>



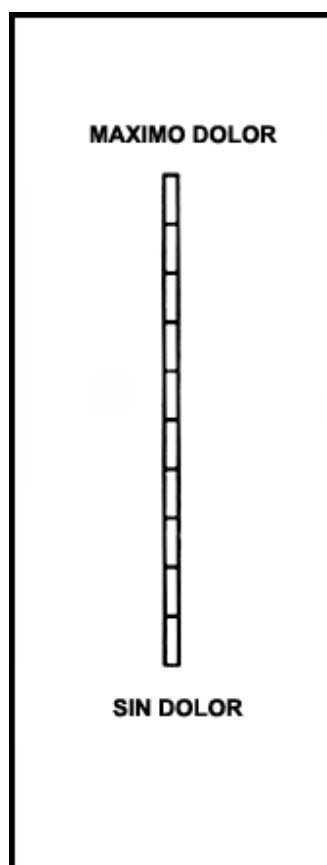
## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (SIN DOLOR). También pueden confrontarse con escalas semejantes que en un extremo tengan "SIN ABOLICION DEL DOLOR" y en el otro "AUSENCIA DE DOLOR" o "MAXIMA ABOLICION".



**Figura 1.** Diseño estándar de escala visual análoga de 10 cm.

Intoxicación o auto-daño

Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no un conjunto de signos y síntomas producidos por la ingestión, inhalación, contacto o aplicación parenteral, accidental o voluntaria de sustancias farmacológicas, industriales o domésticas que producen alteraciones en la función de órganos o sistemas y potencialmente ponen en riesgo la vida del afectado.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Aplica también en caso de sospecha por parte de los familiares o personal del equipo de salud por presencia de envases vacíos, huellas de venopunción, así como el habitus exterior del paciente.

o

Una "X" en el recuadro si el paciente presenta o no datos clínicos de autodaño o autolesión o automutilación tales como:

Cortarse la piel con objetos filosos (lo más común)	Morderse el dedo o el brazo
Escarbarse o quemarse la piel	Jalarse los cabellos
Rascarse o autogolpearse	Picarse la piel
Picarse con agujas	Tirarse al Metro
Golpearse la cabeza	Etcétera
Presionarse los ojos	

Convulsiones

Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no convulsiones (contracciones involuntarias violentas de músculos voluntarios, de naturaleza patológica, que causan movimientos irregulares localizados en uno o varios grupos musculares, puede ser central si depende de una lesión en los centros nerviosos, clónica si se alternan la contracción y relajación de los músculos, epileptiforme si esta asociada a la pérdida del conocimiento, histérica asociada a trastornos psiquiátricos, tónica si existe una contracción persistente y no hay fase de relajación, metabólica cuando se presenta por déficit o aumento de metabolitos).

Cuando es de naturaleza epiléptica cursa con frecuencia con un periodo de sopor y confusión llamado periodo postictal.

- Estado postictal,
- Presente





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Escala de Glasgow  
Neurológico

La cifra obtenida de la suma de cada uno de los conceptos evaluados (apertura de los ojos, respuesta motora y relación verbal) de la escala de Glasgow\* al paciente en el recuadro correspondiente a:

- 15
- 14-12
- 11-8
- < 8

\* De acuerdo a la Escala de Glasgow:

### Escala de Glasgow

Medición de los parámetros:

Concepto	Tipo	Puntos
Apertura de los ojos	Espontánea	4
	Estímulo verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Relación verbal	Orientada	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexión al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión al dolor	2
	Ausente	1
Subtotal		

Deshidratación

Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no un conjunto de signos y síntomas producidos por deshidratación (pérdida de líquidos corporales que excede a su ingreso).

- Leve: cuando hay sed intensa, mucosas orales y lengua con poca saliva, pero filante;



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Psicosis, agitación o  
violencia

- Moderada: cuando además de la sed, hay ausencia de salivación o la saliva es pegajosa, hay taquicardia y la tensión arterial esta normal o discretamente disminuida;
- Severa: cuando a lo anterior se agrega colapso de las venas, oliguria y trastornos neurológicos (somnolencia, apatía, delirio o alucinaciones).

Una "X" en el recuadro correspondiente, si el paciente presenta o no un conjunto de signos y síntomas producidos por psicosis (trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad); agitación (aumento de la actividad motora desencadenada generalmente por un aumento de la actividad psíquica, de carácter desordenado y que conduce en ocasiones a un comportamiento agresivo y destructivo, potencialmente auto o heterolesivo); o violencia (uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte a sí mismo o a otro individuo o grupo(s) e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo", y "el comportamiento humano agresivo, involucrando el uso de la fuerza física, psicológica o emocional, con la intención de causar daño a sí mismo o a otros).

