

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

Objetivo

Estandarizar criterios para obtener la autorización mediante el consentimiento informado y unificar los criterios en la evaluación, programación y aplicación de la terapia electroconvulsiva.

Alcance

Límites del procedimiento: Inicia en el momento en que el Psiquiatra determina como opción terapéutica la Terapia electroconvulsiva y termina en el momento en que el familiar y o representante no otorgan el consentimiento informado, o cuando se determinan complicaciones medicas y el médico tratante decide otra opción terapéutica.

Áreas que intervienen: Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social, Caja y Archivo.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Es responsabilidad del Médico Psiquiatra tratante proponer a paciente y/o familiar el uso de la TEC como opción terapéutica.
3. Es responsabilidad del médico psiquiatra tratante explicar la naturaleza de la TEC y solicitar la autorización a través del consentimiento informado para su aplicación.
4. Es responsabilidad del Médico Psiquiatra vigilar el curso del procedimiento apoyado por anestesiología y personal paramédico.
5. Es responsabilidad del Médico Psiquiatra tratante ofrecer otras alternativas de tratamiento en caso de que el usuario y/o familiar rechace el TEC como opción terapéutica.
6. El Médico Anestesiólogo debe de explicar los riesgos y beneficios de la anestesia tanto al usuario como al familiar.
7. Solamente se aplicara la TEC una vez obtenido la firma de aceptación del usuario y/o familiar en el consentimiento informado del usuario.
8. La atención anestésica es una tarea exclusiva del Médico Anestesiólogo.
9. Es responsabilidad del Médico Anestesiólogo conocer y aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de la Anestesiología.
10. Todo paciente en el que se contemple la aplicación de TEC deberá realizársele una valoración pre-anestésica.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

Políticas

11. Es responsabilidad del anesthesiólogo realizar una valoración pre-anestésica dentro de los cinco días previos a la aplicación de TEC además de realizar una nueva valoración antes del tratamiento.
12. Es responsabilidad del Médico Anesthesiólogo planificar el tipo de sedación que utilizara y dejar evidencia por escrito en el expediente clínico.
13. Es responsabilidad del Médico Psiquiatra de consulta externa dar seguimiento al usuario que le indico TEC ambulatoria.
14. Es responsabilidad de todo personal involucrado en procedimiento de TEC apearse estrictamente al "Protocolo de aplicación de TEC"

Definiciones:

Terapia Electro convulsiva	La terapia electro convulsiva (TEC) es una tecnología terapéutica, en concreto un producto sanitario terapéutico activo sobre el sistema nerviosos central.[8] Este tratamiento es utilizado generalmente en hospitales psiquiátricos y es utilizado para tratar diversos trastornos mentales en donde una pequeña cantidad de electricidad es utilizada para producir una convulsión generalizada. Para conseguir la convulsión se aplica mediante un aparato específico una corriente eléctrica al cerebro a través de electrodos colocados en la superficie cutánea craneal.
Consentimiento informado	Es la conformidad libre, voluntaria, y consciente de un paciente y/o familiar, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
Anestesia	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la cesibilidad táctil de un paciente, sea en todo o parte de su cuerpo o sea con o sin compromiso de conciencia. La anestesia general se caracteriza por brindar hipnosis, amnesia, analgesia, relajación muscular y abolición de reflejos.
Valoración pre-anestésica	Es el Protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva el establecimiento de un plan anesthesiológico de acuerdo a su análisis.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD								
1.	Personal.	Determina de donde proviene el usuario:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Usuario?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Otra Institución</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td>Aplica actividad 16.</td> </tr> <tr> <td>Consulta externa</td> <td>Aplica actividad 39.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Usuario?	Entonces.	Otra Institución	Aplica siguiente actividad.	Hospital	Aplica actividad 16.	Consulta externa	Aplica actividad 39.
		¿Usuario?	Entonces.							
		Otra Institución	Aplica siguiente actividad.							
Hospital	Aplica actividad 16.									
Consulta externa	Aplica actividad 39.									
2.	Institución.	Realiza contacto con la jefa de hospitalización para la aplicación del TEC.								
3.	Jefa (e) de hospitalización.	Recaba datos generales del usuario y solicita a la instancia correspondiente que envíe un resumen clínico psiquiátrico con resultados de estudios para clínicos (biometría hemática, química sanguínea, electrocardiograma, valoración cardiológica (como requisitos indispensables) y solicita que acuda a valoración pre-anestésica acompañado por familiar y/o representante legal en fecha y hora programada.								
4.		Notifica de manera verbal al anestesiólogo los datos generales del usuario, fecha y hora para la valoración pre-anestésica.								
5.	Anestesiólogo.	Recibe notificación de la fecha y hora, registra en “ agenda ” (ver anexo 2) los datos generales del usuario para la valoración.								
6.	Anestesiólogo.	Realiza en la fecha y hora programada la valoración Preadnestesica, determina si existen alteraciones:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Alteraciones?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Realiza nota de contrarreferencia en “expediente clínico” de institución que proviene en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia. Fin de procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa a Medico Psiquiatra de la UCI la no cotraindicación del uso de la anestesia al usuario, familiar y/o representante legal del inicio de la TEC, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alteraciones?	Entonces.	Sí	Realiza nota de contrarreferencia en “ expediente clínico ” de institución que proviene en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia. Fin de procedimiento.	No	Informa a Medico Psiquiatra de la UCI la no cotraindicación del uso de la anestesia al usuario, familiar y/o representante legal del inicio de la TEC, aplica siguiente actividad.		
		¿Alteraciones?	Entonces.							
Sí	Realiza nota de contrarreferencia en “ expediente clínico ” de institución que proviene en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia. Fin de procedimiento.									
No	Informa a Medico Psiquiatra de la UCI la no cotraindicación del uso de la anestesia al usuario, familiar y/o representante legal del inicio de la TEC, aplica siguiente actividad.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
7.	Psiquiatra.	<p>Recibe notificación del anestesiólogo y acude con usuario, familiar y/o representante legal, explica la naturaleza del tratamiento, entrega “consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda” (ver anexo 3), obtiene la firma de aceptación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Aceptación?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Envía a familiar y/o usuario a trabajo social para que se le informe sobre los costos de las sesiones de TEC, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Realiza nota de contrarreferencia en el expediente clínico de la institución de donde proviene notificando de la negativa de recibir el tratamiento. Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Aceptación?	Entonces.	Sí	Envía a familiar y/o usuario a trabajo social para que se le informe sobre los costos de las sesiones de TEC, aplica siguiente actividad.	No	Realiza nota de contrarreferencia en el expediente clínico de la institución de donde proviene notificando de la negativa de recibir el tratamiento. Fin de procedimiento.
¿Aceptación?	Entonces.							
Sí	Envía a familiar y/o usuario a trabajo social para que se le informe sobre los costos de las sesiones de TEC, aplica siguiente actividad.							
No	Realiza nota de contrarreferencia en el expediente clínico de la institución de donde proviene notificando de la negativa de recibir el tratamiento. Fin de procedimiento.							
8.	Familiar y/o usuario.	Acude a trabajo social y solicita informes sobre los costos de las sesiones del TEC.						
9.	Trabajo Social.	<p>Recibe a usuario, familiar y/o representante legal e informa sobre los costos de paquete o de las sesiones individuales de TEC, identifica si cuenta con recursos económicos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Recursos económicos?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Indica pasar a caja al usuario, familiar y/o representante legal y una vez realizado el pago se le solicita regresar a Trabajo Social y entregue el recibo de pago, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica estudio socioeconómico y se aplica procedimiento para otorgar apoyos económicos, e indica al usuario que pase a caja, una vez expedido el comprobante de exención regrese a trabajo social, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Recursos económicos?	Entonces.	Sí	Indica pasar a caja al usuario, familiar y/o representante legal y una vez realizado el pago se le solicita regresar a Trabajo Social y entregue el recibo de pago, aplica siguiente actividad.	No	Aplica estudio socioeconómico y se aplica procedimiento para otorgar apoyos económicos , e indica al usuario que pase a caja, una vez expedido el comprobante de exención regrese a trabajo social, aplica siguiente actividad.
¿Recursos económicos?	Entonces.							
Sí	Indica pasar a caja al usuario, familiar y/o representante legal y una vez realizado el pago se le solicita regresar a Trabajo Social y entregue el recibo de pago, aplica siguiente actividad.							
No	Aplica estudio socioeconómico y se aplica procedimiento para otorgar apoyos económicos , e indica al usuario que pase a caja, una vez expedido el comprobante de exención regrese a trabajo social, aplica siguiente actividad.							
10.	Usuario, familiar y/o representante.	Pasa a caja para que realizar trámite correspondiente.						
11.	Personal de caja.	Recibe a usuario, familiar y/o representante legal y aplica procedimiento para el pago de consulta externa, hospitalización y urgencias y entrega comprobante de pago y/o exención.						
12.	Usuario.	Recibe comprobante de pago, acude y entrega a trabajo social.						
13.	Trabajo Social.	Recibe a usuario, recaba comprobante de pago el cual deberá ser entregado al anestesiólogo.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
14.	Anestesiólogo.	Recaba comprobante de pago y anota folio en la agenda con los datos generales de los usuarios, informa a Trabajo social la programación de las sesiones TEC.						
15.	Trabajo Social.	<p>Recibe programación e indica a usuario, familiar y/o representante legal y al médico de Institución de origen los días de la Programación de aplicación del TEC, entrega formato “indicaciones pre TEC” (ver anexo 4).</p> <p>Nota: El numero de sesiones de TEC estara determinado por el psiquiatra responsable del caso de la unidad que refiere.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>						
16.	Psiquiatra.	<p>Determina la aplicación del TEC e informa a paciente sobre procedimiento y verifica si el usuario tiene la capacidad de decisión:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Decisión?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica actividad 32.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita a trabajo Social citar al familiar para informar de esta alternativa de tratamiento, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Decisión?	Entonces.	Sí	Aplica actividad 32.	No	Solicita a trabajo Social citar al familiar para informar de esta alternativa de tratamiento, aplica siguiente actividad.