- Presente\*

5 Tercera sección

Está conformada por los signos vitales y cuando sea necesario la medición de glucemia capilar del paciente. En esta sección la escala de medición tiene los valores normales ubicados en la columna central y las desviaciones de la normalidad a izquierda o derecha de acuerdo a que sean menores de la normalidad o mayores a la misma; la primera desviación (menos grave) se le da un valor de 5 puntos y la segunda desviación (más grave) se le asignan 10 puntos.



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Frecuencia cardiaca (X')	<p>La cifra obtenida de la medición de la frecuencia cardiaca* del paciente en el recuadro correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor a 40</li><li>• 40-59</li><li>• 60-100</li><li>• 101-140</li><li>• Mayor a 140</li></ul> <p>* De acuerdo al contenido de las "Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca" 2430-005-010 (anexo 3) de este procedimiento.</p>
	Temperatura (°c)	<p>La cifra obtenida de la determinación de la medición de la temperatura corporal* del paciente en el recuadro correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor a 34.5</li><li>• 34.5 - 35.9</li><li>• 36-37</li><li>• 37.1 – 39</li><li>• Mayor a 39</li></ul> <p>* De acuerdo al contenido de las "Instrucciones para la medición de la temperatura corporal" 2430-005-008 (anexo 1) de este procedimiento.</p>
	Frecuencia respiratoria (X')	<p>La cifra obtenida de la medición de la frecuencia respiratoria* del paciente en el recuadro correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor 8</li><li>• 8 - 12</li></ul>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 13 – 18</li><li>• 19 – 25</li><li>• Mayor a 25.</li></ul> <p>* De acuerdo al contenido de las “Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria” 2430-005-012 (anexo 5) de este procedimiento.</p>
	Tensión Arterial (mmHg)	<p>La cifra obtenida de la medición de la tensión arterial* del paciente en el recuadro correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor a 70/50</li><li>• 70/50 - 90/60</li><li>• 91/61 - 120/80</li><li>• 121/81 - 160/110</li><li>• Mayor a 160/110</li></ul> <p>* De acuerdo al contenido de las “Instrucciones para la medición de la tensión arterial” 2430-005-009 (anexo 2) de este procedimiento.</p>
	Glicemia capilar	<p>La cifra obtenida de la determinación de glicemia capilar* del paciente en el recuadro correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor a 40</li><li>• 40 – 60</li><li>• 61 – 140</li><li>• 141 – 400</li><li>• Mayor a 400</li></ul> <p>* Consiste en extraer una gota de sangre capilar, normalmente de la parte lateral de la yema de un dedo, y depositarla en la zona reactiva de la tira para valorar luego el resultado mediante su aparato medidor correspondiente.</p>



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

6 Toma de decisión

En todas las secciones se deberá marcar la celda en donde se encuentra la situación específica del paciente, y se deberán sumar los puntos acumulados en todas las secciones evaluadas, considerando siempre que en cuanto se rebasen los 30 puntos es candidato a pasar en forma directa a la Sección de Reanimación y por tanto se suspende la evaluación en el Área de Clasificación de Pacientes.

Tomando en consideración que esta evaluación es para orientar la prioridad de atención a los pacientes, se han propuesto tiempos potenciales en que deberá darse la atención en cada caso; sin embargo, también sabiendo que los organismos pueden, en cualquier momento, presentar variaciones, la calificación inicial deberá ser revalorada en caso de riesgo para la salud, la función o la vida del individuo enfermo y reasignada la prioridad de la atención correspondiente.

Puntaje / Color

La suma total de cada uno de los parámetros evaluados nos dará el puntaje y por lo tanto un color.

Puntaje	Color
> 30	Rojo
21 - 30	Naranja
11 - 20	Amarillo
6 - 10	Verde
0 - 5	Azul

Decisión

Con el puntaje y el color nos da un tiempo potencial en que se podrá dar la atención médica al paciente que acude al servicio.

Clasificación	Color	Atención en minutos
Reanimación	Rojo	Inmediatamente
Emergencia	Naranja	Dentro de los 10
Urgencia	Amarillo	30 a 60
Urgencia menor	Verde	61-120
Sin urgencia	Azul	121-240



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	* Activar alarma de violencia	
7	Datos del Médico no Familiar	
	Nombre completo	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del Médico no Familiar responsable de la clasificación del paciente.
	Matrícula	El número de matrícula del Médico no Familiar responsable de la clasificación del paciente.
	Firma	La firma del Médico no Familiar responsable de la clasificación del paciente.



**Anexo 7**

**“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA 4 30 8/98

REFERENCIA: Ordinario ☐ Urgente ☐

1

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MMMM AAAA

Fecha de la cita de primera vez y hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mmm aaaa Hora Minutos

Envío a la especialidad de: 2

Nombre del paciente: 3

(Apellido paterno materno y nombre(s))

Unidad a la que se envía 4

Delegación

No. de Seguridad Social y Agregado: 5

Unidad que envía 6

Delegación

CURP: /////////////// 7

Diagnóstico(s) de envío: 8

RESUMEN CLÍNICO 9

Anotar un resumen de los principales datos del interrogatorio y exploración física, estudios auxiliares de diagnóstico, terapéutica previa y resultados obtenidos.

MOTIVO DE ENVÍO 10

1.- Falta de respuesta favorable al tratamiento ☐

5.- Complementación diagnóstica ☐

2.- Presencia de complicaciones ☐

6.- Tratamiento especializado ☐

3.- Requiere estudios auxiliares de diagnóstico especiales ☐

7.- Otros: \_\_\_\_\_

4.- Riesgo de secuelas ☐

8.- Protección anticonceptiva ☐

Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

Firma de aceptación del(a) paciente

INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO 11

Número de folio: \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ días

Ramo de seguro:

Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MMMM AAAA

Enfermedad general ☐

Riesgo de trabajo ☐

Maternidad ☐

Inicial ☐

Subsecuente:.....☐

Número de días acumulados: \_\_\_\_\_

Médico tratante

Médico directivo que autoriza

Nombre

Matrícula

Firma

Nombre

Matrícula

Firma

2430-021-111





## CONTRARREFERENCIA

Delegación:

## RESUMEN CLÍNICO

**PRONÓSTICO:**

## TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Otras medidas terapéuticas o de control:

## INCAPACIDAD

2430-021-111



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Referencia	<p>Una "X", de acuerdo al tipo de solicitud con que se requiere otorgar la interconsulta con la especialidad solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ordinaria: aquella solicitud de valoración médica que requiera el paciente, cuya patología no implique deterioro mayor de la función o involucre la vida a corto plazo.</li><li>• Urgente: aquella solicitud de valoración médica que requiera el paciente, cuya patología implica un mayor deterioro para la función o ponga en riesgo la vida.</li></ul>
	Fecha de solicitud	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se solicita el servicio de interconsulta, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 15 / 09 / 2008</p>
	Fecha de la cita de primera vez y la hora	<p>El día, mes y año, así como la hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en que la Unidad Médica Hospitalaria otorgará la cita de primera vez con el médico especialista interconsultante, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 18 / Nov / 2008 a las 10:15 horas</p>
2	Envío a la especialidad de	<p>El nombre de la especialidad médica a la que se solicita la interconsulta.</p> <p>Ejemplo: Gastroenterología</p>
3	Nombre del paciente	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a otorgar la atención, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s), el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Octavio Lara Mariscurrena</p>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Unidad a la que se envía Delegación	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria a la que se envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN “La Raza”, D. F. Norte.</p>
5	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, tomado de la carpeta de contención del expediente clínico. Este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. El agregado, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Carácter del derechohabiente</li><li>• Sexo</li><li>• Año de nacimiento</li><li>• Régimen de aseguramiento</li></ul> <p>El dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.</p> <p>Ejemplo: 0168-46-4435 IM46OR</p>
6	Unidad que envía Delegación	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria que envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital General Regional No. 220, Edo de Mex Pte.</p>
7	CURP	<p>La Clave Única de Registro de Población, este dato deberá tomarse de la Credencial de acreditación como derechohabiente del IMSS (ADIMSS) o de la Cartilla de salud y citas médicas</p> <p>Ejemplo: JCAR700603HDFRLL01</p>
8	Diagnóstico(s) de envío	<p>El motivo principal por el que se esta solicitando la especialidad interconsultada.</p> <p>Ejemplo: Probable Hepatitis “C”</p>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	Resumen clínico	Un resumen de los antecedentes más importantes y del padecimiento actual, así como los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete relevantes el diagnóstico(s), la terapéutica empleada, sus resultados y el pronóstico.
10	Motivo de envío	Cual es(on) el(os) motivo(s) por el que se solicita la interconsulta.
11	Incapacidad temporal para el trabajo	<p>En caso de que al paciente se encuentre con incapacidad temporal para el trabajo al momento en que se solicita la interconsulta.</p> <p>El número de folio del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo que se le expidió y por cuantos días.</p> <p>La fecha (días mes y año) en se expió el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, en números arábigo. Una "X" en el recuadro correspondiente, si la incapacidad es inicial o es subsecuente, según el caso.</p>
	Ramo de seguro	<p>Una "X" en el recuadro correspondiente (enfermedad general, riesgo de trabajo o maternidad), dependiendo del ramo de seguro de que se trate.</p> <p>Ejemplo 1 Enfermedad general.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ejemplo 2 Riesgo de trabajo.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ejemplo 3 Maternidad.....<input type="checkbox"/></p> <p>El número de días acumulados de incapacidad hasta el momento, en números arábigos.</p> <p>Ejemplo: 35 días</p>
	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico tratante que solicita la interconsulta a la especialidad.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González Matrícula: 6970698 Firma</p>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Médico directivo que autoriza	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico directivo que autoriza la interconsulta a la especialidad.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Luis Jiménez Méndez Matrícula: 8869706 Firma Jefe de Servicio</p>
12	Contrarreferencia	
	Unidad a la que se envía Delegación	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria que envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital General Regional No. 220, Edo. De Mex. Pte.</p>
	Fecha de la primera consulta	<p>El día, mes y año, en que se otorgó la primera consulta en el servicio o especialidad interconsultada, en números arábigo.</p> <p>Ejemplo 21 / 05 / 2010</p>
	Fecha de egreso del servicio	<p>El día, mes y año, en que egresa del servicio o especialidad interconsultante, en números arábigo.</p> <p>Ejemplo 18 / 10 / 2010</p>
	Diagnóstico(s) inicial(es)	<p>El motivo principal, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un padecimiento en el servicio o especialidad.</p> <p>Ejemplo: Probable Insuficiencia Hepática</p>
	Diagnóstico(s) final(es)	<p>El motivo principal, que de acuerdo a interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico y/o procedimiento quirúrgico se estableció en el servicio o especialidad.</p> <p>Ejemplo: Insuficiencia Hepática, secundaria a Hepatitis "C".</p>