¿Decisión?	Entonces.							
Sí	Aplica actividad 32.							
No	Solicita a trabajo Social citar al familiar para informar de esta alternativa de tratamiento, aplica siguiente actividad.							
17.	Trabajo Social.	<p>Recibe notificación del psiquiatra y verifica si el usuario cuenta con familiar y o representante legal:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Familiar?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Cita a familiares para la entrevista con medico tratante y notifica a psiquiatra la fecha y hora de entrevista, aplica actividad 19.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa a médico psiquiatra que el usuario no cuenta con representante legal o familiar, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Familiar?	Entonces.	Sí	Cita a familiares para la entrevista con medico tratante y notifica a psiquiatra la fecha y hora de entrevista, aplica actividad 19.	No	Informa a médico psiquiatra que el usuario no cuenta con representante legal o familiar, aplica siguiente actividad.
¿Familiar?	Entonces.							
Sí	Cita a familiares para la entrevista con medico tratante y notifica a psiquiatra la fecha y hora de entrevista, aplica actividad 19.							
No	Informa a médico psiquiatra que el usuario no cuenta con representante legal o familiar, aplica siguiente actividad.							
18.	Psiquiatra.	<p>Recibe notificación de la trabajadora social y revalora caso para determinar otra opción de tratamiento.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
19.	Psiquiatra.	<p>Recibe a familiar o representante legal en consultorio en la fecha y hora programada, explica naturaleza del tratamiento, da a conocer consentimiento por escrito e identifica si el familiar acepta tratamiento del TEC:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acepta familiar?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Recaba firma en original y copia en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia a familiar y archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Acepta familiar?	Entonces.	Sí	Recaba firma en original y copia en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , entrega copia a familiar y archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, aplica siguiente actividad.	No	Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.
¿Acepta familiar?	Entonces.							
Sí	Recaba firma en original y copia en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , entrega copia a familiar y archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, aplica siguiente actividad.							
No	Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.							
20.		Realiza nota clínica e indicaciones médicas en el expediente clínico de acuerdo a la norma 168 y notifica al anestesiólogo para valoración Pre anestésica.						
21.	Anestesiólogo.	<p>Acude a valorar al usuario, solicita exámenes de laboratorio por medio de formato de “solicitud de servicio” (ver anexo 5) (biometría hemática, química sanguínea, electrocardiograma, valoración cardiológica), elabora nota Pre-anestésica en expediente clínico de acuerdo a NOM- 168, y entrega la solicitud de los estudios para clínicos a Trabajo Social.</p> <p>Nota: Electrolitos y Biometría Hemática se llevan a cabo dentro de la institución.</p>						
22.	Trabajo Social.	<p>Recibe formato de solicitud de servicio del anestesiólogo, cita a familiares a entrevista para informar sobre estudios solicitados por anestesiología, reciba a familiares en fecha y hora programada y determina si el familiar cuenta con recursos económicos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Recursos económicos?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Recaba el costo de los estudios, Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Se informa y solicita a Jefatura de Trabajo Social formato de exento de pago a laboratorio particular, procedimiento de exento de pago, aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Recursos económicos?	Entonces.	Sí	Recaba el costo de los estudios, Aplica actividad siguiente.	No	Se informa y solicita a Jefatura de Trabajo Social formato de exento de pago a laboratorio particular, procedimiento de exento de pago, aplica actividad siguiente.
¿Recursos económicos?	Entonces.							
Sí	Recaba el costo de los estudios, Aplica actividad siguiente.							
No	Se informa y solicita a Jefatura de Trabajo Social formato de exento de pago a laboratorio particular, procedimiento de exento de pago, aplica actividad siguiente.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
23.	Trabajo Social.	Realiza cita para toma de EKG y verifica las condiciones del usuario, el usuario se encuentra en condiciones de ser trasladado:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Condiciones para trasladarlo?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Se traslada a laboratorio y se queda en espera de resultados, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita a laboratorio acuda a la unidad a practicar el estudio y se queda en espera de los resultados, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Condiciones para trasladarlo?	Entonces.	Sí	Se traslada a laboratorio y se queda en espera de resultados, aplica siguiente actividad.	No	Solicita a laboratorio acuda a la unidad a practicar el estudio y se queda en espera de los resultados, aplica siguiente actividad.
		¿Condiciones para trasladarlo?	Entonces.					
Sí	Se traslada a laboratorio y se queda en espera de resultados, aplica siguiente actividad.							
No	Solicita a laboratorio acuda a la unidad a practicar el estudio y se queda en espera de los resultados, aplica siguiente actividad.							
24.		Recibe resultados para clínicos, se lleva a interpretación y se hace entrega a anestesiólogo.						
25.	Anestesiólogo.	Recibe y analiza resultados de laboratorio y determina si existen anomalías en los para clínicos:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Anomalías?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica actividad 35.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Anomalías?	Entonces.	Sí	Aplica actividad 35.	No	Aplica siguiente actividad.
		¿Anomalías?	Entonces.					
Sí	Aplica actividad 35.							
No	Aplica siguiente actividad.							
26.	Anestesiólogo.	Informa a Médico Psiquiatra, sobre los resultados para-clínicos.						
27.	Psiquiatra.	Recibe notificación de anestesiólogo y en conjunto determinen la fecha y hora de inicio de TEC, acuda con usuario, informa de la TEC, realiza nota de evolución clínica e indicaciones medicas y entrega a enfermería. Nota: Deberá de realizar evaluaciones continuas posteriores a la aplicación del TEC para determinar continuidad o suspensión del tratamiento.						
28.	Anestesiólogo.	Acuda con el usuario y explica los resultados de los laboratoriales, y cuando se iniciaran las sesiones de TEC, realice nota en expediente clínico anotando los resultados de para clínicos, realiza indicaciones medicas en expediente clínico, anotando las condiciones mínimas necesarias para la aplicación de la TEC, informa y solicita a enfermería que traslade a paciente al área del TEC en fecha y hora programada.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
29.	Enfermería.	<p>Recibe notificación y/o indicaciones medicas y antes de trasladar al usuario a la TEC en la fecha y hora programada determine si existe alguna contingencia.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Contingencia?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Informa a anestesiólogo de la contingencia, aplica actividad 35.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Contingencia?	Entonces.	Sí	Informa a anestesiólogo de la contingencia, aplica actividad 35.	No	Aplica siguiente actividad.
¿Contingencia?	Entonces.							
Sí	Informa a anestesiólogo de la contingencia, aplica actividad 35.							
No	Aplica siguiente actividad.							
30.	Enfermería.	Traslada a paciente a área de TEC en fecha y hora programada con “ protocolo de atención ” realizado.						
31.	Personal de TEC.	Recibe paciente y aplica Protocolo de aplicación de TEC. Fin de procedimiento.						
32.	Psiquiatra.	<p>Determina si el usuario acepta la TEC:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acepta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Recaba firma en original y copia de consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, y solicita a trabajo social cite a familiares para informar sobre el tratamiento, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: El consentimiento informado fase aguda solo aplica para 15 sesiones de TEC, en caso de requerir un número mayor de sesiones entonces se dará afirmar el consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase continuación/mantenimiento.</p>	¿Acepta?	Entonces.	Sí	Recaba firma en original y copia de consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, y solicita a trabajo social cite a familiares para informar sobre el tratamiento, aplica siguiente actividad.	No	Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.
¿Acepta?	Entonces.							
Sí	Recaba firma en original y copia de consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda , archiva original en expediente clínico, realiza nota de aceptación en el expediente, y solicita a trabajo social cite a familiares para informar sobre el tratamiento, aplica siguiente actividad.							
No	Solicita firma de no aceptación del tratamiento en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda elabora nota en expediente clínico y valora riesgos y tratamiento a seguir de los cuales informa a usuario, familiar y/o representante legal. Fin de procedimiento.							
33.	Trabajo social.	Concreta cita con familiares e informa a psiquiatra el día y la hora programada de la cita.						
34.	Psiquiatra.	Acude el día y hora de la cita con los familiares, informa sobre el tratamiento y la aceptación del usuario a recibir este tratamiento, entrega copia de consentimiento informado, aplica actividad 20.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
35.	Anestesiólogo.	<p>Determina si se puede aplicar la anestesia para la TEC con las anomalías encontradas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Aplicar?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 26.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa a Médico Psiquiatra de las anomalías encontradas y que no se puede aplicar la anestesia, para que este determine plan a seguir, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Aplicar?	Entonces.	Si	Aplica actividad 26.	No	Informa a Médico Psiquiatra de las anomalías encontradas y que no se puede aplicar la anestesia, para que este determine plan a seguir, aplica siguiente actividad.
¿Aplicar?	Entonces.							
Si	Aplica actividad 26.							
No	Informa a Médico Psiquiatra de las anomalías encontradas y que no se puede aplicar la anestesia, para que este determine plan a seguir, aplica siguiente actividad.							
36.	Psiquiatra.	<p>Recibe notificación del anestesiólogo, revalora a usuario para determinar opciones de tratamiento.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>						
37.	Anestesiólogo.	<p>Recibe notificación por parte de enfermería, suspenda la aplicación de sesión de TEC y notifica a enfermería la fecha y hora de próxima sesión, aplica actividad 29.</p>						
38.	Psiquiatra.	<p>Notifica a familiares y usuario de la suspensión de TEC y determina opción terapéutica.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>						
39.	Psiquiatra consulta externa.	<p>Informa a usuario familiar y/o representante legal sobre la opción del TEC como medida terapéutica y de a conocer el consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, informa sobre el total de sesiones programadas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acepta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td> <p>Recaba en original y copia la firma de usuario familiar y/o representante legal en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota medica y solicita laboratoriales (BH, QS, ES, EKG y valoración cardiológica), y envía a trabajo social para informe de costos de sesiones de TEC, aplica procedimiento de consulta externa de psiquiatría.</p> <p>Nota: En caso de que el usuario, familiar y/o representante legal refieran no contar con recursos económicos entonces canaliza a trabajo social para que se aplique procedimientos correspondientes, aplica siguiente actividad.</p> </td> </tr> <tr> <td>No</td> <td> <p>Informa de las complicaciones y riesgos de la no aceptación del tratamiento, recaba firma de usuario familiar y/o representante legal en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota médica.</p> <p>Fin de procedimiento.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	¿Acepta?	Entonces.	Si	<p>Recaba en original y copia la firma de usuario familiar y/o representante legal en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota medica y solicita laboratoriales (BH, QS, ES, EKG y valoración cardiológica), y envía a trabajo social para informe de costos de sesiones de TEC, aplica procedimiento de consulta externa de psiquiatría.</p> <p>Nota: En caso de que el usuario, familiar y/o representante legal refieran no contar con recursos económicos entonces canaliza a trabajo social para que se aplique procedimientos correspondientes, aplica siguiente actividad.</p>	No	<p>Informa de las complicaciones y riesgos de la no aceptación del tratamiento, recaba firma de usuario familiar y/o representante legal en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota médica.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>
¿Acepta?	Entonces.							
Si	<p>Recaba en original y copia la firma de usuario familiar y/o representante legal en formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota medica y solicita laboratoriales (BH, QS, ES, EKG y valoración cardiológica), y envía a trabajo social para informe de costos de sesiones de TEC, aplica procedimiento de consulta externa de psiquiatría.</p> <p>Nota: En caso de que el usuario, familiar y/o representante legal refieran no contar con recursos económicos entonces canaliza a trabajo social para que se aplique procedimientos correspondientes, aplica siguiente actividad.</p>							
No	<p>Informa de las complicaciones y riesgos de la no aceptación del tratamiento, recaba firma de usuario familiar y/o representante legal en el formato consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda, entrega copia e integra original al expediente clínico y realiza nota médica.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
40.	Usuario, familiar y/o representante legal.	Acuda a trabajo social y solicita informes de costos de sesiones de TEC.						
41.	Trabajo social.	Reciba usuario e informa de los costos de sesiones de TEC e indica que el pago de las sesiones del TEC deberá de ser cubierto antes de la primera sesión de TEC.						
42.	Psiquiatra consulta externa.	Informa a anestesiólogo del caso para la valoración pre-anestésica. Nota: Avisa a jefatura de hospitalización para su conocimiento.						
43.	Anestesiólogo.	Reciba notificación por parte del psiquiatra de consulta externa del caso para la aplicación del TEC, e informa la fecha y la hora de cita para la valoración pre-anestésica.						
44.	Psiquiatra consulta externa.	Reciba fecha y hora de cita de la valoración pre-anestésica, informa a usuario, familiar y/o representante legal de la cita registrando en " Tarjetón de citas " (ver anexo 5).						
45.	Usuario.	Acuda en día y hora asignada para valoración pre-anestésica acompañado por el familiar y/o representante legal.						
46.	Anestesiólogo.	Reciba a usuario y realiza valoración pre-anestésica, determina si existe alteración: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; text-align: center;">¿Alteraciones?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Realiza nota en "expediente clínico" en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia e informa a psiquiatra de consulta externa, aplica actividad 51.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Informa a Medico Psiquiatra de consulta externa la no cotraindicación del uso de la anestesia a si como al usuario, familiar y/o representante legal y envia a usuario con medico psiquiatra de consulta externa para la programación de citas, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alteraciones?	Entonces.	Si	Realiza nota en " expediente clínico " en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia e informa a psiquiatra de consulta externa, aplica actividad 51.	No	Informa a Medico Psiquiatra de consulta externa la no cotraindicación del uso de la anestesia a si como al usuario, familiar y/o representante legal y envia a usuario con medico psiquiatra de consulta externa para la programación de citas, aplica siguiente actividad.
¿Alteraciones?	Entonces.							
Si	Realiza nota en " expediente clínico " en donde señala las condiciones médicas desfavorables por las que no puede ser sometido a anestesia e informa a psiquiatra de consulta externa, aplica actividad 51.							
No	Informa a Medico Psiquiatra de consulta externa la no cotraindicación del uso de la anestesia a si como al usuario, familiar y/o representante legal y envia a usuario con medico psiquiatra de consulta externa para la programación de citas, aplica siguiente actividad.							
47.	Usuario.	Acuda con el psiquiatra de consulta externa.						
48.	Psiquiatra consulta externa.	Reciba a usuario e informa sobre el inicio de las sesiones del TEC y la programación de estas así como de la programación de citas de evaluación psiquiátrica que tendrá durante el proceso de TEC, registra en tarjeton de citas y entrega por escrito las indicaciones preanestésica, avisa a enfermería la programación del TEC.						
49.	Usuario.	Acuda en fecha y hora programa para recibir la sesión del TEC a la sala de espera de urgencias,						
50.	Personal.	Informa a enfermera de TEC el arribo del usuario, aplica actividad 29.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
51.	Psiquiatra consulta externa.	Reciba notificación del anesthesiólogo de las condiciones medicas desfavorables y determina plan de tratamiento a seguir. Fin de procedimiento.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Laura Leticia Pérez Peralta.