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Total de consultas otorgadas	El total de consultas otorgadas en el servicio o especialidad al paciente, en números arábigo.
13	Resumen clínico	Los principales antecedentes personales patológicos, descripción breve del padecimiento actual (síntoma, signos y hallazgos positivos de la exploración física) y de los hallazgos positivos de los exámenes de laboratorio y gabinete, así como de los procedimientos quirúrgicos realizados.
14	Pronóstico	La estimación de la probabilidad del desenlace en términos de funcionalidad y/o sobre vida del paciente.
15	Transcripción de medicamentos	La información es fundamental para el suministro de los medicamentos al paciente en la unidad médica de origen.
	Indicaciones de uso del(os) medicamento(s)	
	Nombre genérico	El nombre genérico de cada uno de los medicamento(s) que se prescriben al paciente.
	Dosis	La dosis de cada uno de los medicamentos prescritos al paciente.

NOTA: La dosis se registrará en números arábigos y abreviaturas convencionales internacionalmente de la unidad de medida.

MEDIDAS	
Medida	Abreviatura
Gramo	gr
Kilogramo	Kg
Litro	l
Miliequivalente	mEq
Miligramo	mg
Mililitro	ml
Onza	oz

Ejemplo 1: Dicloxacilina amp. 500mg IV C/6hrs.

Ejemplo 2: Ketorolaco tab.10 mg VO C/8hrs.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Tiempo de administración

El tiempo (en días) que durará con el tratamiento.

Ejemplo: Por 21 días

Requerimiento mensual

El número de unidades (de acuerdo al tipo de presentación del medicamento que se prescribe) que requerirá mensualmente el paciente para su tratamiento.

TIPO DE PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS	
Presentación	Abreviatura
Ampolleta	amp
Cápsulas	cáps
Comprimidos	comps
Frasco	fco
Pastilla	past
Píldora	píl
Supositorios	suo.

Otras medidas terapéuticas o de control

Las indicaciones o recomendaciones que se le indiquen al paciente, como parte de su tratamiento o rehabilitación.

### INCAPACIDAD

No amerita incapacidad

Una "X" en recuadro si el paciente no requiere de incapacidad temporal para el trabajo.