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Dr. Juan José Jiménez Hernández.
- Dr. Antonio Huerta Soto.
- T. S. Maricela Esparza Rubio.
- Psic. Milagros Ascencio Guirado.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Norma oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la practica de Anestesiología.
	Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Salud Mental de CAISAME Estancia Breve
	Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicio de Salud en Unidad de Atención Integrales Hospitalaria Medico Psiquiatra.
	Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.
DOM-P009-I5_001	Procedimiento para seguimiento de casos por psiquiatria en hospitalizacion.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
	Anexo 02 Agenda.
	Anexo 03 Expediente clínico.
	Anexo 04 Consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase aguda.
	Anexo 05 Consentimiento informado para la aplicación de terapia electroconvulsiva fase continuación / mantenimiento.
	Anexo 06 Tarjetón de citas.
	Anexo 07 Solicitud de servicio.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

ANEXOS

SELLO

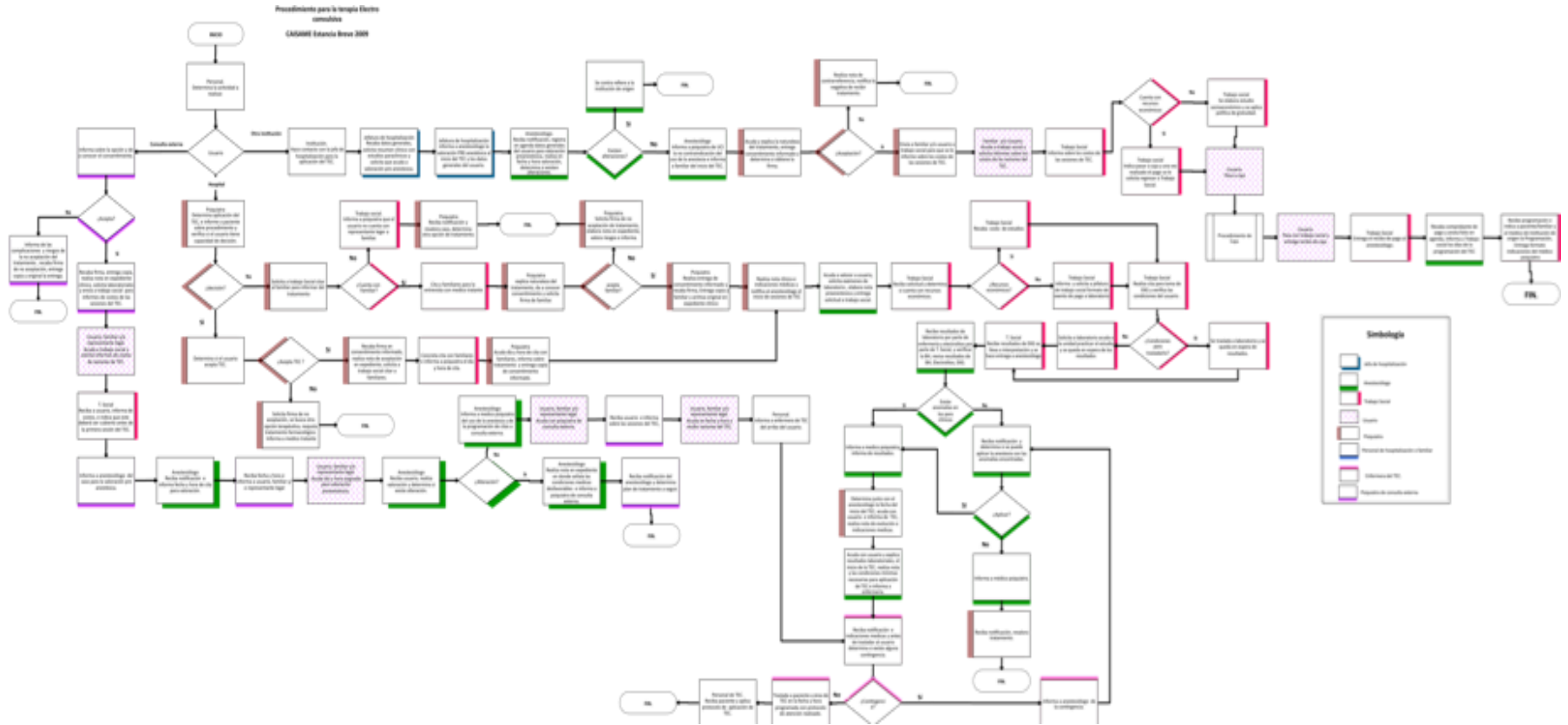
DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO.



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

ANEXO 02: AGENDA.

Agenda "Programación Terapia Electroconvulsiva"

Fecha: _____

Nombre del Paciente	Edad	Diagnóstico	Evaluación Pre-anestésica	Aplicación TEC

Nombre y Firma Médico Anestesiólogo

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

ANEXO 03: EXPEDIENTE CLÍNICO.

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**

EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIO _____

GUADALAJARA, JAL. _____ DE _____ DEL 20 _____



INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL

HISTORIA CLÍNICA

FICHA CLINICA

NUMERO DE EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____
 NOMBRE: _____ SEXO: M [] F [] EDAD: _____ años.
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____
 ESCOLARIDAD: Analfabeta [] Primaria [] Secundaria [] Preparatoria [] Licenciatura [] Postgrado [] (escribir el número de años en cada espacio)
 CREDO O RELIGIÓN: Católica [] Protestante/Cristiana [] otras [] cual: _____ PRACTICA: SI [] NO []
 OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: Soltero [] Casado [] Divorciado [] Unión Libre [] Viudez []
 VIVE CON LA PAREJA: SI [] No []
 CONDICIÓN DE EMPLEO: Empleado [] Desempleado [] Subempleado []
 FAMILIAR RESPONSABLE: _____ Parentesco: _____
 REPRESENTANTE LEGAL: _____
 FUENTE DE REFERENCIA: Espontáneo Voluntario [] Espontáneo Involuntario []
 REFIERE INSTITUCIÓN: SI [] No [] Cual: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA: Nombre: _____ Teléfono: [] [] [] [] [] []

MOTIVO DE CONSULTA

SÍNTOMA PRINCIPAL:
 Alucinaciones [] Tipo: _____ Contenido: _____ Delirios [] Contenido: _____
 Suicidio/Ideación [] Intento [] Como: _____
 Estado de ánimo Depresivo [] Ansioso [] Eufórico [] Ataque de Pánico [] Fobia [] Cual: _____
 Obsesión [] Compulsión [] Cual: _____ Problemas para dormir [] Cual: _____
 Problemas de alimentación [] Cual: _____ Problemas sexuales [] Cual: _____
 Deterioro Cognitivo [] Función(es): _____ Otro(s) [] Cual (es): _____

PADECIMIENTO ACTUAL

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

EVENTO DESENCADENANTE: _____
 FACTORES AGRAVANTES: _____
 NUMERO DE EPISODIOS: _____ NUMERO DE HOSPITALIZACIONES: _____
 TIEMPO DE LA ULTIMA HOSPITALIZACIÓN: _____

EXAMEN MENTAL

Signos Vitales:
 F.R. _____ F.C. _____ Pulso: _____ Temperatura: _____
 T.A. de pie: _____ T.A. de cubito: _____

EXAMEN MEDICO

Aalteraciones Si [] No [] _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____
 PSIQUIATRÍA: _____
 PSICOLOGÍA: _____
 MEDICA: _____
 ESTUDIOS SOLICITADOS PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO: _____ Si [] No []
 CUALES: _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Medicamento	Presentación	Indicación	Objetivo	Riesgo

PLAN DE MANEJO CONSULTA EXTERNA: [] CLINICA: _____
 HOSPITALIZACIÓN: [] CLINICA: _____
 REFERENCIA: []

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRA

HISTORIA PERSONAL

DESARROLLO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: Embarazo: Normal [] Con Problemas [] : _____
 Parto: Normal [] A término [] Con Problemas [] : _____
 Peso y Talla: Normal [] Bajo [] Alto [] Primer Año: Normal [] Con problemas [] : _____
 Reflejos: Normales [] Anormales [] : _____ Elimina reflejos: Si [] No [] : Edad: _____
 Dientes: Crecimiento Normal [] Crecimiento Anormal [] : _____ Gateo: Si [] No [] : Edad: _____
 Caminar: Sin asistencia [] Con asistencia [] : Edad: _____ Primera palabra: Edad: _____ Frases Comprensibles: Edad: _____
 Control de esfínteres Normal [] Problemático [] : _____ Edad: _____
 Trastornos en los Primeros años de vida: Si [] No [] _____
 Del lenguaje [] : _____ Intelectual [] : _____
 Motor [] : _____ Auditivo [] : _____
 De conducta [] : _____

Socialización en los primeros años de vida: Adecuada [] Regular [] Inadecuada [] Asistencia Médica en los primeros Años de vida: Si [] No []
 Vacunación: Completa [] Incompleta [] Ninguna [] _____
 Enfermedades de la infancia: _____
 Hospitalización: Si [] No [] : Cuentas: _____ Motivo: _____
 Cirugía: Si [] No [] : Cuentas: _____ Motivo: _____
 Uso de anestesia: Si [] No [] _____
 Higiene en los primeros años de vida: Adecuada [] Regular [] Inadecuada [] _____
 Leche: Materna [] Fórmula [] Destete: _____ Nutrición en los primeros años de vida: Adecuada [] Regular [] Inadecuada [] _____
 Adolescencia: Normal [] Con problemas [] Cuales: _____
 Socialización en la adolescencia: Adecuada [] Regular [] Inadecuada [] _____
 Noviazgos: Si [] No [] : Número: _____ Satisfactorios: Si [] No [] : Cuales: _____
 Problemas de relación interpersonal en la adolescencia: Si [] No [] : Cuales: _____

Con quién (es): _____
 Agresión Física: Si [] No [] : _____
 Actos ilegales: Si [] No [] : _____

Descripción: _____

Intereses y Pasatiempos: _____

Preocupaciones: _____

Observaciones: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

HISTORIAL MEDICO

Talla: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Ejercicio: Si [] No [] Cual: _____ Frecuencia: _____

Habitos Alimenticios: Adecuados [] Regulares [] Inadecuados []

Enfermedad(es) previa(s) Si [] No [] Diagnostico (s): _____

Enfermedad(es) actual (es) Si [] No [] DESCRIPCIÓN: _____

Diagnostico (s): _____

DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN: _____

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: No [] Si [] (Anotar solo los problemas diferentes al padecimiento actual): _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Familiar	Vive	Edad (actual o en la que falleció)	Enfermedad Medica	Enfermedad Psiquiátrica
Abuelo Paterno	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Abuela Paterna	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Padre	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Abuela Materna	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Madre	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Otro	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____
Otro	Si [] No []		Si [] No [] Diagnostico: _____	Si [] No [] Diagnostico: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS

CIE - 10	Sustancia	Edad Inicio	Frecuencia	Patrón de Consumo	T	A	I	A	D	R

T= TOLERANCIA A= ABSTINENCIA I= INTOXICACIÓN A= ABUSO D= DEPENDENCIA R= REMISIÓN

HISTORIA ESCOLAR

Problemas Académicos: Si [] No [] Cuales: _____

Periodo escolar: _____ Motivo: _____

Problemas de Conducta (en la escuela): Si [] No [] Cuales: _____

Reportes y/o sanciones por " mala conducta ": Si [] No [] : _____

Periodo Escolar : _____ Motivo: _____

Asignaturas Favoritas: _____

Asignaturas Dificiles : _____

Rendimiento Escolar : _____

VIDA SEXUAL

Inicio de Vida sexual: Si [] No [] Edad: _____ Satisfacción Si [] No [] : _____

Orientación Sexual: Heterosexual [] Homosexual [] Bisexual [] No. De parejas sexuales: _____

Conducta auto erótica: _____ /mes o _____ /año Frecuencia de coito: _____ /mes o _____ /año

Fase	Alteración
Deseo	_____
Excitación	_____
Orgasmo	_____
Dolor	_____

Acoso sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación: _____

Abuso sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación: _____

Violencia sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación: _____

Intento: Si [] No [] Edad: _____ Relación: _____

DESCRIPCIÓN DE PERSONALIDAD

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

NUMERO DE INTEGRANTES (Incluyendo Padres): _____ INTEGRACIÓN FAMILIAR: Si [] No []

COMUNICACIÓN FAMILIAR: Adecuada [] Regular [] Inadecuada o Deficiente []

VIVE CON: FAMILIA NUCLEAR [] UN FAMILIAR [] : _____

SOLO [] PAREJA [] FAMILIA [] AMIGOS [] OTRO []

RELACIONES FAMILIARES: Buenas [] : _____

Regulares [] : _____

Malas [] : _____

REDES DE APOYO: Familia [] : _____

Amigos [] : _____

Pareja [] : _____

Institucion [] : _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.




CÓDIGO: DOM-P061-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA FASE AGUDA.

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE

Consentimiento Informado para la Aplicación de Terapia Electroconvulsiva
Fase Aguda
Información para el Paciente.

Nombre de Medico Responsable: _____

Nombre del Paciente: _____


Mi doctor me ha recomendado recibir Terapia Electroconvulsiva (TEC). La naturaleza de este tratamiento así como los riesgos y beneficios que podría experimentar han sido expuestos en este documento y explicados ampliamente por mi doctor, por lo que doy mi consentimiento para ser tratado con TEC. Entiendo que podrían existir otros tratamientos para mi padecimiento los cuales podrían incluir medicamentos o psicoterapia. El porqué se me recomienda TEC se me ha explicado.

¿Qué es la TEC?
La TEC supone una serie de tratamientos, usualmente de 6 a 12 en donde se usará una pequeña cantidad de energía para producir una convulsión generalizada en el cerebro. Estas convulsiones se producen bajo circunstancias altamente controladas.


¿Cómo se da la TEC?
Los tratamientos son usualmente dados en la mañana, antes del desayuno, en una sala especialmente equipada en el hospital. Ya que los tratamientos se dan bajo anestesia general, no podré comer o tomar nada por lo menos 6 horas antes de cada tratamiento. Se me colocará un catéter en mi vena por donde se me administrarán los medicamentos de anestesia, estos me pondrán a dormir inmediatamente, posteriormente se me aplicará un segundo medicamento para relajar mi músculos. Ya que estaré dormido(a) no sentiré dolor o alguna molestia durante el tratamiento y no recordare el tratamiento.

Unos minutos antes de cada tratamiento, se me colocaran unos sensores en mi cabeza y otras partes de mi cuerpo, para monitorizar mi presión arterial, mi corazón y pulso. Después de que este dormido(a) una pequeña cantidad de electricidad será pasada cuidadosamente entre los dos electrodos que fueron colocados en mi cabeza con anterioridad. Dependiendo de dónde hayan sido colocados estos electrodos recibiré TEC bilateral o unilateral. Ya que se me administraron medicamentos para relajar mis músculos, la contracción muscular que se produce durante la convulsión será reducida. La convulsión durará aproximadamente un minuto, y durante este tiempo estaré recibiendo oxígeno para respirar. En caso necesario el anestesiólogo podrá utilizar algún otro medicamento para mi propia seguridad. Posterior a que despierte de la anestesia, me llevarán a una sala de recuperación y estaré bajo los cuidados médicos hasta que abandone el área de TEC.

Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-9474 fax. 3633-1901



2 de

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**

Beneficios de la TEC
El beneficio principal de la TEC es que podré mejorar de mi padecimiento psiquiátrico. La TEC ha demostrado ser altamente eficaz para el tratamiento de depresión severa, manía y algunos casos de esquizofrenia. Sin embargo no todos los pacientes responden igual de bien. Como en todas las formas de tratamiento algunos pacientes se recuperan rápidamente, otros se recuperan pero presentan recaídas y pueden necesitar nuevamente el tratamiento y otros no responden al tratamiento. El número exacto de tratamientos que recibiré no se puede establecer en este momento, ya que esto dependerá de mi condición psiquiátrica, que tan rápido responda al tratamiento y el juicio médico del psiquiatra. Los tratamientos usualmente se dan 3 veces por semana. Aunque en los pacientes ambulatorios pueden ser menos frecuentes.