Debe continuar con incapacidad

Una "X" en recuadro correspondiente si el paciente debe o no continuar con incapacidad temporal para el trabajo y cual sería el tiempo probable para continuar con ella.

Requiere de nueva valoración

Una "X" en recuadro correspondiente si el paciente requiere de otra valoración por el médico no familiar especialista o no. En caso afirmativo, en cuánto tiempo sería la cita.

Última incapacidad otorgada

El día, mes y año, en que se expidió la ultima incapacidad temporal para el trabajo y especificar por cuantos días ampara la misma, en números arábigos.



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo 21 / May / 2010 por 10 días.
	Ramo de seguro:	Una "X" en el recuadro correspondiente (enfermedad general, riesgo de trabajo o maternidad), dependiendo del ramo de seguro de que se trate.  Ejemplo 1: Enfermedad general..... <input type="checkbox"/> Ejemplo 2: Riesgo de trabajo..... <input type="checkbox"/> Ejemplo 3: Maternidad Ejemplo a: Enlace..... <input type="checkbox"/> Ejemplo b: Post-natal..... <input type="checkbox"/>
	Médico tratante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico tratante de la especialidad que realiza la contrarreferencia del paciente.  Ejemplo: Nombre: Alberto Arellano Montemayor Matrícula: 9987698 Firma
	Médico directivo que autoriza	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico directivo autoriza la contrarreferencia del paciente.  Ejemplo: Nombre: Manuel Ruiz García Matrícula: 9888697 Firma Jefe de Departamento Clínico





## **Anexo 8**

**“Consultas, visitas y curaciones 4-30-29/72”**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**CONSULTAS, VISITAS Y CURACIONES 4-30-29/72**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	1	NÚMERO DE HOJA	2	FECHA: ____/____/____ DD      MMM      AAAA
-----------------------------	---	----------------	---	--

[illegible]



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.  Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI.
2	No. de hoja	El número de cada una de las hojas que se utilicen diariamente por turno, iniciando con el uno, en forma progresiva.  Ejemplo: 1
3	No. de folio	El número de cada uno de los pacientes a acudan al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, iniciando con el uno, en forma progresiva.  Ejemplo: 52
4	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias. Este deberá de transcribirse del documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210 55 1670
5	Agregado	Los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias. Este deberá de transcribirse del documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1M59OR
6	Nombre del paciente	El nombre completo del paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, este dato deberá transcribirse del documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
<b>Procedencia</b>		
7	Hora de llegada	La hora en que llega el paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, en formato hora y minutos.  Ejemplo: 7:55



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
8	Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción)	<p>El tipo de unidad a la que esta adscrito el paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p> <p>Ejemplo 1: UMF 10</p> <p>Ejemplo 2: HGZ/MF 8</p>
9	Referencia de otra unidad 4-30-8/96	<p>El tipo de unidad que envía al paciente para valoración de atención médica en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p> <p>Ejemplo: HGZ/MF 8</p>
10	Delegación	<p>El nombre de la Delegación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del paciente.</p> <p>Ejemplo 1, Aguascalientes.</p>
11	Espontáneo	<p>Una "X" cuando el paciente se haya presentado en forma espontánea en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p>
12	No derechohabiente	<p>Una "X" cuando el paciente sea considerado como no derechohabiente.</p>
<b>Destino</b>		
13	No. de cama en Admisión Continua o Urgencias	<p>El número de cama o camilla en la que se encuentre el paciente en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p>
14	UMF	<p>El tipo de Unidad de Medicina Familiar a la que se envía el paciente.</p> <p>Ejemplo: UMF 10</p>
15	HGZ	<p>El tipo de unidad hospitalaria a la que se envía al paciente.</p> <p>Ejemplo: HGZ/MF 8</p>
16	No. de cama de hospitalización de la unidad	<p>El número de cama cuando al paciente se envíe al Servicio de Hospitalización del mismo hospital para continuar su tratamiento.</p>



### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Cama 210 del Servicio de Cirugía General.
18	Consulta Externa de Especialidades	Una "X" cuando al paciente se envíe al Servicio de Consulta Externa de Especialidades del mismo hospital para continuar su tratamiento.  Ejemplo: Servicio de Consulta Externa de Cardiología.
19	Diagnóstico	El diagnóstico presuncional que motivó la atención médica y que determina el ingreso o egreso del paciente del Servicio de Admisión Continua o Urgencias.  Ejemplo: 1 Infección de vías urinarias  Ejemplo 2: Infarto agudo del miocardio