Riesgos y efectos secundarios de la TEC.
Al igual que otros procedimientos médicos la TEC tiene algunos riesgos. Cuando despierte de la anestesia podría sentir confusión, usualmente esto dura solo una hora. También después del tratamiento podría sentir dolor de cabeza, náusea o dolor muscular. Complicaciones médicas mas serias son muy raras. Con las técnicas modernas de TEC la dislocación o fractura de huesos son raras, así como las complicaciones dentales. Como en cualquier procedimiento anestésico existe la remota posibilidad de muerte que es aproximadamente 1 por cada 10,000 pacientes tratados. Aunque también es poco frecuente en algunas ocasiones se pueden presentar irregularidades en la frecuencia cardiaca. Para los pacientes con enfermedad del corazón se incrementa el riesgo de este tipo de complicaciones.

Para reducir el riesgo de complicaciones médicas, recibiré una evaluación médica antes de iniciar mi tratamiento de TEC. Si alguna complicación médica se presentara, entiendo que recibiré atención médica inmediata para resolver la situación.


Un efecto secundario común de la TEC es el pobre funcionamiento de la memoria y esto esta relacionado con el número de tratamientos, es decir a menor número de tratamientos menor pérdida de memoria, otro factor asociado al pobre funcionamiento de la memoria es la colocación de los electrodos siendo la posición unilateral la que produce menor pérdida de la memoria. Los problemas de pérdida de la memoria son mas fuertes posteriores a cada tratamiento pero estos mejoran con el tiempo. Después de recibir la serie de tratamientos, podría tener dificultades para recordar eventos que ocurrieron antes de la TEC y durante el tiempo que la recibí. Estas dificultades en la memoria las tendré por unos meses posterior a recibir el tratamiento y sólo en muy raras ocasiones esto puede durar de uno a dos años. Muchas de estas memorias regresarán en los primeros meses posteriores al finalizar el tratamiento. Sin embargo, podría tener lagunas mentales permanentes, particularmente de los eventos que ocurrieron muy cerca al periodo durante el cual fui tratado(a) con TEC. Por otro lado, por un tiempo corto podría tener dificultad en aprender y recordar nueva información; este problema puede ser temporal y no durar muchas semanas posteriores a la terminación.

En cada individuo varía el tiempo que dura la confusión y los problemas de memoria durante y después del tratamiento. Para muchos pacientes el aprendizaje y la memoria después de la TEC mejora, esto es porque la condición psiquiátrica por si misma interfiere con la memoria y el aprendizaje. Por otra parte, una pequeña cantidad de pacientes, aproximadamente 1 en 200 reportan problemas serios de memoria que duran por meses o hasta por años. El motivo de esto aun no se conoce.

Por los posibles problemas de confusión y memoria que podría presentar es importante que no tome decisiones personales importantes o decisiones en negocios durante el tiempo de la TEC o inmediatamente después de haber recibido el tratamiento.

En caso de dudas.
En caso de tener alguna duda yo podré consultar al Dr (a): _____ al teléfono 3633-93-83

Entiendo que tengo la libertad de hacer cualquier pregunta acerca de la TEC en este momento o durante el curso de la TEC, ya sea a mi Doctor o a cualquier miembro del equipo de TEC. También entiendo que es mi decisión empezar la TEC y que tengo la opción de no aceptar más la TEC en el momento que yo decida.

 Documento Avalado y Aprobado por el Comité de Ética del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Fecha de Aprobación 04 de junio de 2008

2 de

SELO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
21

Instituto Jalisciense de Salud Mental CAISAME Estancia Breve.

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**



SECRETARIA DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CAISAME ESTANCIA BREVE

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Diagnostico: _____
No. de Expediente: _____

Consentimiento Informado para la Aplicación de Terapia Electroconvulsiva Fase Aguda

Mi firma abajo indica que yo entiendo la naturaleza, los beneficios, riesgos y alternativas de la TEC, que estos se me han explicados y he recibido información por escrito de lo que es la TEC. Entiendo que mi firma indica que acepto recibir un máximo de 15 sesiones de TEC en un periodo de 8 semanas. Para recibir otra sesión de TEC será necesario firmar otro consentimiento, posterior a que lo haya discutido con mi doctor.

Entiendo que es mi decisión iniciar la TEC, y que podría retirar mi consentimiento en el momento que yo así lo decida.

Autorizo además al Dr. _____
utilizar medicamentos anestésicos y relajantes musculares, durante las sesiones de TEC, con la finalidad de que no experimente dolor durante el procedimiento. Y en caso de alguna complicación autorizo ha realizar cualquier procedimiento con la finalidad de salvaguardar mi vida.
Se me ha explicado que como en cualquier procedimiento anestésico existe la remota posibilidad de muerte que es aproximadamente 1 por cada 10,000 pacientes tratados.

Zapopan, Jalisco a ____ de ____ de 200 ____

Nombre y Firma del Paciente
o Representante Legal.

Nombre y Firma del
Testigo



Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-9474 fax. 3633-1901

2 de

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
22


Instituto Jalisciense de Salud Mental CAISAME Estancia Breve.

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA FASE CONTINUACIÓN/MANTENIMIENTO.

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Diagnostico: _____
No. de Expediente: _____


**Consentimiento Informado para la Aplicación de Terapia Electroconvulsiva
Tratamiento de Continuación/Mantenimiento.**

Mi doctor me ha recomendado tratamientos adicionales de TEC, aparte de los que ya he recibido. Mi firma abajo indica que mi doctor y yo, ya hemos discutido esto y que acepto recibir _____ tratamientos adicionales de TEC, en un periodo de _____ semanas.


Autorizo además al Dr. _____
utilizar medicamentos anestésicos y relajantes musculares, durante las sesiones de TEC de continuación/mantenimiento, con la finalidad de que no experimente dolor durante el procedimiento. Y en caso de alguna complicación autorizo a realizar cualquier procedimiento con la finalidad de salvaguardar mi vida.
Se me ha explicado que como en cualquier procedimiento anestésico existe la remota posibilidad de muerte que es aproximadamente 1 por cada 10,000 pacientes tratados.

Zapopan, Jalisco a ____ de ____ de 20 ____

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal. _____
Nombre y Firma del Testigo _____

 Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-9474 fax. 3633-1901

2 de

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE

**Consentimiento Informado para la Aplicación de Terapia Electroconvulsiva
Fase Continuación/Mantenimiento
Información para el Paciente.**

Nombre de Medico Responsable: _____
Nombre del Paciente: _____


Mi doctor me ha recomendado recibir Terapia Electroconvulsiva (ECT) de continuación o mantenimiento. La naturaleza de este tratamiento así como los riesgos y beneficios que podría experimentar han sido expuestos en este documento y me han sido ampliamente explicados por mi doctor, por lo que doy mi consentimiento para continuar recibiendo TEC.

Estaré recibiendo TEC para prevenir una recaída de mi padecimiento. El porque debo recibir TEC de continuación/mantenimiento ya me han sido explicados.

La TEC de continuación/mantenimiento es una serie de tratamientos donde cada sesión se da con un intervalo de tiempo de una semana o mas, y esta se puede dar por un periodo de varios meses. Estas sesiones pueden ser dadas de manera ambulatoria.

Los tratamientos son usualmente dados en la mañana, antes del desayuno, en una sala especialmente equipada en el hospital. Ya que los tratamientos se dan bajo anestesia general, no podré comer o tomar nada por lo menos 6 horas antes de cada tratamiento. Se me colocara un catéter en mi vena por donde se me administraran los medicamentos de anestesia, estos me pondrán a dormir inmediatamente, posteriormente se me aplicara un segundo medicamento para relajar mi músculos. Ya que estaré dormido(a) no sentiré dolor o alguna molestia durante el tratamiento y no recordare el tratamiento.

Unos minutos antes de cada tratamiento, se me colocaran unos sensores en mi cabeza y otras partes de mi cuerpo, para monitorizar mi presión arterial, mi corazón y pulso. Después de que este dormido(a) una pequeña cantidad de electricidad será pasada cuidadosamente entre los dos electrodos que fueron anteriormente colocados en mi cabeza. Dependiendo de donde hayan sido colocados estos electrodos recibiré TEC bilateral o Unilateral. Ya que se me administraron medicamentos para relajar mis músculos, la contracción muscular que se produce durante la convulsión será reducida. La convulsión durara aproximadamente 1 minuto, durante este tiempo estaré recibiendo oxígeno para respirar. En caso necesario el anestesiólogo podrá utilizar algún otro medicamento para mi propia seguridad. Posterior a que despierte de la anestesia, me llevaran a una sala de recuperación y estaré bajo los cuidados médicos hasta que abandone la área de TEC.

 Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-9474 fax. 3633-1901

2 de

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: DOM-P061-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 22 DE JULIO DEL 2010



El número de tratamientos de continuación/mantenimiento que podría recibir dependerá de mi evolución clínica. La TEC de continuación se da por lo menos por 6 meses, si hay datos de que esto es benéfico para mi condición médica yo podría ser candidata a recibir más sesiones de TEC (TEC de mantenimiento), pero deberé dar una nueva autorización para esto.

Se espera que con la TEC se prevenga la reaparición de mi padecimiento. A pesar de que se ha demostrado que esta modalidad de TEC es efectiva para la mayoría de los pacientes, entiendo que esto no es una regla y podría presentar una recaída.

Al igual que otros procedimientos médicos la TEC tiene algunos riesgos. Para reducir el riesgo de las complicaciones será sometida a una evaluación médica exhaustiva, mas sin embargo podría presentar algunas complicaciones medicas y si eso pasara entiendo que recibiré atención medica inmediata para resolver la situación.

Otros efectos secundarios menores que podría presentar son cefalea, dolor muscular o nausea, pero estos responden rápidamente a los tratamientos disponibles en la actualidad.

Un efecto secundario común de la TEC es el pobre funcionamiento de la memoria. La pérdida de memoria por la TEC tiene un patrón característico que incluye problemas para recordar eventos pasados o nueva información. El grado de problemas con la memoria esta relacionado con el número y tipo de tratamientos recibido, un número pequeño de tratamientos produce menos pérdida de memoria que un gran numero de tratamientos, mas sin embargo si la TEC se recibe en un periodo corto de tratamientos los problemas de memoria son mayores, pero si el tiempo de tratamiento se incrementa la memoria también mejora.

Se que podría tener dificultades para recordar eventos que ocurrieron antes de la TEC y durante el tiempo que recibí la TEC. Estas dificultades en la memoria las tendré por unos meses posterior a recibir la TEC y solo en muy raras ocasiones esto puede durar de 1 a 2 años. Muchas de estas memorias regresaran en los primeros meses durante la TEC de continuación/mantenimiento, mas sin embargo existe la posibilidad de presentar lagunas mentales permanentes.

Los problemas de memoria durante la TEC de continuación/memoria parecen ser menos intensos que los que se presentan durante la fase aguda de TEC, y como estaré recibiendo la TEC con intervalos de una semana o más, se espera que presente recuperación de mi memoria entre cada tratamiento.

Por los posibles problemas de confusión y memoria que podría presentar es importante que no tome decisiones personales importantes o decisiones en negocios durante el tiempo de la TEC o inmediatamente después de la TEC.

En caso de dudas.

En caso de tener alguna duda yo podré consultara al Dr. _____ al teléfono 3633-93-83 .

Entiendo que tengo la libertad de hacer cualquier pregunta acerca de la TEC en este momento o durante el curso de la TEC ya sea a mi Doctor o a cualquier miembro del equipo de TEC. Y también entiendo que es mi decisión empezar la TEC y que puedo tomar la decisión de no aceptar más la TEC en el momento que así lo decida.



Documento Avalado y Aprobado por el Comité de Ética del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Fecha de Aprobación 04 de junio de 2008

2 de

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
24

Instituto Jalisciense de Salud Mental CAISAME Estancia Breve.

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

ANEXO 06: TARJETÓN DE CITAS.

DIRECTORIO					
<p>INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL DIRECTOR GENERAL DR. DANIEL OJEDA TORRES AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL. TELS: 3633-9383 3633-9474 EXT. 102</p>			<p>SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL</p> <p> CONSULTA EXTERNA</p> <p><input type="text"/></p>		
<p>CAISAME ESTANCIA BREVE DIRECTOR DR. EDUARDO VALLE OCHOA AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL. TELS. 3633-9383 3633-9474 EXT. 201</p>					
<p>CAISAME ESTANCIA PROLONGADA DIRECTOR DR. VICTOR HUGO RAMIREZ SIORDIA KM. 17.5 ANTIGUA CARRETERA A CHAPALA, EL ZAPOTE DEL VALLE, JAL., MUNICIPIO DE TLAJOMULCO DE ZURIGA TELS: 3696-0201 3696-0275</p>			<p>PACIENTE: _____ REGISTRO No: _____ DOMICILIO: _____ FECHA DE INGRESO: _____</p>		
CITAS			CITAS		
FECHA	HORA	CONSULTORIO	FECHA	HORA	CONSULTORIO

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.



CÓDIGO: **DOM-P061-I5_001**
FECHA DE EMISIÓN: **MARZO 2009**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **22 DE JULIO DEL 2010**

ANEXO 07: SOLICITUD DE SERVICIO.

	SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL	
SOLICITUD DE SERVICIO		
_____ DE _____ DEL 20____		
PACIENTE _____		
SOLICITANTE _____ AL SERVICIO _____		
MOTIVO _____		

FIRMA _____		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA