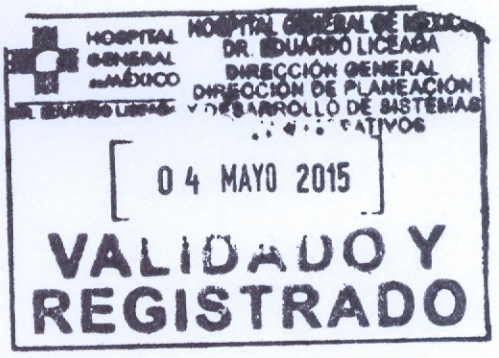
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA DIRECCIÓN GENERAL

ADJUNTA MÉDICA

MAYO, 2015

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
DR. FELIPE F. SANDOVAL MAGALLANES Director General Adjunto Médico	
DR. GREGORIO QUINTERO BEULÓ Director Quirúrgico	
DRA. LETICIA LINO PÉREZ Directora Médica	
DR. JESÚS MIGUEL CHÁVEZ MAYOL Director de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	

Elaborado con base en la estructura orgánica de la Dirección General Adjunta Médica, autorizada en el Manual de Organización el 2 de diciembre del 2014, mismo que se integra de 619 fojas útiles.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
04 MAYO 2015
VALIDADO Y REGISTRADO

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCIÓN 4

I.- OBJETIVO DEL MANUAL 5

II.- MARCO JURÍDICO 6

III.- PROCEDIMIENTOS

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT) DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA.

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA.

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA REMODELACIÓN, REUBICACIÓN O CONSTRUCCIÓN DE ÁREAS MÉDICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

4.- PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y/O REINSTALACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES (ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD).

6.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS.

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA CONSULTA EXTERNA.

8.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA URGENCIAS.

9.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS.

10.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA CONSULTA EXTERNA.

11.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA URGENCIAS.

12.- PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA, EL EGRESO DEL PACIENTE, CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN DE CAMAS CENSABLES.

13.- PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO POR DEFUNCIÓN, RECEPCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN AUTOMÁTICA DE CAMAS.

14.- PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN.

15.- PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES A TERAPIA MÉDICA INTENSIVA.

16.- PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN DEL CADÁVER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

17.- PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

18.- PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE APOYO MECÁNICO VENTILATORIO.

19.- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

20.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTO MEZCLADO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

21.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTO MEZCLADO PARA PACIENTES AMBULATORIOS.

22.- PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.

23.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

24.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

25.- PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

26.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y LIMPIEZA DE SUPERFICIES POR DERRAME DE MERCURIO DE TERMÓMETROS Y/O ESFIGMOMANÓMETROS.

27.- PROCEDIMIENTO PARA REQUISITAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA (PROTOCOLO UNIVERSAL).

28.- PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR ERRORES POR ÓRDENES VERBALES O TELEFÓNICAS.

29.- PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA.

30.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA.

31.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

32.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

33.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

34.- PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

35.- PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

36.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y ENTREGA DE RESUMEN CLÍNICO.

37.- PROCEDIMIENTO PARA EL MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO.

38.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE.

39.- PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

40.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO.

41.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ELECTRÓLITOS CONCENTRADOS EN HOSPITALIZACIÓN.

42.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE.

43.- PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

44.- PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y COORDINACIÓN DE LAS CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARIAS DE EXCELENCIA.

45.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA.

46.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN ESTADO DE COMA.

47.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

48.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LAS GUIAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

49.- PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA.

50.- PROCEDIMIENTO PARA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LOS SERVICIOS, A LA FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

51.- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS VULNERABLES

INTRODUCCIÓN

En base al ordenamiento del Ejecutivo Federal, en el artículo 4º Constitucional se establece la garantía del derecho para el cuidado y conservación de la salud de todo aquel coterráneo que demande dichos servicios, siempre avalado en la Ley General de Salud y su Reglamento.

El Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 11 de marzo de 1995 y su modificación del 30 de abril de 2012 establece al Hospital General de México como un Organismo Descentralizado, con responsabilidad jurídica y patrimonio propios; el cual tiene por objetivo dar cumplimiento al ordenamiento de otorgar servicios médicos oportunos y de calidad idónea de alta especialización, con proyección extramuros a través de la enseñanza e investigación en respuesta al Programa Nacional de Salud 2012-2018, en el concepto de programación de metas a mediano plazo.

Este Manual será la base de apoyo administrativo que norme las actividades del personal de la Dirección General Adjunta Médica y de sus áreas que la integran.

Este Manual será revisado y actualizado a solicitud de las instancias superiores, ante cambios estructurales de la Dirección General Adjunta Médica, para su publicación, difusión y accesibilidad a todos los usuarios.

El presente Manual contiene 51 procedimientos que son aplicados de manera interna a las Unidades y Servicios correspondientes y normados por la Dirección General Adjunta Médica en apego a la nueva “Guía Técnica” para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos, autorizada por la Secretaría de Salud y a la estructura orgánica, autorizada en el Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica del 2 de diciembre de 2014.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos administrativos necesarios para realizar las actividades inherentes a la Dirección General Adjunta Médica, con el fin de llevar a cabo el cumplimiento de los Programas Nacionales e Institucionales de Salud en el ámbito de su competencia, además para servir de referencia y consulta al personal adscrito a esta Dirección con objeto de asegurar que las actividades incluidas en el presente manual sean las adecuadas al momento de realizarlas.

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F. 7-VII-2014.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F. 11-VII-2014.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 11-VII-2014.

Ley General de Salud.
D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 06-VI-2014

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 26-V-2000, Última Reforma D.O.F. 30-V-2014.

Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 20-V-2004, Última reforma D.O.F. 7-VI-2013.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 11-VII-2014.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015.
D.O.F. 13-XI-2014.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13-III-2002, Última Reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 24-XII-2013.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 30-XI-2012.

Ley General de Educación.
D.O.F. 13-VII-1993, Última Reforma D.O.F. 20-V-2014.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma 2-IV-2014

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.
D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 26-XII-2013.

Ley Federal de Derechos.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 16-I-2012.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley General de Protección Civil.
D.O.F. 06-V-2012, Última Reforma D.O.F. 03-VI-2014.

Ley del Sistema de Protección Civil para el Distrito Federal
G.O.D.F. 08-VII-2011.

Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.
D.O.F. 26-V-1945, Última Reforma D.O.F. 19-VIII-2010

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2012.

Ley de Asistencia Social.
D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 23-IV-2013.

Ley General para el Control del tabaco.
D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 19-X-2012.

Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores.
D.O.F. 17-I-2011.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.
D.O.F. 11-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 20-III-2014.

Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad.
D.O.F. 30-V-2011.

Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
D.O.F. 29-V-2000, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres.
D.O.F. 02-VIII-2006, Última Reforma D.O.F. 10-XI-2014.

Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley General de Contabilidad Gubernamental.
D.O.F. 12-XI-2012. Última Reforma D.O.F. 9-XII-2013.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
D.O.F. 29-V-2009. Última Reforma D.O.F. 29-II-2012.

Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.
D.O.F. 12-I-2001. Última Reforma D.O.F. 9-IV-2012.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal
G.O.D.F. 23-II-2011.

Ley General para la prevención y gestión integral de los residuos.
D.O.F. 08-X-2012. Última Reforma D.O.F. 04-VI-2014.

Ley Federal de Derecho de Autor
D.O.F. 24-XII-1996. Última reforma 10-VI-2013.

CÓDIGOS

Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 14-III-2014.

Código Penal Federal.
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Código Civil Federal.
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 24-XII-2013.

Código Nacional de Procedimientos Penales.
D.O.F. 5-III-2014.

Código de Comercio.
D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 13-VI-2014.

Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.
D.O.F. 26-VII-1994, Última Reforma D.O.F. 7-I-2013.

Código Fiscal del Distrito Federal.
G.O.D.F. 29-XII-2009, Última Reforma G.O.D.F. 30-VII-2013.

TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de julio de 1999.
D.O.F. 09-VIII-2000.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veinticinco de mayo de dos mil.
D.O.F. 16-I-2002

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.
D.O.F. 22-IV-2002

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Comité Internacional de la Cruz Roja relativo al Establecimiento en México de una Delegación Regional del Comité, firmado en la Ciudad de México, el veinte de julio de dos mil uno.
D.O.F. 24-V-2002

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno.
D.O.F. 03-XII-2002

Decreto Promulgatorio del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
D.O.F. 25-II-2005

Decreto Promulgatorio de las Enmiendas del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, 1987, adoptadas durante la Novena Reunión de las Partes, celebrada en Montreal del quince al diecisiete de septiembre de mil novecientos noventa y siete.
D.O.F. 06-IX-2006

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.
D.O.F. 24-X-2007

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.
D.O.F. 18-III-2011

Convenio Internacional del trabajo NUM. 19 relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.
D.O.F. 23-I-1933

Convención Internacional del trabajo (NUM. 87). Relativo a la libertad sindical y la protección al derecho sindical.
D.O.F. 26-I-1950

Convenio Internacional del Trabajo No. 100 relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor. Conocido como el convenio sobre la igualdad de remuneración.
D.O.F. 26-VI-1952

Convenio (NUM. 111) relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Conocido como Convenio sobre la Discriminación (empleo y ocupación).
D.O.F. 3-I-1961

Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
D.O.F. 30-XI-2000.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19-I-2004. Última Reforma D.O.F. 10-I-2011.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma 24-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
D.O.F. 31-X-1986, Última Reforma D.O.F. 12-XII-2006.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06-I-1987, Última Reforma D.O.F. 2-IV-2014.

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.
D.O.F. 21-III-2008, Última Reforma D.O.F. 11-II-2014.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28-VI-2006, Última Reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 21-I-2003, Última Reforma D.O.F. 25-VII-2006.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F.9-X-2012.

Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones.
D.O.F. 10-I-2011.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 26-I-1990, Última Reforma D.O.F. 15-VIII-2013.

Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República.
D.O.F. 30-III-1981.

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

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 10-X-2002, Última Reforma D.O.F. 25-VII-2006.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 20-VIII-2001, Última Reforma 28-VII-2010.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
D.O.F. 20-VIII-2001, Última Reforma 28-VII-2010.

Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 09-X-2012.

Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos.
D.O.F. 07-IV-1993. Última Reforma 20-XI-2012.

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.
D.O.F. 17-X-2003. Última Reforma 04-XII-2006.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
D.O.F. 11-XII-2009.

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

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud.
D.O.F. 22-VI-2006. Última Reforma 16-I-2014.

DECRETOS

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (donde cambia de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud).
D.O.F. 21-I-1985.

Decreto para realizar la Entrega-Recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.
D.O.F. 14-IX-2005.

Decreto por el que se establece en favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un sistema de ahorro para el retiro.
D.O.F. 27-III-1992. Última Reforma 7-VI-2013.

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.
D.O.F. 11-V-1995. Última Modificación 30-IV-2012

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 03-VI-1996.
Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación.
D.O.F. 05-VII-2001.

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
D.O.F. 24-XII-2002.

Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.
D.O.F. 06-III-1998, Última Reforma 24-XII-2002.

Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
D.O.F. 05-VII-2001.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 5-I-2005.

Decreto por el que se crea el Órgano Desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.
D.O.F. 07-IX-2005.

Decreto por el que se establece el Reconocimiento al Mérito en Enfermería Graciela Arroyo de Cordero, el cual tiene por objeto reconocer y honrar a los profesionales destacados en materia de Enfermería.
D.O.F. 10-IV-2006.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Enfermedades Visuales.
D.O.F. 04-III-2005, Última Reforma 22-I-2009.

Decreto por el que se crea el Instituto de Geriatría.
D.O.F. 29-VII-2008.

Decreto por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica.
D.O.F. 25-IV-2009, Última Reforma 24-IX-2010.

Decreto por el que se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública y se reforma el Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.
D.O.F. 15-IV-2009. Última Reforma 14-V-2012.

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 10-XII-2012.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establece el reconocimiento al mérito médico.
D.O.F. 17-X-1995.

Acuerdo que establece los lineamientos y estrategias generales para fomentar el manejo ambiental de los recursos en las oficinas administrativas de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 26-III-1999. Última Reforma 15-III-2001.

Acuerdo por el que se abroga el diverso por el que se crea la Comisión para la Transparencia y el Combate a la Corrupción de la Administración Pública Federal, como una Comisión Intersecretarial de carácter permanente.
D.O.F. 04-XII-2000. Última Reforma 19-XII-2011.

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de atención médica y, para el Segundo y Tercer nivel, el catálogo de insumos.
D.O.F. 24-XII-2002.

Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud con la participación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Gobierno del Distrito Federal, para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, así como de Sanidad Internacional.
D.O.F. 16-I-2006.

Acuerdo por el que se abroga el diverso que interpreta el Decreto Presidencial que estableció el uso de las siglas SSA y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan utilizando para designar a la Secretaría de Salud, publicado el 22 de febrero de 1985.
D.O.F. 25-III-2004.

Acuerdo número 24, por el que se establecen las normas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los Órganos de Gobierno de las Entidades Paraestatales Coordinadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
D.O.F. 30-III-1984.

Acuerdo número 55, por el que se integran patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los institutos nacionales de salud.
D.O.F. 17-III-1986.

Acuerdo número 71, por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.
D.O.F. 20-IV-1987.

Acuerdo número 88, por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los institutos nacionales de salud.
D.O.F. 17-IV-1990.

Acuerdo número 90, por el que se desconcentran funciones en los órganos administrativos desconcentrados que se indican y se delegan facultades en sus titulares.
D.O.F. 31-V-1990.

Acuerdo número 106, por el que se establece el Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor, con sede en el Hospital General de México.
D.O.F. 19-X-1992.

Acuerdo número 127, por el que se crea el Comité Nacional para Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.
D.O.F. 02-VIII-1995.

Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
D.O.F. 13-VI-2008.

Acuerdo por el que se delegan en el titular de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en su Director General de Administración, las funciones y facultades que se indican.
D.O.F. 19-VI-2000.

Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante.
D.O.F. 23-IV-2009.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud.
D.O.F. 15-III-2002. Última Modificación 4-VII-2003.

Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Acuerdo por el que se designa a la Unidad de Enlace y se integra el Comité de Información de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 28-V-2003. Última Reforma 15-V-2012.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las Unidades de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 03-II-2003. Última Reforma 11-III-2010.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
D.O.F. 25-IX-1996.

Acuerdo por el se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la Vigilancia Epidemiológica Activa de las Defunciones Maternas.
D.O.F. 01-XI-2004.

Acuerdo por el se emite el Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.
D.O.F. 23-X-2006

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 12-XI-2004.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud.
D.O.F. 24-XII-2007.

Acuerdo por el cual se establecen la disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.
D.O.F. 21-II-2007.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.
D.O.F. 13-VI-2008.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.
D.O.F. 30-I-2009. Última modificación 29-XII-2011.

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos.
D.O.F. 29-VII-2008. Última Reforma 19-VIII-2011.

Acuerdo por el que se emiten reglas, requisitos y los modelos de contratos para formalizar el otorgamiento de donativos.
D.O.F. 28-VIII-2008.

Acuerdo por el que se deroga el Acuerdo que declara a la influenza humana A H1N1 enfermedad grave de atención prioritaria.
D.O.F. 2-V-2009. Última Reforma 20-VIII-2010

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.
D.O.F. 12-VII-2010. Última Reforma 16-VI-2011.

Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.
D.O.F. 12-VII-2010. Última Reforma 23-XI-2012.

Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México.
D.O.F. 11-IX-2009.

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 31-V-2006. Actualización 31-V-2013.

Acuerdo por el que se establece el procedimiento para la recepción y disposición de obsequios, donativos o beneficios en general, que reciban los servidores públicos de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 28-VI-2013.

Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 30-V-2014

CIRCULARES Y/U OFICIOS

Oficio mediante el cual se modifica la autorización otorgada a Aseguradora Hidalgo, S.A., para suprimir de la operación de accidentes y enfermedades, el ramo de salud.
D.O.F. 18-VII-2002

Oficio-Circular por el que se da a conocer el Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 31-VII-2002.

Oficio mediante el cual se otorga autorización a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., para que funcione como institución de seguros especializada en seguros de salud.
D.O.F. 04-IX-2003

Oficio mediante el cual se autoriza a Grupo Integral Seguros de Salud, S.A. de C.V., para que funcione como institución de seguros especializada en salud.
D.O.F. 06-X-2003

Oficio-Circular 0062/2013, relativo a la publicación de las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de los manuales de organización y de procedimientos específicos de la Secretaría de Salud, 5 de Noviembre del 2013.

Circular relativa a los criterios de administración del Patrimonio Inmobiliario Federal números 01/2013 y 02/2013 emitidos por el Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal en la (4a./13) Cuarta Sesión Ordinaria celebrada el 14 de noviembre de 2013D.O.F. 30-I-2014

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 26-I-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
D.O.F. 26-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.
D.O.F. 30-V-1994. Modificación D.O.F. 16-VI-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-006- SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
D.O.F. 13-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2- 2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
D.O.F. 22-VI-1995. Modificación D.O.F. 05-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
D.O.F. 27-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
D.O.F. 12-IV-2000. Modificación D.O.F. 4-VIII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
D.O.F. 17-I-1995. Modificación D.O.F. 10-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales.
D.O.F. 8-X-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
D.O.F. 16-I-1995. Modificación a la norma D.O.F. 31-V-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
D.O.F. 20-X-2009. Modificación D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
D.O.F. 19-II-12013.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 02-IX-12013.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud
D.O.F. 15-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico
D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
D.O.F. 04-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención tratamiento y control de adicciones.
D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
D.O.F. 31-V-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
D.O.F. 09-II-2001. Modificación D.O.F. 26-IX-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, faboterápicos, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
D.O.F. 17-VII-2003. Modificación D.O.F. 28-IX-2012, Aclaratoria D.O.F. 12-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
D.O.F. 19-IX-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
D.O.F. 17-IX-2003. Modificación D.O.F.9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención médica.
D.O.F. 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005 estabilidad de fármacos y medicamentos.
D.O.F. 4-I-2006. Modificación D.O.F. 1-II-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 14-IX-2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002 Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimiento de diagnóstico médico con rayos “X”.
D.O.F. 15-IX-2006. Modificación D.O.F. 26-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2007, para la práctica de anestesiología.
D.O.F. 10-I-2000. Modificación D.O.F. 23-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.
D.O.F. 08-VII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
D.O.F. 14-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
D.O.F. 08-III-2000. Modificación 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
D.O.F. 07-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
D.O.F. 08-III-2000. Modificación 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la atención organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
D.O.F. 17-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
D.O.F. 07-VIII-2012.
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
D.O.F. 8-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.
D.O.F. 06-I-2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas e instalaciones para su preparación.
D.O.F. 04-III-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
D.O.F. 30-IX-2008. Modificación D.O.F. 1-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios
D.O.F. 01-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-STPS-2000, Exposición laboral a presiones ambientales anormales-Condiciones de seguridad e higiene.
D.O.F. 10-IV-2000. Modificación D.O.F. 22-VIII-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-020-STPS-2011, Recipientes sujetos a presión, recipientes criogénicos y generadores de vapor o calderas - Funcionamiento - Condiciones de Seguridad.
D.O.F. 27-XII-2011.

PLANES Y PROGRAMAS

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

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
D.O.F. 12-XII-2013.

Programa Nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres 2013-2018.
D.O.F. 30-VIII-2013.

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.
D.O.F. 30-VIII-2013.

Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2013-2018.
D.O.F 12-XII-2013.

Programa Institucional del Archivo General de la Nación 2014–2018.
D.O.F 29-V-2014.

DOCUMENTOS NORMATIVOS

Catálogo de medicamentos genéricos. (Sexagésima Tercera Actualización)
D.O.F. 07-XI-2008. Modificación D.O.F. 21-II-2012.

Edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (Novena actualización).
D.O.F. 29-I-2014.

Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación: Segunda actualización, Edición 2012.
D.O.F. 1-VIII-2013.

Edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico (Segunda actualización).
D.O.F. 1-VIII-2013.

Edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.
D.O.F. 1-VIII-2013. 1a actualización 12-XII-2013.

Normas para la operación del Registro de Servidores Públicos.
D.O.F. 04-I-2006. Última Reforma 24-IX-2012.

Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud.
Septiembre, 2013.

Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.
Septiembre, 2013.

OTRAS DISPOSICIONES

Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración pública Federal.
D.O.F. 20-II-2004.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en el envío, recepción y trámite de las consultas, informes, resoluciones, criterios, notificaciones y cualquier otra comunicación que establezcan con el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 29-VI-2007

Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 27-IX-2007.

Lineamientos generales para el establecimiento de acciones permanentes que aseguren la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.
D.O.F. 06-III-2012

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 17-VIII-2012.

Lineamientos Generales para la Administración de Recursos de Terceros destinados a Financiar Proyectos de Investigación en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, Noviembre 2012.

Lineamientos de protección de datos personales.
D.O.F. 22-IX-2005. Última Reforma 16-VII-2013.

Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.
Autorización por la Junta de Gobierno del Hospital en Sesión XLIV del 16-VI-2006, Última Reforma 24-VI-2013.

Relación de Entidades Paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento.
D.O.F. 15-VIII-2008. Última Reforma D.O.F 15-VIII-2013.

Acuerdo por el que se establece el Comité para el seguimiento del desarrollo de la infraestructura física en salud.
D.O.F. 14-II-2014.

Acuerdo por el cual se determina el tabulador de becas para internos de pregrado y pasantes que se indican.
D.O.F. 15-I-2014.

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica 2014.
Sistema Nacional de Salud de México.

Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en caso de discriminación.
D.O.F. 13-VI-2014.

Manual de Organización del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 03-XII-2014.

Manual de Procedimientos del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 05-III-2015.

Programa Anual de Trabajo 2015 del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 05-III-2015.

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT) DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA.

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer las políticas, normas, lineamientos y procedimientos administrativos de las actividades a realizar por parte de la Dirección General Adjunta Médica, así como a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento del Hospital para la elaboración Programa Anual de Trabajo (P.A.T.), con la finalidad de garantizar el abasto de insumos necesarios para el requerimiento de los pacientes que solicitan atención médica.

2 ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección General Adjunta Médica, a las Direcciones Quirúrgica, Médica, y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento del Hospital, así como a las Subdirecciones correspondientes, además de la Subdirección de Recursos Materiales y a los Servicios dependientes de estas Direcciones, participan en el proceso de la elaboración del Programa.

2.2 Este procedimiento no tiene alcance a nivel externo.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica será la responsable de establecer, supervisar y difundir los procedimientos y la correcta aplicación de los mismos para la elaboración de Programa Anual de Trabajo.

3.2 La elaboración del Programa Anual de Trabajo, se realizará de acuerdo a las necesidades de insumos de cada uno de los servicios y la Dirección de Área correspondiente, en conjunto con sus Subdirecciones de adscripción, serán las encargadas de coordinarlo y de enviar a la Dirección de Recursos Materiales y Conservación, para cumplir en tiempo y forma con el mismo.

3.3 La Dirección General Adjunta Médica, será responsable de entregar, una vez realizado y ajustado el Programa Anual de Trabajo a la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.

3.4 Será responsabilidad de las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Auxiliares al Diagnóstico y Tratamiento la difusión de este procedimiento a todos los servicios a su cargo para la elaboración del Programa Anual de Trabajo (P.A.T.), así como la verificación del cumplimiento con el procedimiento establecido para la elaboración del Programa Anual de Trabajo (P.A.T.) de los Servicios de su competencia.

3.5 Las Subdirecciones “A” y “B” correspondientes serán responsables de colaborar con las Direcciones y los Servicios en la realización del Programa Anual de Trabajo (P.A.T.) que corresponda, así como supervisar el cumplimiento del mismo.

3.6 Los Servicios dependientes de cada una de las Direcciones se responsabilizarán de la elaboración del Programa Anual de Trabajo (P.A.T.) de acuerdo a sus necesidades específicas anuales y en base al consumo histórico del año próximo anterior, proporcionado por la Subdirección de Almacenes, además de cumplir con las actividades establecidas en este Manual de Procedimientos para efectuarlo.

3.7 Las Jefaturas de Servicios de las Direcciones tendrán la obligación de realizar su Programa Anual de Trabajo (P.A.T.) y de enviarlo para su verificación y aprobación a la Dirección que corresponda en el tiempo y forma que ésta determine.

3.8 El incumplimiento de este procedimiento será sancionado por la Dirección General y de acuerdo a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente.

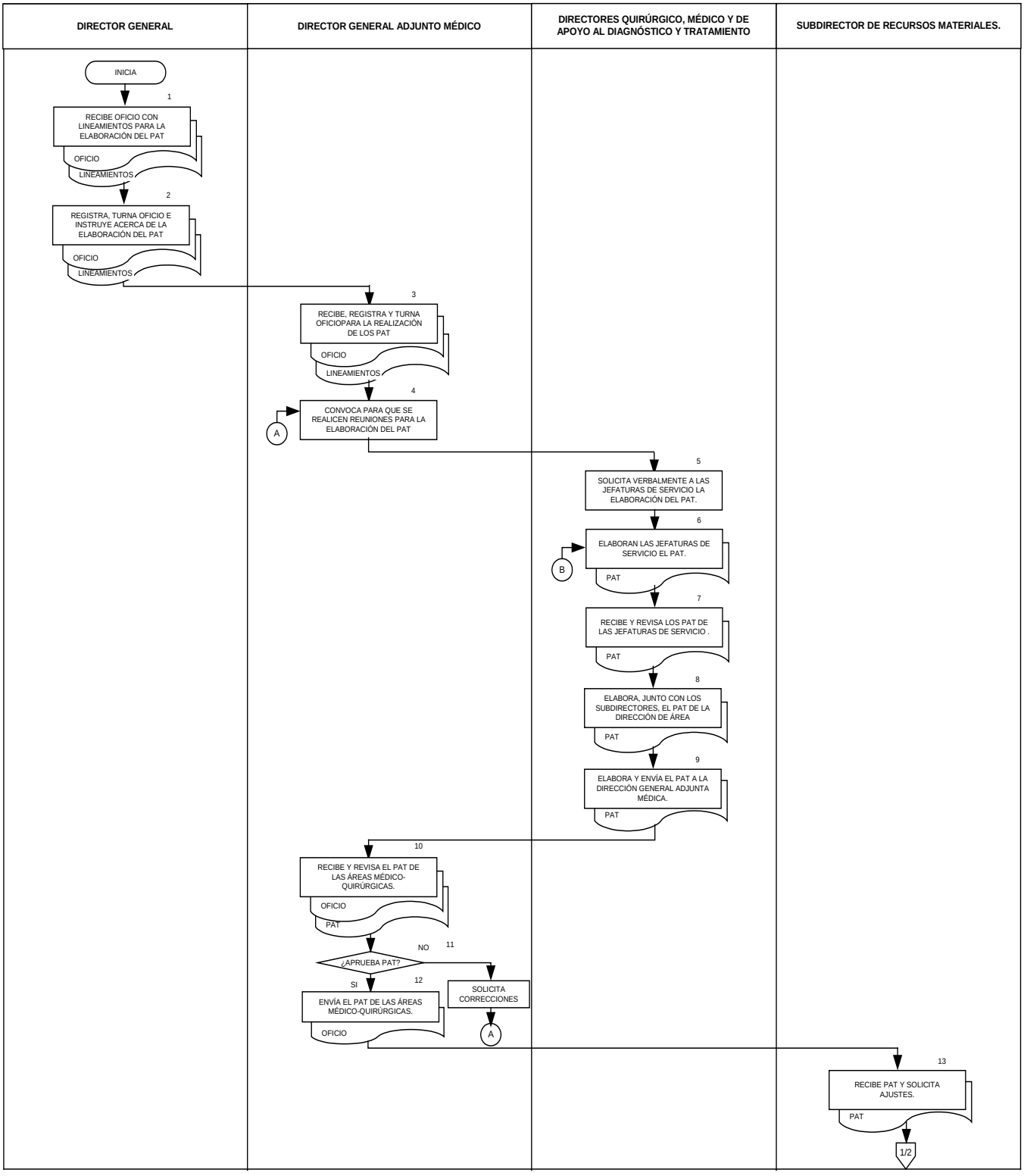
3.9 Todas las actividades que con lleven la realización de relaciones interpersonales se deberán apegar al Código de Bioética vigente para el Hospital.

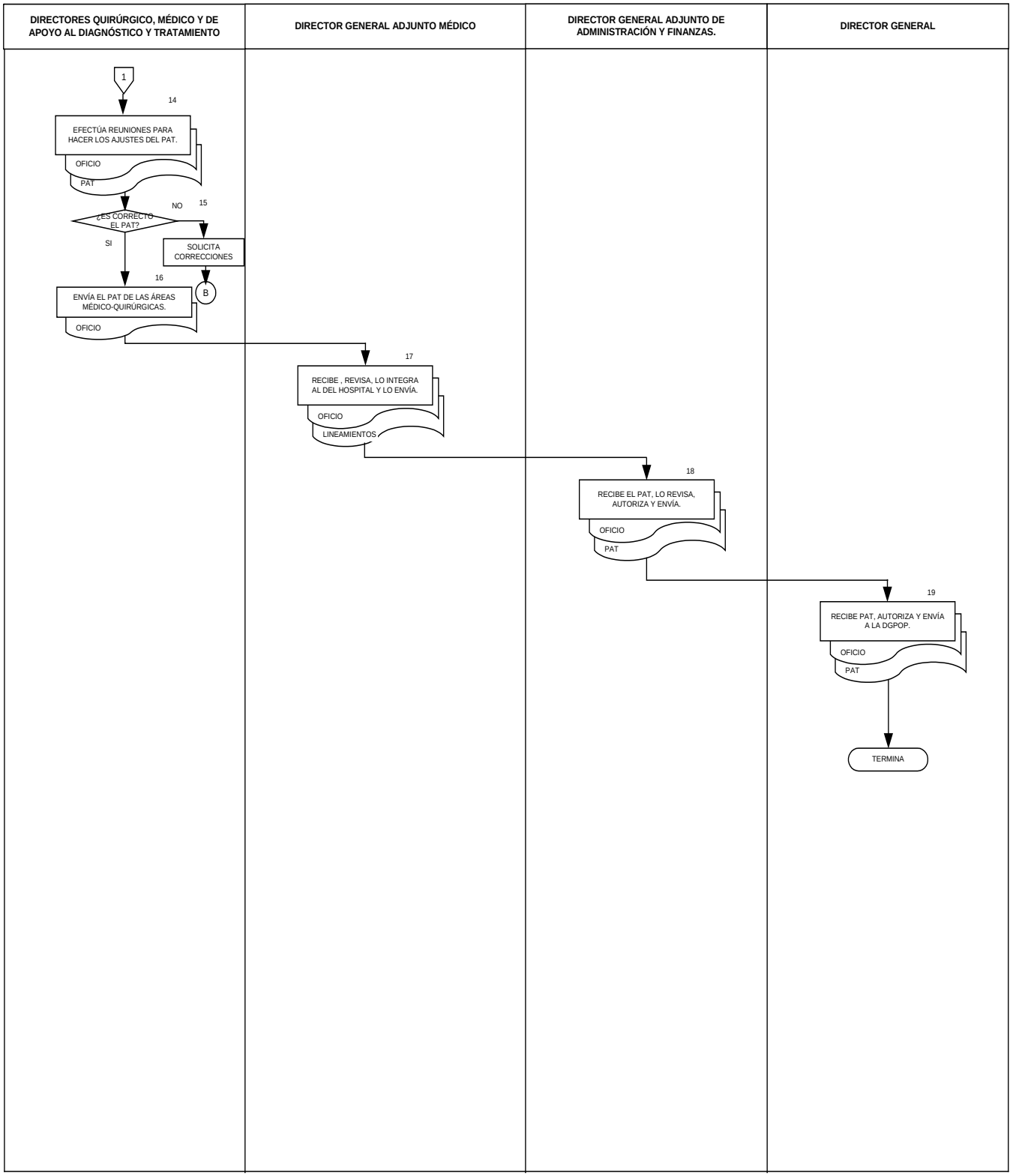
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General	1	Recibe oficio con lineamientos para la elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT) por parte de la Dirección General de Programación, Organización, y Presupuesto (DGPOP)	• Oficio • Lineamientos
Director General	2	Registra y turna oficio, lo entrega a la Dirección general Adjunta Médica e instruye acerca de la ejecución y control de la elaboración del PAT a las áreas médico-quirúrgicas	• Oficio • Lineamientos
Director General Adjunto Médico	3	Recibe, registra y turna oficio, y gira instrucciones a las Direcciones de Área para la realización de los PAT de los Servicios a su cargo.	• Oficio • Lineamientos
Director General Adjunto Médico	4	Convoca verbalmente a las Direcciones para que se realicen reuniones de trabajo con el fin de establecer la calendarización para la elaboración y entrega del Programa Anual de Trabajo (PAT) de los Servicios a su cargo.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5	Solicita verbalmente a las Jefaturas de Servicio de las especialidades quirúrgicas la elaboración del PAT correspondiente.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	6	Elaboran el PAT de su Servicio, en base a la productividad obtenida y al PAT autorizado del año anterior y lo envía a la Dirección de área correspondiente.	• PAT
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	7	Recibe y revisa los PAT de los servicios, en base a productividad y al PAT autorizado del año anterior.	• PAT
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	8	Elabora, junto con los Subdirectores, el PAT de la Dirección de área.	• PAT
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	9	Elabora y envía en formato magnético el PAT de las áreas médico quirúrgicas a la Dirección General Adjunta Médica.	• PAT

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico	10	Recibe y revisa con las Direcciones de Área y la Dirección de Recursos Materiales y Conservación el PAT de las áreas médico quirúrgicas. Valora aprobación. ¿Aprueba PAT?	• Oficio • PAT
	11	NO: Solicita correcciones y regresa a la actividad 4.	
	12	SI: Envía con oficio y en formato magnético el PAT de las áreas médico-quirúrgicas a la Dirección de Recursos Materiales y Conservación.	
Subdirector de Recursos Materiales.	13	Recibe PAT de la Dirección General Adjunta Médica y solicita verbalmente a las Direcciones ajustes en su elaboración en base al presupuesto autorizado y consumo histórico del año anterior.	• PAT
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	14	Efectúa reuniones con los Subdirectores para hacer los ajustes necesarios en la elaboración del PAT en formato impreso y electrónico del área correspondiente. ¿Es correcto el PAT?	• Oficio • PAT
	15	NO: Solicita corrección y regresa a la actividad 6.	
	16	SI: Envía el PAT con oficio a la Dirección General Adjunta Médica.	
Director General Adjunto Médico	17	Recibe y revisa junto con la Dirección y la Subdirección de Recursos Materiales el PAT de las Direcciones, lo integra al PAT del Hospital y lo envía con oficio a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas.	• Oficio • PAT
Director General Adjunto de Administración y Finanzas.	18	Recibe el PAT del Hospital General, lo revisa, autoriza y envía con oficio a la Dirección General.	• Oficio • PAT
Director General	19	Recibe PAT del Hospital, autoriza y envía con oficio a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud. **TERMINA**	• Oficio • PAT

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Anual de Trabajo de la Dirección General Adjunta Médica autorizado del año anterior.	No Aplica
6.2 Código de Bioética para el personal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No Aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Autorizar.- Dar a uno autoridad o facultad para hacer una cosa. Permitir.

8.2 Elaborar.- Transformar en producto una materia prima. Preparar por un largo trabajo.

8.3 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.- Ley que reglamenta a los sujetos de responsabilidad en el servicio público, sus obligaciones, responsabilidades en el servicio público, sanciones administrativas y las autoridades competentes y los procedimientos para aplicar dichas sanciones.

8.4 Lineamientos.- Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de sus Propuestas de Elaboración del Programa Anual de Trabajo.

8.5 Programa Anual de Trabajo.- Conjunto de actividades a desarrollar en un tiempo determinado para alcanzar metas prefijadas. Documento en el cual se anotan las necesidades de insumos para todo un año de trabajo en cada servicio del Hospital.

8.6 Revisión.- Someter algo a nuevo para corregirlo, enmendarlo o repararlo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos y documentos normativos que sirvan de guía a los Directores y Subdirectores de las áreas Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento para la elaboración y actualización de los manuales de organización y procedimientos, mismos que orientan para llevar a cabo las funciones y tareas designadas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica aprueba los manuales de organización y de procedimientos de las áreas a su cargo. Las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento verifican la elaboración y actualización de los manuales médicos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica la difusión y cumplimiento del presente procedimiento.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección General revisar y aprobar todos los Manuales de Organización y Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica elaborados en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D. antes de su difusión.

3.3 La Dirección General Adjunta Médica y las Direcciones de área (Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) serán las responsables de revisar y aprobar todos los Manuales de Organización y Procedimientos de sus servicios, elaborados en el Hospital, antes de su difusión.

3.4 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica sancionar el incumplimiento en cualquier actividad descrita en este manual, de acuerdo a la normatividad vigente.

3.5 La Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos será la responsable de la coordinación, asesoría, revisión y validación de los Manuales de Organización y Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

3.6 Las Subdirecciones “A” y “B” serán responsables de supervisar que las actividades realizadas en los Servicios a su cargo observen apego al presente procedimiento; así como de solicitar y coordinar la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de los Servicios con una periodicidad bianual.

3.7 Los Servicios serán responsables de realizar y actualizar por lo menos cada 2 años los procedimientos que consideren necesarios para la funcionalidad de sus actividades asistenciales y administrativas.

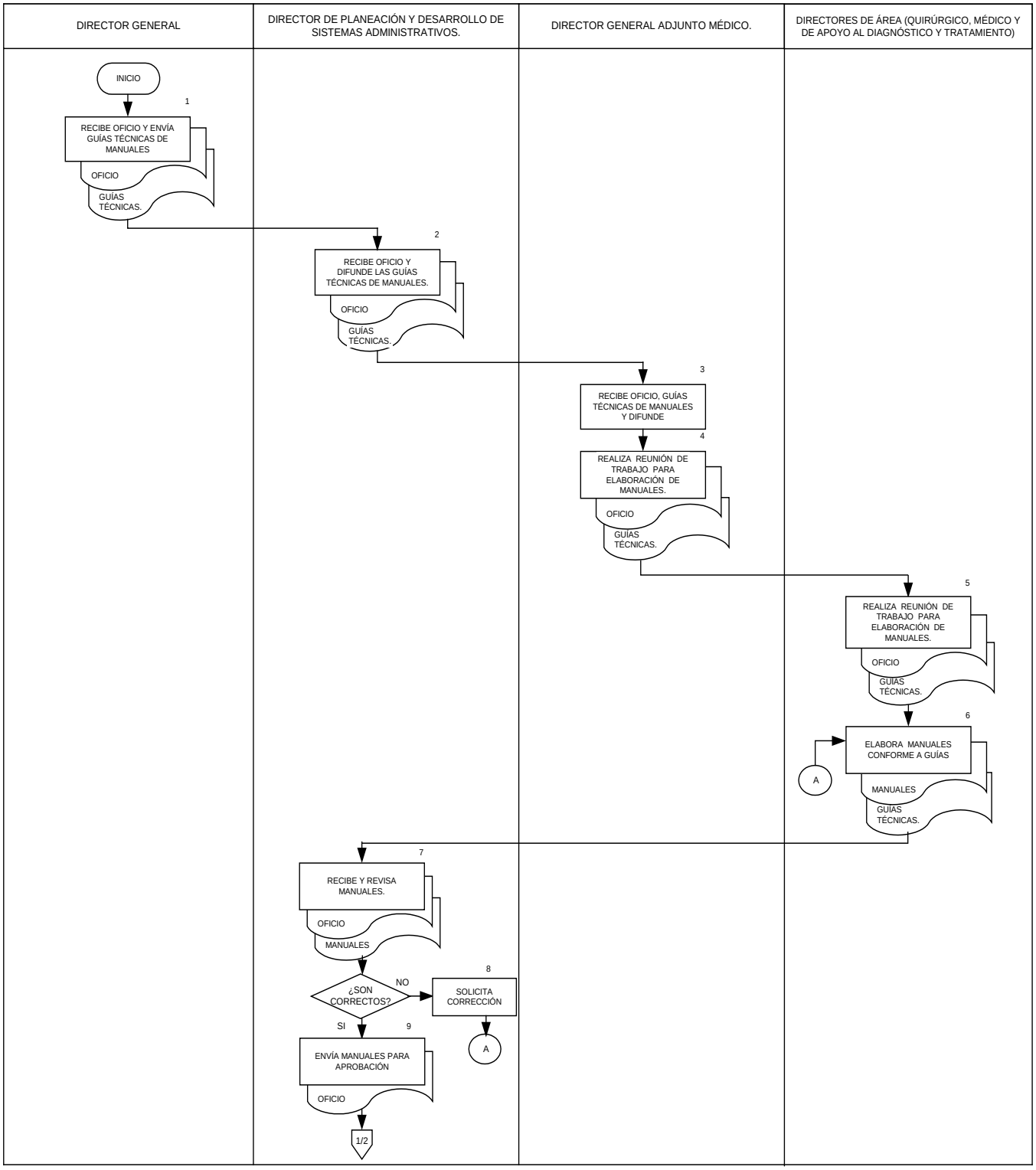
3.8 La realización de actividades que conlleven relaciones interpersonales deberán apegarse al Código de Bioética vigente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

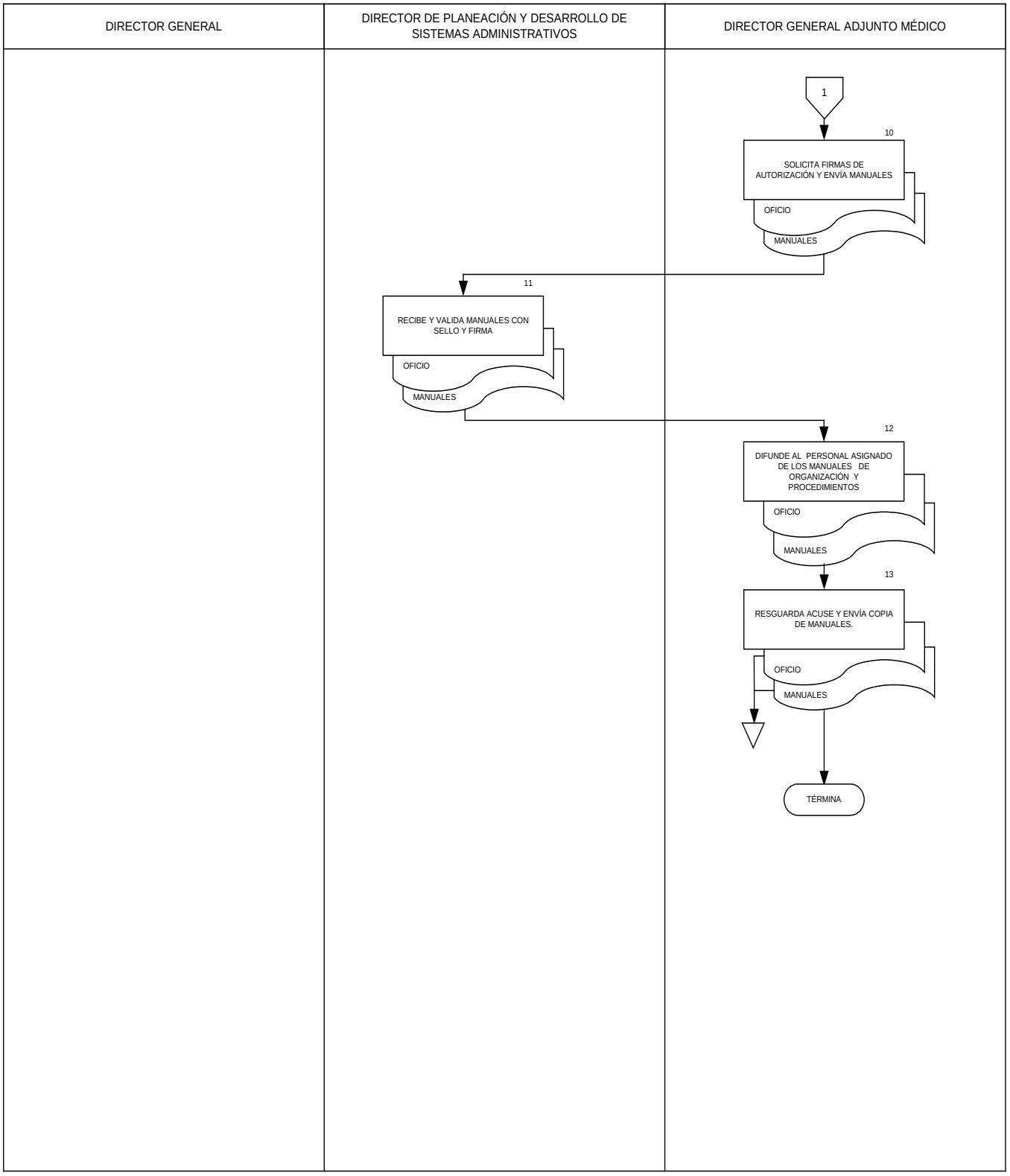
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General	1	Recibe con oficio las Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos por parte de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y los envía a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos para su difusión.	• Oficio • Guías Técnicas.
Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	2	Recibe oficio y Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos y las envía con oficio a la Dirección General Adjunta Médica y las Direcciones de Área para su difusión.	• Oficio • Guías Técnicas.
Director General Adjunto Médico	3 4	Recibe oficio y Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos e instruye a las Direcciones de Áreas Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico para la elaboración y/o actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos. Realiza reuniones de trabajo con las Direcciones de Áreas Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico para la elaboración y actualización de Manuales de Organización y Procedimientos de acuerdo a los formatos contenidos en las Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.	• Oficio • Guías Técnicas.
Directores de Área (Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento)	5 6	Realiza reuniones de trabajo con las Subdirecciones y/o Jefaturas de Servicio para establecer los procedimientos a desarrollar, así como el Manual de Organización y su elaboración, de acuerdo a los formatos contenidos en las Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos. Elaboran los manuales de Organización y Procedimientos y solicita a los Servicios de las Áreas Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico su elaboración de acuerdo a los formatos de las Guías Técnicas y el Marco Jurídico actualizados recibidos, los envía con oficio a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos para su revisión.	• Oficio • Guías Técnicas

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	7	Recibe y revisa los Manuales de Organización y Procedimientos de las Direcciones y los diferentes servicios y valora su corrección. ¿Son correctos los manuales?	• Oficio • Manuales.
	8	No: Solicita por oficio la corrección al Servicio correspondiente y regresa a la actividad 6.	
	9	Si: Envía con oficio a la Jefatura de Servicio y/o Dirección, los Manuales de Organización y Procedimientos, solicitando las firmas de autorización de los mismos a las instancias que correspondan.	
Director General Adjunto Médico	10	Recibe los manuales, solicita las firmas de autorización correspondientes de los Manuales de Organización y Procedimientos y los envía a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos para su validación.	• Oficio • Manuales.
Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	11	Recibe y valida los Manuales de Organización y Procedimientos con sello y firma y los envía con oficio a la Dirección General Adjunta Médica y/o Direcciones y Subdirecciones Médicas para su difusión.	• Oficio • Manuales.
Director General Adjunto Médico	12	Recibe los manuales, difunde copias de los Manuales de Organización y Procedimientos al personal asignado a su área, solicitando a través de oficio firma de recibido.	• Oficio • Manuales.
	13	Resguarda oficio de recibido, el original y una copia de los Manuales de Organización y procedimientos en su servicio así como las Direcciones y/o Subdirecciones de Áreas Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.3 Código de Bioética vigente en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.4 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualizar.- Poner al día la información de los procedimientos.

8.2 Aprobar.- Dar por bueno. Juzgar válido algo. Coincidir con una opinión, doctrina, etc.

8.3 Asesorar.- Dar consejo o dictamen. Aconsejar o dar informe.

8.4 Coordinar.- Disponer cosas metódicamente. Reunir esfuerzos para un objetivo común.

8.5 Difusión.- Acción y efecto de difundir o difundirse. Propagación, divulgación.

8.6 Elaborar.- Transformar en producto una materia prima. Preparar por un largo trabajo.

8.7 Formato.- Integrar un documento de una forma preestablecida. Disposición prevista de los caracteres, los campos, las letras, de un documento.

8.8 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.- Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de sus Propuestas de Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.

8.9 Jerarquizar.- Fijar la autoridad y responsabilidad que corresponde a cada nivel en la Organización de Salud.

8.10 Lineamientos.- Conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo una política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

8.11 Manual.- Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

8.12 Manual de Organización.- Documento que describe las funciones de cada una de las unidades de mando que integran la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.

8.13 Organización.- Se considera que una organización es una unidad social, constituida en forma deliberada con fines y objetivos predeterminados sobre una base de actuación de cierta permanencia que se rige por un orden normativo y se estructura alrededor de centros de poder y de decisión internos y externos, que regulan y controlan su operación para encaminar al cumplimiento de sus objetivos. La organización está constituida por grupos de individuos que establecen relaciones interpersonales de trabajo, determinan las divisiones y la especialización de las labores, y operan bajo una jerarquización formal de posiciones y cargos, diferenciando al individuo por el puesto, el papel o las actividades que le corresponde desempeñar. Toda la organización puede considerarse como un ente dinámico que mantiene nexos permanentes con el medio que lo rodea, al que a su vez influye en forma directa o indirecta en su funcionamiento.

8.14 Procedimiento.- Sucesión cronológica de operaciones relacionadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.15 Validar.- Dar validez; calidad de válido.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de validación de procedimientos.

10.1 Oficio de validación de procedimientos.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. DGAM/1242/2015

LIC. EDUARDO S. ROSAS MUNGUÍA
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O. D.
Presente

México, D. F., a 26 de febrero de 2015.

En atención a su oficio 30231/DPDSA/084/15 anexo al presente, se servirá encontrar los Procedimientos: 20. *Para la Solicitud de Medicamento Mezclado para Pacientes Hospitalizados y 21. Para la Solicitud de Medicamento Mezclado para Pacientes Ambulatorios (Quimioterapia Ambulatoria)* debidamente firmado, para su validación y registro.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

Atentamente
EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO

DR. FELIPE SANDOVAL MAGALLANES

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
27 FEB. 2015
12:50

FSM/mary.

HOSPITAL CERTIFICADO Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F. 06720

T +52 (55) 5004 3817
F 1756 (Ext)
Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1086 a 1089, 1794

3. PROCEDIMIENTO PARA LA REMODELACIÓN, REUBICACIÓN O CONSTRUCCIÓN DE ÁREAS MÉDICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el procedimiento administrativo para casos de remodelación, reubicación o construcción de áreas Médicas, Quirúrgicas y de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” con el fin de lograr que el personal asignado a esas áreas desempeñe sus actividades dignamente y con el mayor confort posible mediante los espacios físicos que se les proporcionen.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Participan en el requerimiento de la remodelación, reubicación o construcción de áreas médicas la Dirección General, la Dirección General Adjunta Médica y sus Direcciones y Subdirecciones de Área, la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas y la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, valoran el recurso financiero y material para su aprobación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica conjuntamente con la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas serán las responsables de difundir y vigilar que se cumpla el presente procedimiento.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección General, en coordinación con la Dirección General Adjunta Médica analizar las propuestas de las Direcciones y Servicios a su cargo para la reubicación, remodelación, adecuación o construcción de las áreas médicas, de acuerdo a las necesidades de infraestructura y la partida presupuestal existente para tal fin.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección General, en conjunto con la Dirección General Adjunta Médica orientar, coordinar y autorizar las solicitudes para la remodelación, reubicación, adecuación o construcción de las áreas Médicas.

3.4 La Dirección General Adjunta Médica será responsable de solicitar a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas el estudio de costo beneficio, (a través de la Subdirección de Recursos Materiales) de la remodelación, reubicación o construcción de las áreas en los Servicios Médicos, para su aprobación o rechazo.

3.5 La Dirección General Adjunta Médica es responsable de coordinar en conjunto con las Direcciones y Jefaturas de Servicio los ajustes necesarios respecto a la planeación y logística de ejecución de las actividades asistenciales durante el tiempo que perdure la remodelación, reubicación o reconstrucción de las áreas médico-quirúrgicas.

3.6 Los Servicios de la Dirección Quirúrgica, Dirección Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento donde se realice la remodelación reconstrucción o reubicación serán responsables del cumplimiento de los compromisos de acuerdo con las metas asistenciales médicas, en la medida de lo posible.

3.7 La Dirección General Adjunta Médica será responsable de orientar y sancionar las solicitudes para la remodelación, reubicación, adecuación o construcción de las áreas Médicas.

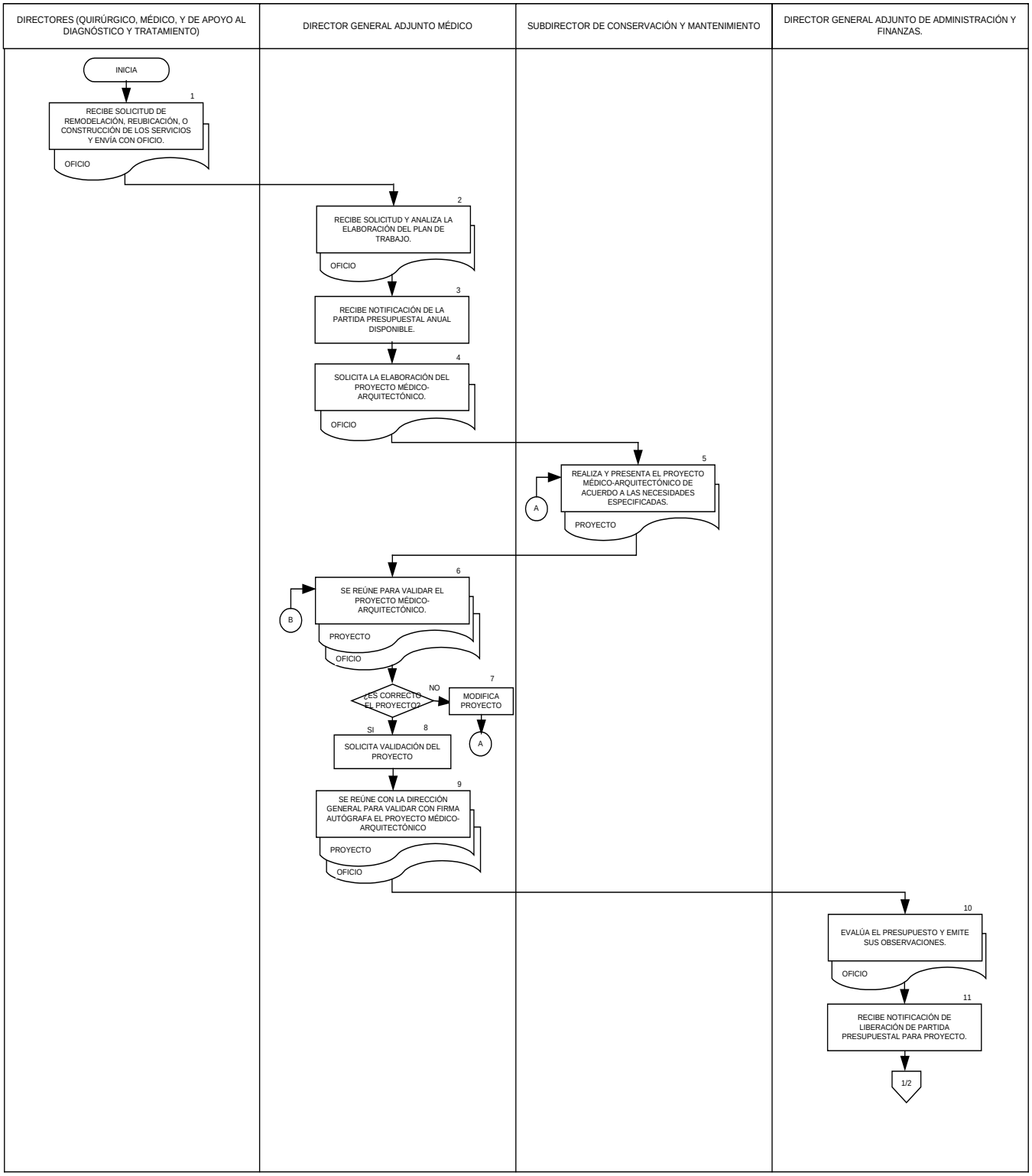
3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales deberán apegarse al Código de Bioética vigente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

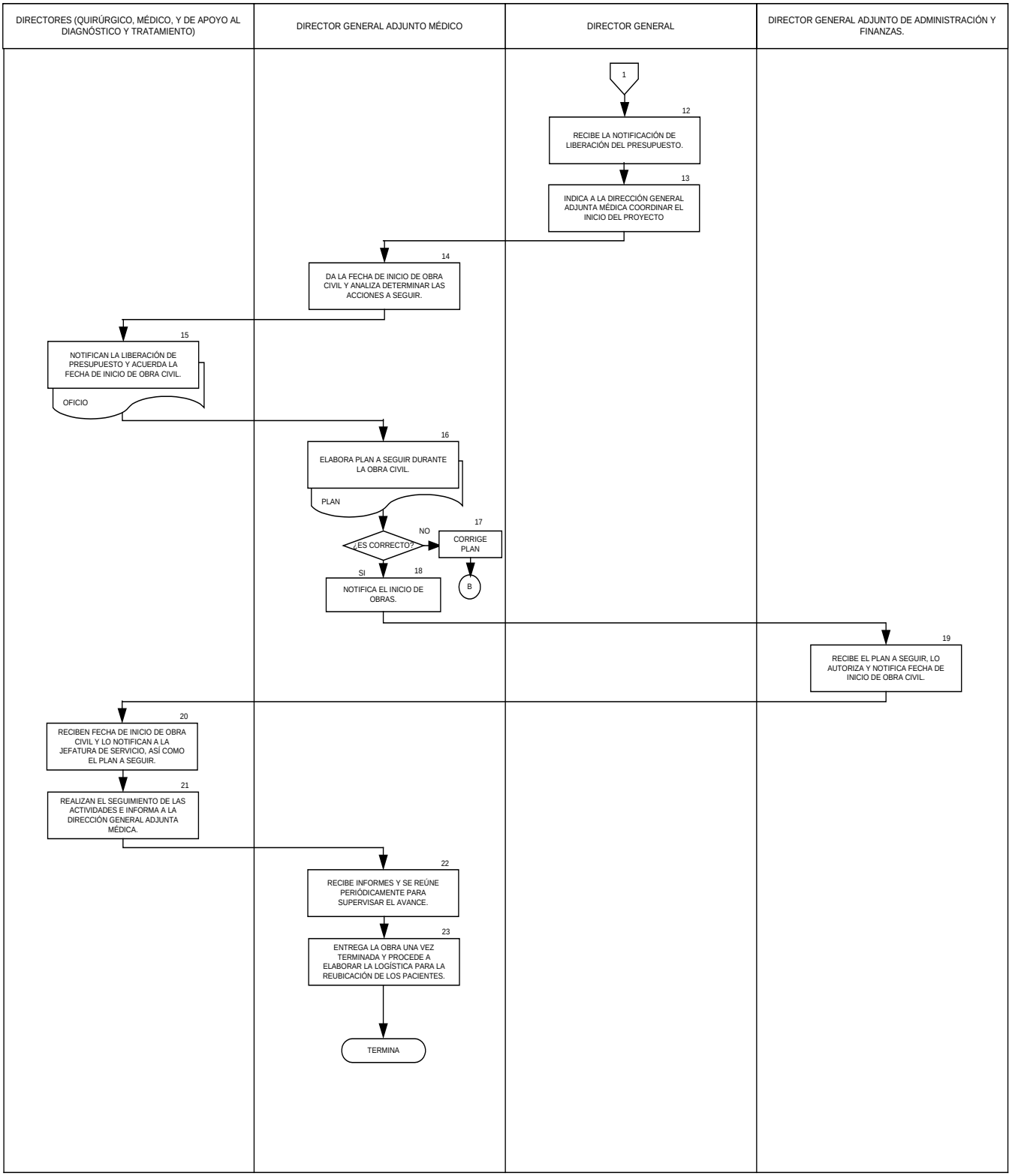
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (Quirúrgico, Médico, y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento)	1	Recibe solicitud de remodelación, reubicación, o construcción de los servicios y la envía con oficio a la Dirección General Adjunta Médica.	• Oficio
Director General Adjunto Médico.	2	Analiza con la Dirección General la elaboración de un programa de necesidades con las acciones específicas para la elaboración del plan de trabajo de remodelación, reubicación, adecuación o construcción de Unidades Médicas.	• Oficio
Director General Adjunto Médico.	3	Recibe de manera verbal la notificación de la partida presupuestal anual disponible para actividades de remodelación, reubicación, o construcción de áreas, por parte de la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas, solicita de manera verbal a la Dirección General Adjunta Médica la necesidad de implementar las obras.	
Director General Adjunto Médico.	4	Solicita con oficio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento la elaboración del proyecto médico-arquitectónico, de acuerdo a necesidades resultantes de la actividad 2.	• Oficio
Subdirector de Conservación y Mantenimiento.	5	Realiza y presenta a la Dirección General Adjunta Médica el proyecto médico-arquitectónico de acuerdo a las necesidades especificadas.	• Proyecto
Director General Adjunto Médico.	6 7 8	Se reúne con la Dirección y Subdirecciones correspondientes, así como con la Subdirección de Conservación y Mantenimiento para validar el proyecto médico- arquitectónico. ¿Es correcto el proyecto? No: Modifica el proyecto y regresa a la actividad 5. Si: Solicita Validación del proyecto a la Dirección General.	• Oficio • Proyecto
Director General Adjunto Médico.	9	Se reúne con la Dirección General para validar con firma autógrafa el proyecto médico- arquitectónico y envía con oficio el proyecto a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas.	• Oficio • Proyecto
Director General Adjunto de Administración y Finanzas.	10	Recibe oficio de autorización del proyecto médico arquitectónico, evalúa el presupuesto y se reúne con la Dirección General y a la Dirección General Adjunta Médica para emitir sus observaciones y validar conjuntamente el proyecto. Solicita esperar la liberación de partida presupuestal para obra e inicio de proyecto	• Oficio

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Administración y Finanzas.	11	Recibe notificación de liberación de partida presupuestal para proyecto médico arquitectónica e informa verbalmente a la Dirección General y a la Dirección General Adjunta Médica sobre la misma.	
Director General	12 13	Recibe la notificación verbal de liberación del presupuesto para la realización del proyecto médico-arquitectónico. Indica a la Dirección General Adjunta Médica notificar a la Dirección correspondiente y coordinar el inicio del proyecto.	
Director General Adjunto Médico.	14	Da verbalmente la fecha de inicio de obra civil y analiza conjuntamente con la Dirección y Subdirecciones para determinar las acciones a seguir, encaminadas a conservar la funcionalidad del Servicio o Unidad que corresponda.	
Directores (Quirúrgico, Médico, y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento)	15	Notifican verbalmente a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento y a la Jefatura de Servicio la liberación de presupuesto y acuerda la fecha de inicio de obra civil.	
Director General Adjunto Médico.	16 17 18	Elabora por escrito plan a seguir durante la obra civil, en conjunto con las Direcciones, Subdirecciones y Jefaturas de Servicio. ¿Es correcto el plan a seguir? No: Solicita corrección del plan y regresa a la actividad 6. Si: Notifica a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas para el inicio de obras.	• Plan
Director General Adjunto de Administración y Finanzas.	19	Recibe verbalmente el plan a seguir, lo autoriza y notifica verbalmente a la Dirección General Adjunta Médica la fecha de inicio de obra civil.	
Directores (Quirúrgico, Médico, y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento)	20	Reciben verbalmente fecha de inicio de obra civil y lo notifican de la misma manera a la Jefatura de Servicio, así como el plan a seguir durante la realización de obra.	
Directores (Quirúrgico, Médico, y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento)	21	Realizan el seguimiento de las actividades de remodelación, reubicación o construcción de áreas Médicas e informa verbalmente a la Dirección General Adjunta Médica acerca de los avances.	
Director General Adjunto Médico.	22	Recibe informes de manera verbal y se reúne periódicamente con las Direcciones y Jefaturas de Servicio para supervisar el avance de las actividades de remodelación, reconstrucción o reubicación de áreas.	
Director General Adjunto Médico.	23	Entrega la obra una vez terminada y procede a elaborar la logística en conjunto con la Dirección correspondiente para la reubicación de los pacientes. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORES (QUIRÚRGICO, MÉDICO, Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
DIRECTOR GENERAL
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.
1
12
RECIBE LA NOTIFICACIÓN DE LIBERACIÓN DEL PRESUPUESTO.
13
INDICA A LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA COORDINAR EL INICIO DEL PROYECTO
14
DA LA FECHA DE INICIO DE OBRA CIVIL Y ANALIZA DETERMINAR LAS ACCIONES A SEGUIR.
15
NOTIFICAN LA LIBERACIÓN DE PRESUPUESTO Y ACUERDA LA FECHA DE INICIO DE OBRA CIVIL.
OFICIO
16
ELABORA PLAN A SEGUIR DURANTE LA OBRA CIVIL.
PLAN
¿ES CORRECTO?
NO
17
CORRIGE PLAN
B
SI
18
NOTIFICA EL INICIO DE OBRAS.
19
RECIBE EL PLAN A SEGUIR, LO AUTORIZA Y NOTIFICA FECHA DE INICIO DE OBRA CIVIL.
20
RECIBEN FECHA DE INICIO DE OBRA CIVIL Y LO NOTIFICAN A LA JEFATURA DE SERVICIO, ASÍ COMO EL PLAN A SEGUIR.
21
REALIZAN EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES E INFORMA A LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA.
22
RECIBE INFORMES Y SE REÚNE PERIÓDICAMENTE PARA SUPERVISAR EL AVANCE.
23
ENTREGA LA OBRA UNA VEZ TERMINADA Y PROCEDE A ELABORAR LA LOGÍSTICA PARA LA REUBICACIÓN DE LOS PACIENTES.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Proyecto autorizado de remodelación, reubicación o construcción de áreas médicas.	No Aplica
6.4 Código de Bioética vigente en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.5 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud de remodelación, reubicación o construcción de áreas médicas.	5 años	Direcciones de Área Médica.	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Accesibilidad.- Facultad que permite llegar a algo. Fácil de abordar o entender.

8.2 Adaptar.- Acomodar o ajustar dos cosas. Amoldarse a una circunstancia.

8.3 Análisis.- Del griego analyo=desatar. Individualización y estudio de las partes de un sistema con vistas a profundizar el conocimiento de éste y establecer la posición y funciones de aquéllas en el mismo.

8.4 Construir.- Realizar una cosa con los elementos adecuados. Edificar.

8.5 Propuesta. - Proposición. Plan a realizar. Consulta.

8.6 Proyecto.- Plan, intención de hacer algo. Representado en perspectiva. Propósito de realizar algo y plan que se ha trazado para ello. Estudio de medios, costos, etc. necesarios para determinada obra de construcción.

8.7 Remodelar.- Modificar la estructura de una obra arquitectónica o urbanística. Transformar una cosa sin variar su esencia.

8.8 Reubicar.- Volver a ubicar.

8.9 Sancionar.- Dar fuerza de ley a una disposición. Aplicar un castigo.

8.10 Ubicar.- Radicar. Estar en determinado sitio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

4. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los procedimientos administrativos que sirvan para la selección y contratación del personal médico que sea aspirante a nuevo ingreso al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de coadyuvar a que los trámites se agilicen por las partes que intervienen en el proceso y contar con el recurso humano suficiente y adecuada para la realización de las actividades médico-asistenciales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección General, la Dirección General Adjunta Médica, la Dirección de Recursos Humanos, las Direcciones de Área médica y a las Jefaturas de Servicio.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección de Recursos Humanos notificar acerca de las vacantes disponibles de plazas de médico especialista y/o General, a la Dirección General Adjunta Médica, previa evaluación de las cargas de trabajo y necesidades personal existentes, así como de solicitar el curriculum vitae de candidatos para ocuparla a los Jefes de Servicio correspondientes.

3.2. Es responsabilidad del personal de la Dirección General Adjunta Médica establecer, revisar, verificar y vigilar que se cumplan los lineamientos y los requisitos para la selección del personal médico de base de nuevo ingreso, así como difundir de este procedimiento a todos los Servicios correspondientes.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica, en coordinación con las Direcciones de Área Médica realizar la evaluación integral de los candidatos propuestos por las Jefaturas de Servicio para ocupar una plaza vacante.

3.4 Una vez aprobada la propuesta de candidatos a ocupar plazas vacantes, es responsabilidad de la Dirección General y la Dirección General Adjunta Médica enviar la solicitud de contratación a la Dirección de Recursos Humanos.

3.5 En caso de que no se seleccione a ningún candidato, será responsabilidad de la Dirección de Recursos Humanos mantener abierta la convocatoria.

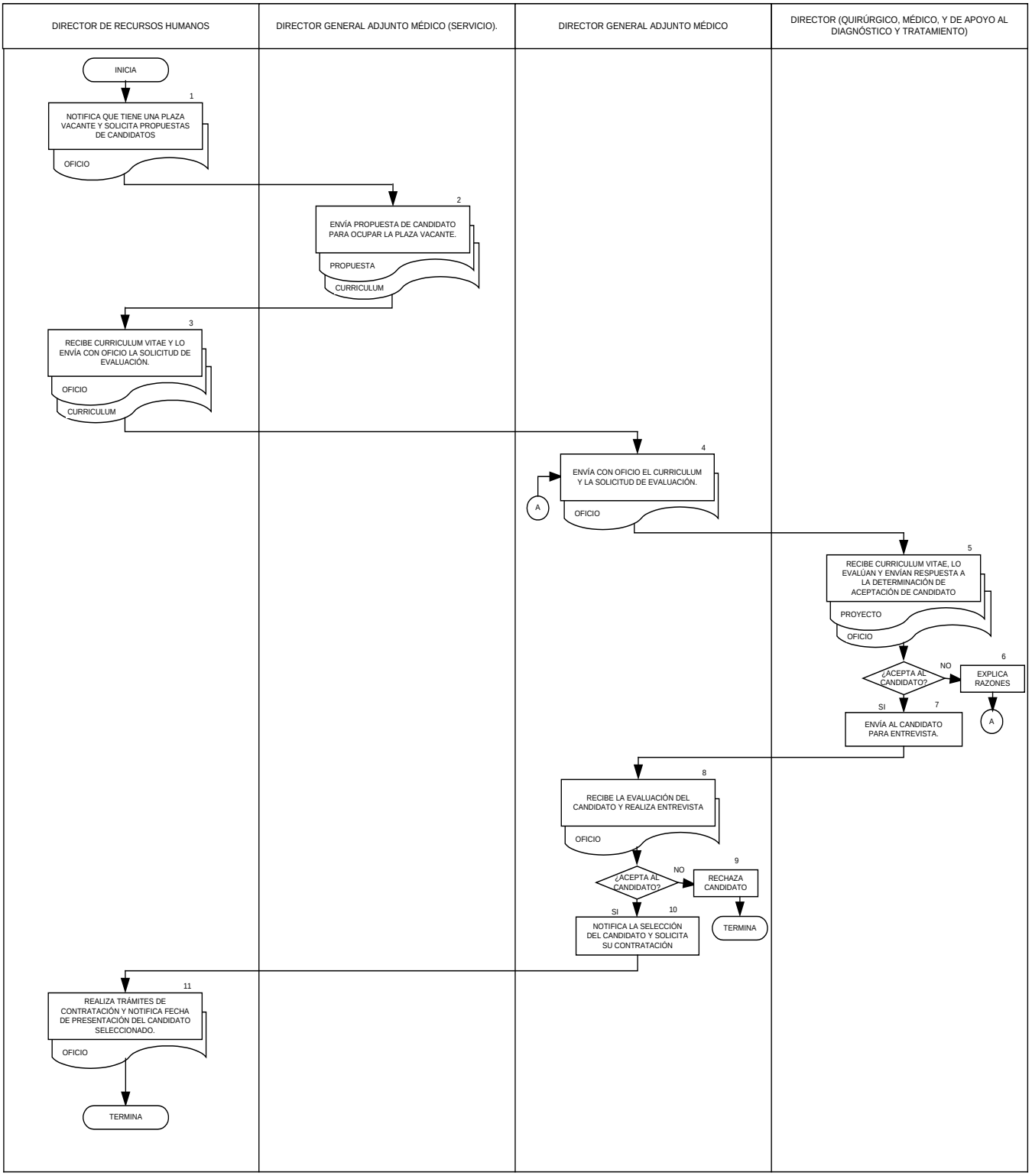
3.6 El incumplimiento de este procedimiento, será sancionado por las autoridades correspondientes y de acuerdo a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente.

3.7 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se apegarán al Código de Ética y al Decálogo de Bioética vigente del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director de Recursos Humanos	1	Notifica, mediante oficio a la Dirección General Adjunta Médica, que tiene una plaza vacante, especificando el motivo de la baja y solicita propuestas de candidatos acompañados de curriculum vitae al Servicio correspondiente.	• Oficio
Director General Adjunto Médico (Servicio).	2	Envía propuesta de candidato idóneo para ocupar la plaza vacante, con curriculum vitae a la Dirección de Recursos Humanos.	• Propuesta • Curriculum
Director de Recursos Humanos	3	Recibe curriculum vitae y lo envía con oficio la solicitud de evaluación a la Direccion General Adjunta Médica.	• Oficio • Curriculum.
Director General Adjunto Médico	4	Envía con oficio el curriculum y la solicitud de evaluación a la Dirección de Área correspondiente.	• Oficio.
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5 6 7	Reciben curriculum vitae, lo evalúan y envían con oficio la respuesta a la determinación de aceptación de candidato a la Dirección General Adjunta Médica. ¿Acepta al candidato? No: Explica razones de negativa, solicita documentos faltantes y regresa a la actividad 4. Si: Envía al candidato a la Dirección General Adjunta Médica para entrevista.	• Oficio • Curriculum.
Director General Adjunto Médico	8 9 10	Recibe la evaluación del candidato con la aceptación de idoneidad para la plaza vacante y realiza entrevista al candidato. Selecciona al candidato idóneo en base a entrevista, currículum vitae y resultado de evaluación de Dirección de Área. ¿Acepta al candidato? No: Rechaza al candidato y Termina el procedimiento. Si: Notifica con oficio a la Dirección de Recursos Humanos a cerca de la selección del candidato a ocupar la plaza vacante y solicita su contratación	• Oficio.
Director de Recursos Humanos	11	Realiza trámites de contratación y envía oficio a la Dirección General Adjunta Médica (Servicios) con fecha de presentación del candidato seleccionado. **TERMINA**	• Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Estatuto Orgánico del Hospital General de México.	No Aplica
6.4 Código de Ética del Hospital General de México.	No Aplica
6.5 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	No Aplica
6.6 Lineamientos para la evaluación curricular.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Autorizar.- Dar a uno autoridad o facultad para hacer una cosa. Permitir

8.2 Candidato.- Persona que aspira a un cargo, título, premio, etc. o que es propuesta para recibirlo.

8.3 Contratación.- Acción y efecto de contratar. Emplear a alguien para un trabajo.

8.4 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.- Ley que reglamenta a los sujetos de responsabilidad en el servicio público, sus obligaciones, responsabilidades en el servicio público, sanciones administrativas y las autoridades competentes y los procedimientos para aplicar dichas sanciones.

8.5 Personal médico.- Persona autorizada legalmente y con título profesional y cédula que desempeñan labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes.

8.6 Plaza Vacante.- Se dice del cargo, empleo o dignidad que está sin cubrir.

8.7 Propuesta.- Presentación de un aspirante a un cargo, empleo o galardón.

8.8 Recursos humanos.- Se refiere al inventario de personal operativo vinculado al sector salud, clasificados como profesionales, técnicos, auxiliares, administrativos y otros.

8.9 Servicio.- Área médica de especialidades, adscritas a las Direcciones Quirúrgicas, Médica o de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. Anexos

No Aplica.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y/O REINSTALACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES (ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD)

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos, normas y procedimientos administrativos para la integración, reinstalación y operación de los Comités Institucionales a cargo de las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, con la finalidad de dar seguimiento a los Programas Nacionales e Institucionales de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General, la Dirección General Adjunta Médica, y las Direcciones y Subdirecciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento aprueban y coordinan la integración y/o reinstalación de Comités médicos del Hospital.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General fungir como presidente honorario de los Comités Institucionales.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica difundir las políticas y procedimientos para la instalación de los Comités Institucionales, además de fungir como presidente ejecutivo de los Comités Institucionales y representar a la Dirección General cuando se le solicite.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica reunir a las Direcciones, Subdirecciones y Jefaturas de Servicio y/o Unidad de las áreas Médicas para la integración de los Comités.

3.4 Será responsabilidad de la Dirección Quirúrgica, Médica o de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento reunir a las Subdirecciones y Jefaturas de Servicio y/o Unidad de la Dirección correspondiente para la integración de los Comités y nombrar a los coordinadores de los mismos y sus vocales.

3.5 La Dirección General Adjunta Médica será responsable de coordinar y plantear las estrategias para el seguimiento de las actividades de los Comités, así como de verificar que los integrantes de los Comités Institucionales del Hospital sean trabajadores de base o de confianza en funciones, así como los consultores técnicos.

3.6 La Dirección General Adjunta Médica será responsable de dar seguimiento a las observaciones y recomendaciones emanadas de las reuniones de los Comités Institucionales.

3.7 La Dirección de área coordinadora de los distintos Comités Institucionales será responsable de elaborar el Acta Constitutiva y supervisar que el Secretario del Comité elabore las minutas correspondientes de las sesiones realizadas, así como que realice el calendario anual de programación de sesiones de los mismos y actualice las Actas constitutivas cada 2 años o cuando existan cambios de los integrantes del Comité.

3.8 Las Subdirecciones de las Direcciones correspondientes serán responsables de fungir como Secretario del Comités Institucionales.

3.9 Será responsabilidad de los demás integrantes de los Comités fungir como vocales.

3.10 Los Comités se apegarán al Estatuto Orgánico, al Código de Bioética vigente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y a las Normas Oficiales existentes, de acuerdo a los Programas Nacionales e Institucionales de Salud vigentes.

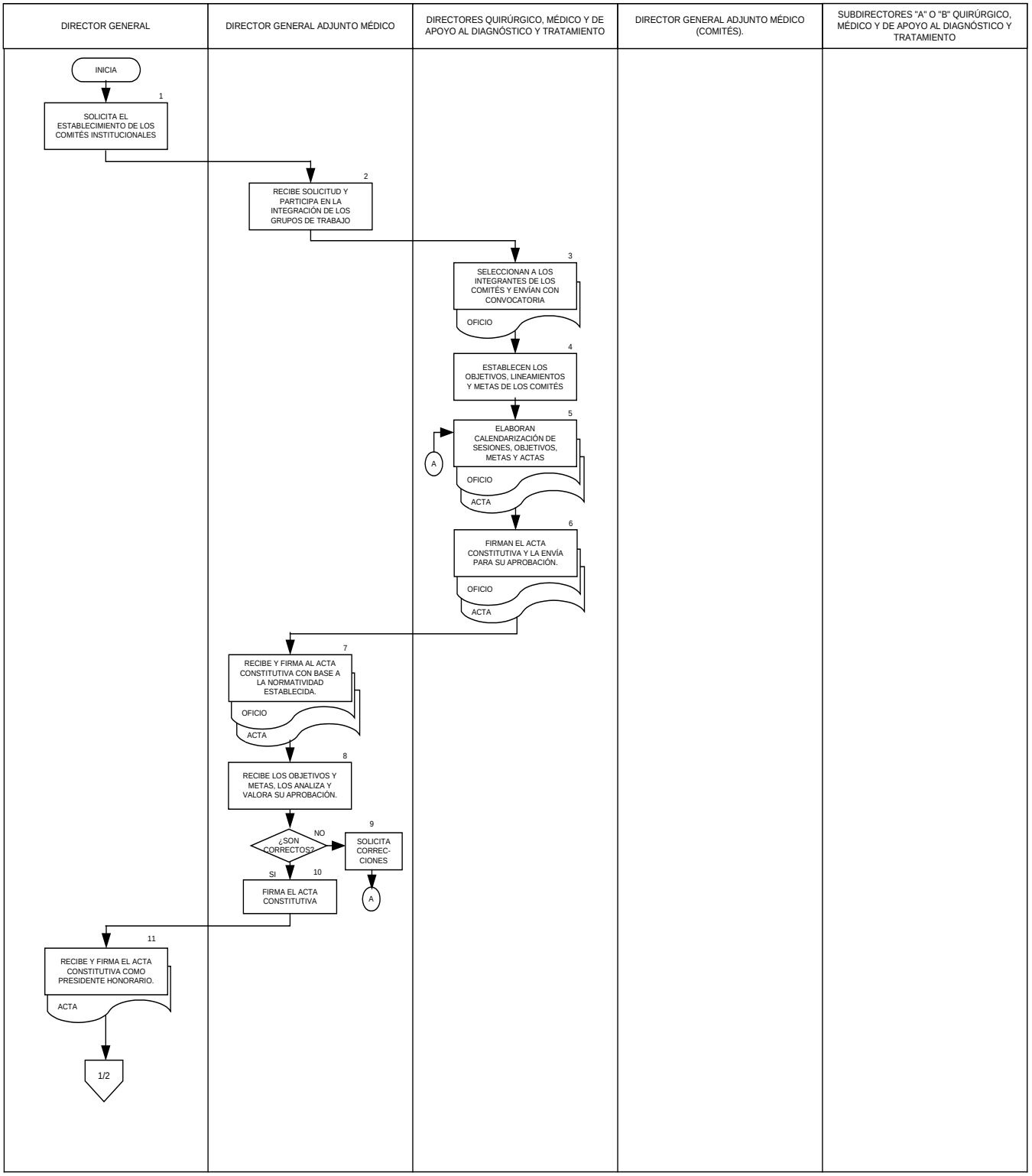
3.11 El Secretario del Comité es responsable de convocar a las sesiones ordinarias del Comité, de acuerdo al calendario anual programado, con la periodicidad establecida, en caso necesario, convocará con 15 días de anticipación a sesiones extraordinarias, así como de dar seguimiento a los acuerdos realizados.

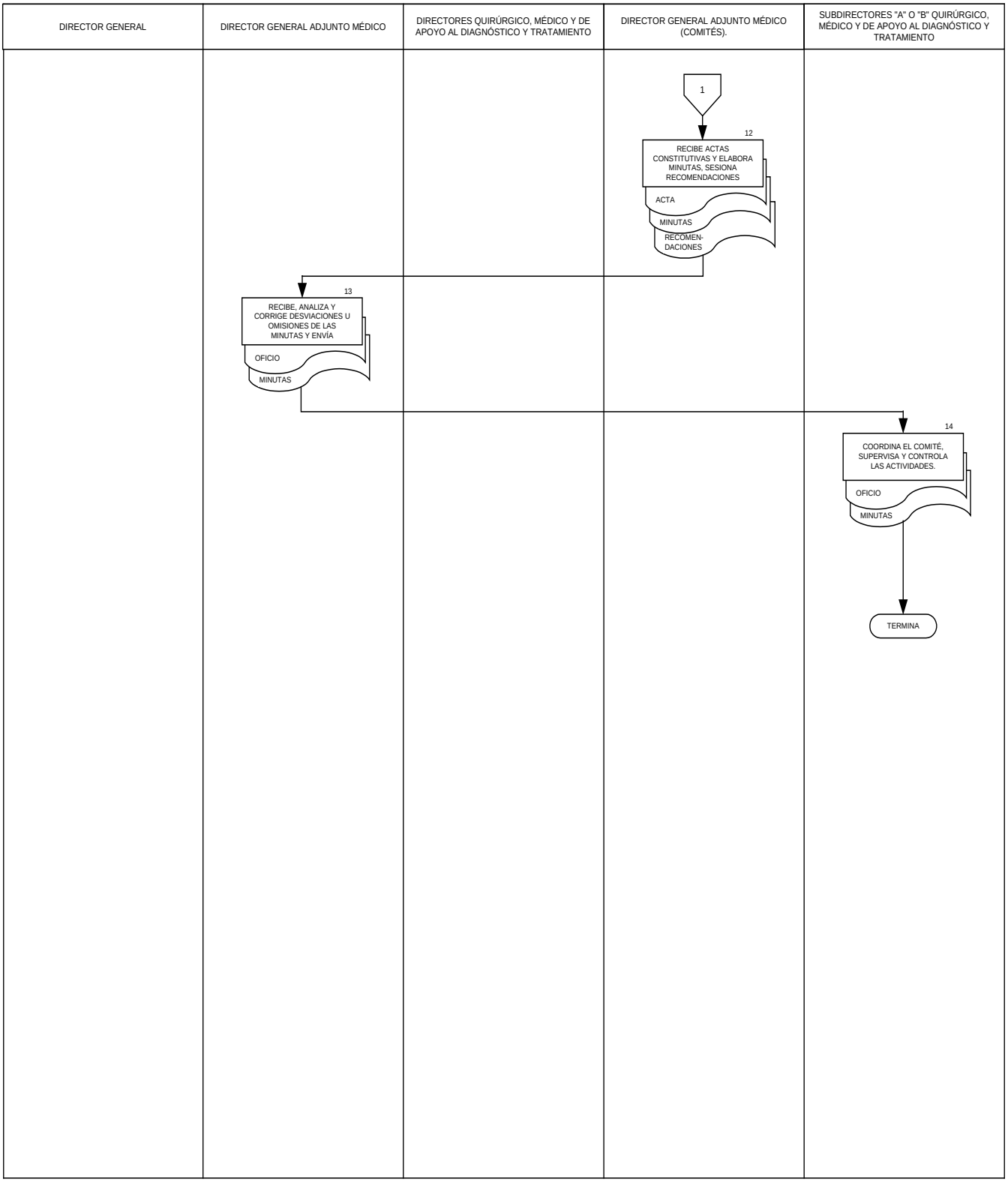
3.12 Todo incumplimiento en los presentes lineamientos, será sancionado por la Dirección General Adjunta Médica, de acuerdo a la Normatividad vigente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General	1	Solicita verbalmente a la Dirección General Adjunta Médica el establecimiento de los Comités Institucionales en apoyo al seguimiento de los Programas Nacionales e Institucionales de Salud.	
Director General Adjunto Médico	2	Recibe verbalmente la solicitud y participa con los Directores y Subdirectores de Área correspondiente en la integración de los grupos de trabajo que conformarán los Comités e instruye a cada área para convocar a los candidatos para integrar los comités de referencia.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	3	Selecciona junto con la Dirección General Adjunta Médica a los integrantes de los Comités y envía con oficio convocatoria a cada uno de ellos para participar.	• Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	4	Establecen con los participantes los objetivos, lineamientos y metas de los Comités de Apoyo y los envía con oficio a la Dirección General y a la Dirección General Adjunta Médica.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5	Elaboran calendarización anual de sesiones ordinarias, objetivos y metas de los Comités, actas constitutivas y los envía con oficio a la Dirección General Adjunta Médica.	• Oficio • Acta Constitutiva
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	6	Firma el Acta Constitutiva con cada uno de los participantes y la envía con oficio a la Dirección General y a la Dirección General Adjunta Médica para su aprobación y firma.	• Oficio • Acta Constitutiva
Director General Adjunto Médico	7 8 9 10	Recibe y firma al Acta Constitutiva con base a la normatividad establecida. Recibe con oficio los objetivos y metas, los analiza y valora su aprobación para la integración de los Comités. ¿Son correctos los objetivos y metas? No: Solicita correcciones y regresa a la actividad 5. Si: Firma el Acta Constitutiva con base a la normatividad establecida y envía con oficio a la Dirección General.	• Oficio • Acta Constitutiva
Director General	11	Recibe y firma el Acta Constitutiva de los Comités correspondientes como Presidente Honorario.	• Acta Constitutiva
Director General Adjunto Médico (Comités).	12	Recibe Actas Constitutivas de los Comités y sesiona conforme a calendarios establecidos y elabora minutas al terminar cada sesión. Emite recomendaciones y da seguimiento.	• Acta Constitutiva • Minutas • Recomendaciones
Director General Adjunto Médica	13	Recibe, analiza y corrige desviaciones u omisiones de las minutas enviadas por los Comités Institucionales y envía con oficio a las instancias correspondientes para su conocimiento y seguimiento.	• Oficio • Minutas
Subdirectores “A” o “B” Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	14	Participa como Coordinador del Comité, supervisando y controlando las actividades del mismo. **TERMINA**	• Oficio • Minutas

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO (COMITÉS).
SUBDIRECTORES "A" O "B" QUIRÚRGICO, MÉDICO Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
1
12
RECIBE ACTAS CONSTITUTIVAS Y ELABORA MINUTAS, SESIONA RECOMENDACIONES
ACTA
MINUTAS
RECOMEN-DACIONES
13
RECIBE, ANALIZA Y CORRIGE DESVIACIONES U OMISIONES DE LAS MINUTAS Y ENVÍA
OFICIO
MINUTAS
14
COORDINA EL COMITÉ, SUPERVISA Y CONTROLA LAS ACTIVIDADES.
OFICIO
MINUTAS
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018	No Aplica
6.2 Programa Institucional de Trabajo 2014.	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.4 Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Minutas de reuniones de Comités Médicos	5 años	Direcciones de Área	No aplica
7.2 Actas Constitutivas	5 años	Direcciones de Área	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Acta Constitutiva.- Documento mediante el cual se constituye una empresa u organización de cualquier tipo con fines comunes. Escrito que da fe del desarrollo y conclusiones de una reunión.
8.2 Área.- Extensión que se considera de manera unitaria, por tener una característica común (geográfica, cultural, lingüística, etc.), o ser escenario de un mismo acontecimiento.
8.3 Comité Médico.- Comisión delegada con funciones ejecutivas. En este caso, del orden médico.
8.4 Conformar.- Dar forma a algo. Coincidir con las ideas de otra persona.
8.5 Coordinar.- Conjugar medios, acciones, etc. para un objetivo común.
8.6 Direcciones de Área.- Dirección Quirúrgica, Dirección Médica y Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
8.7 Estrategia.- Son cursos de acción general o alternativas, que muestran la dirección y el empleo general de los recursos y esfuerzos, para lograr los objetivos en las condiciones ventajosas.
8.8 Integración.- Cualquiera de los procesos sociales (cultural, racial, etc.) que buscan homogeneizar en algún aspecto a los miembros de la comunidad.
8.9 Lineamientos.- Conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo una política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.
8.10 Metas.- Finalidad de un trabajo o aspiración.
8.11 Minuta.- Nota recordatoria. Borrador o copia para archivo de una carta, escritura, contrato u orden.
8.12 Objetivos.- Representan los resultados que la empresa espera obtener, son fines por alcanzar, establecidos cuantitativamente y determinados para realizarse transcurrido un tiempo específico.
8.13 Plantear.- Estudiar y planear la realización de algo. Exponer un tema, problema, etc.
8.14 Políticas.- Son guías para orientar la acción; son criterios, lineamientos generales a observar en la toma de decisiones, sobre problemas que se repiten una y otra vez dentro de una organización.
8.15 Programa.- Un esquema en donde se establecen: la secuencia de actividades específicas que habrán de realizarse para alcanzar los objetivos y el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes y todos aquellos eventos involucrados en su consecución.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

6. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la solicitud y realización de las interconsultas médicas como mecanismo para brindar la atención médica adecuada e integral a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de proporcionar una atención médica interdisciplinaria con calidad y calidez y lograr la satisfacción del usuario que solicita sus servicios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, las Direcciones de Área supervisan que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, las Subdirecciones de área, supervisan que se cumplan los lineamientos, los Servicios médicos que solicitan interconsulta y segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado y al que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica será la responsable de establecer los lineamientos para la solicitud y realización de Interconsultas Médicas, así como de verificar su adecuado funcionamiento.

3.2 Será responsabilidad de las Direcciones Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento la difusión, vigilancia y verificación de este procedimiento a todos los servicios correspondientes a sus áreas de mando, respecto a la solicitud y realización de Interconsultas Médicas.

3.3 El médico tratante de los Servicios médico-quirúrgicos será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnóstico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, debidamente requisitado y firmado por un Médico de Base.

3.4 Para garantizar la respuesta oportuna del servicio al que se solicita la interconsulta, el Jefe de Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros servicios, mismo que deberá enviar a la Dirección de Área correspondiente con periodicidad mensual. La atención de interconsultas deberá realizarse en un lapso no mayor a 3 horas, en casos de urgencia, (identificados en la solicitud de interconsulta con la leyenda “urgente”) no deberá exceder al lapso de 30 minutos.

3.5 La solicitud de Interconsultas del Servicio de Urgencias Médicas se hará apegada a los lineamientos establecidos en los Procedimientos Generales para la Atención de los Pacientes Hospitalizados en Servicios Periféricos.

3.6 La solicitud de Interconsultas del servicio de Anestesiología al servicio de Terapia Médica Intensiva se apegará al Reglamento de Quirófanos Central y Periféricos.

3.7 La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad exclusiva de los médicos tratantes.

3.8 En las jornadas que no cuenten con un médico de base, la interconsulta será atendida por el médico residente de mayor jerarquía, y deberá notificar el caso interconsultado con el Médico de Base del Servicio a la brevedad, para su supervisión y evaluación.

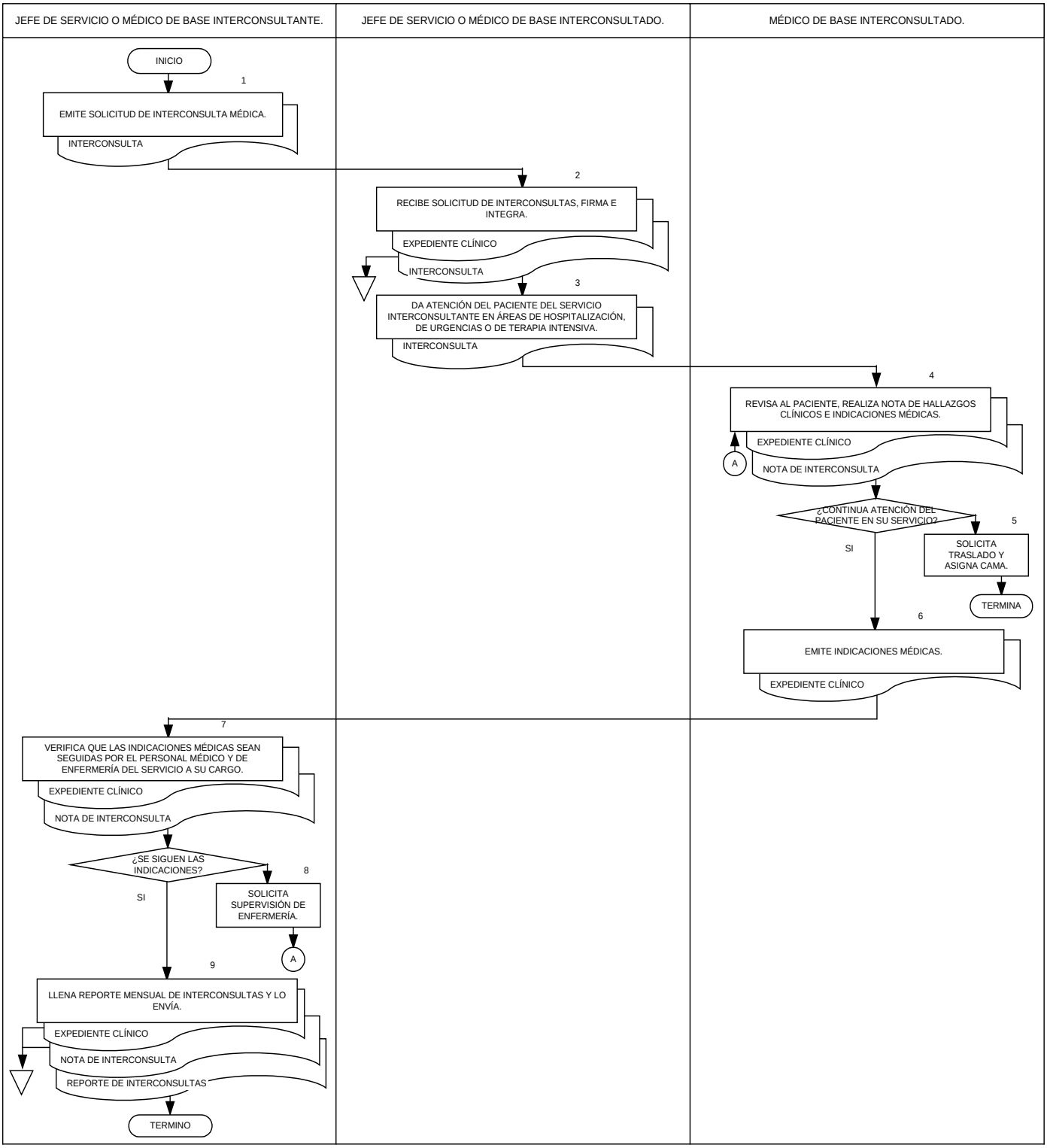
3.9 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

3.10 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento “Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables”, difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultante.	1	Emite la solicitud de Interconsulta Médica, de acuerdo a la evolución clínica del paciente hospitalizado en el Servicio a su cargo, a través del formato de interconsulta firmado en original y copia, lo turna al médico residente o médico interno de pregrado para su trámite.	• Formato de Interconsulta
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultado.	2	Recibe el formato original de la solicitud de interconsultas médicas, firma la copia del formato, anotando fecha y hora de recepción y la archiva en el expediente clínico del enfermo.	• Expediente clínico • Formato de Interconsulta
	3	Asigna el caso, de acuerdo a rol proporcionado a la Dirección General Adjunta Médica a médico de base de su servicio, motivo de interconsulta, enfatizando en la atención del paciente del Servicio interconsultante en un lapso no mayor de 3 horas, en áreas de hospitalización y no mayor a 1 hora, cuando la interconsulta sea solicitada para un paciente de Urgencias o de Terapia Intensiva, o bien que tenga en su formato la leyenda “urgente” y entrega original del formato de interconsulta al médico asignado.	
Médico de Base Interconsultado.	4	Acude al Servicio interconsultante, revisa al paciente, realiza nota de hallazgos clínicos e indicaciones médicas en el expediente del paciente, con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico y determina. ¿Continua atención del paciente en su Servicio?	• Expediente Clínico • Nota de interconsulta.
	5	NO: Solicita traslado, asigna cama en el Servicio interconsultado y termina el procedimiento.	
	6	SI: Emite y plasma en el expediente las indicaciones médicas.	
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultante.	7	Verifica que las indicaciones médicas anotadas por el Servicio interconsultado sean seguidas por el personal médico y de enfermería del Servicio a su cargo. ¿Se siguen las indicaciones adecuadamente?	• Expediente Clínico • Nota de interconsulta. • Reporte de Interconsultas.
	8	No: Solicita supervisión a la Jefatura de Enfermería y regresa a la actividad 4.	
	9	Sí: Archiva original de interconsulta en el expediente clínico del paciente, llena formato de reporte mensual de interconsultas realizadas y lo envía a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No Aplica
6.5 Reglamento Interno de Quirófanos Central y Periféricos.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de solicitud de Interconsultas Médicas.	5 años	Encargado de Archivo de Expedientes	No aplica
7.2 Expediente Clínico.	5 años	Encargado de Archivo de Expedientes.	No aplica
7.3 Reporte Mensual de Interconsultas.	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Formato de Interconsulta Médica: Documento mediante el cual se solicita la Interconsulta Médica del Servicio Interconsultante.

8.2 Médico Interno de Pregrado: Médico que se encuentra realizando su Internado Rotatorio de Pregrado, según lineamientos de la carrera de Médico Cirujano, de cualquier Universidad o Escuela con reconocimiento oficial.

8.3 Médico Residente: Médico en fase de entrenamiento en cualquier especialización médica.

8.4 Servicio Interconsultado: Servicio que otorga la interconsulta médica.

8.5 Servicio Interconsultante: Servicio que solicita la interconsulta médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualizació	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Interconsulta.
10.2 Historia Clínica.
10.3 Formato de reporte Mensual de Interconsultas.

10.1 Formato de Interconsulta.

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

AL SERVICIO: _____ NO. DE EXPEDIENTE _____

NOMBRE DEL ENFERMO _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

DEL SERVICIO _____ UNIDAD _____ CAMA ____ FECHA Y HORA ____/____/____

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA :

_____

_____

_____

_____

MEDICO SOLICITANTE:

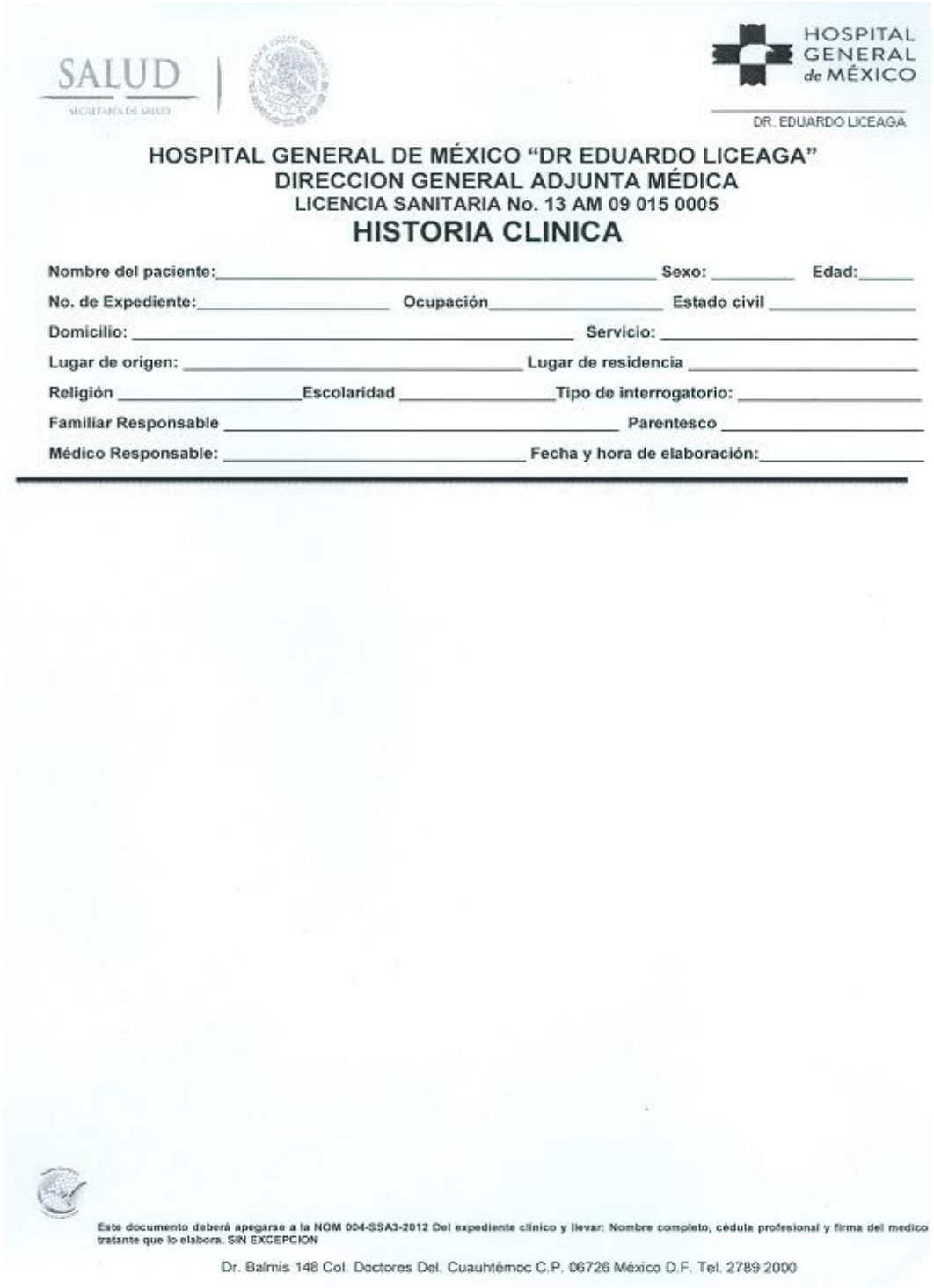
RECIBIDO POR _____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

FECHA Y HORA ____/____/____

_____
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

10.2 Historia Clínica.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

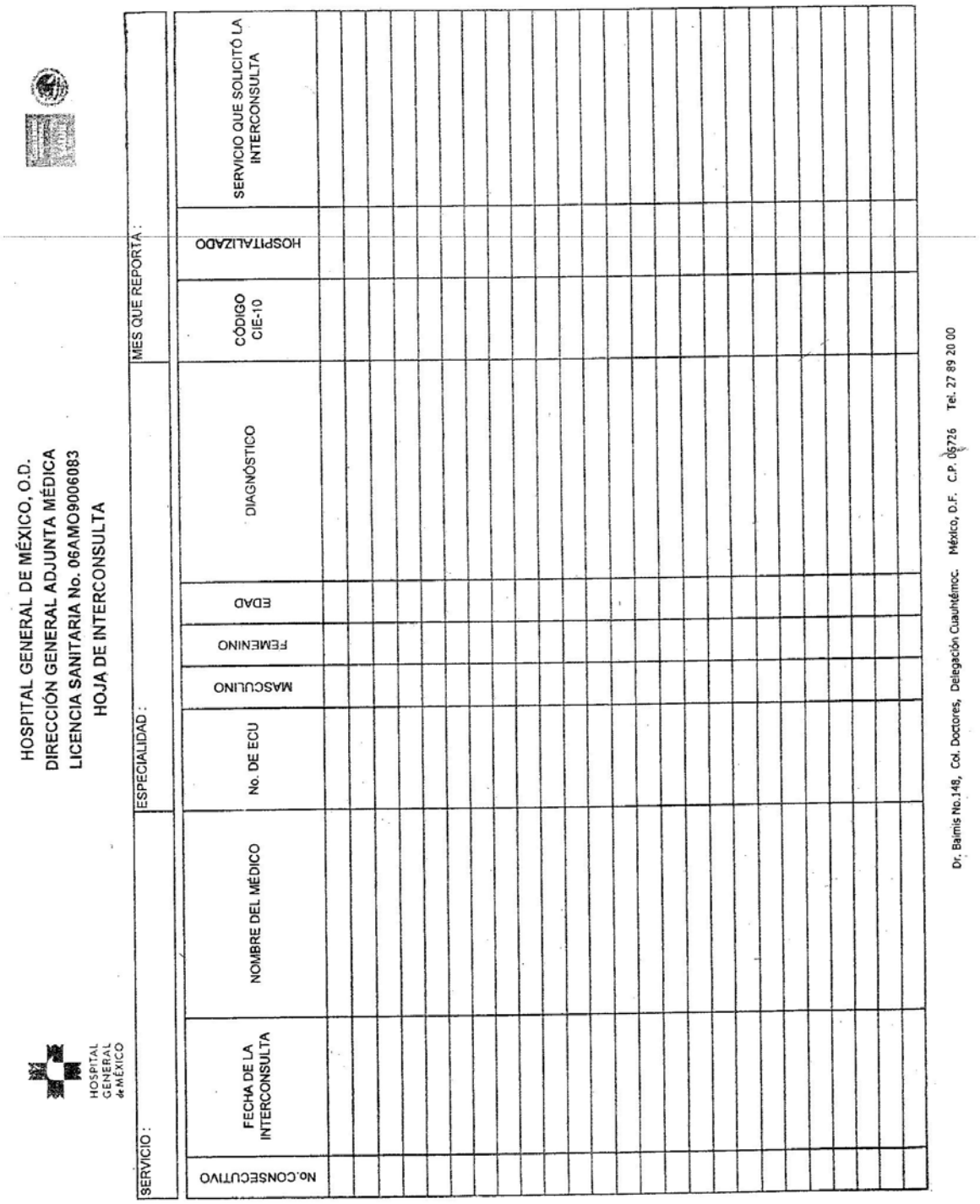
HISTORIA CLINICA

Nombre del paciente:_____ Sexo: _____ Edad:_____
No. de Expediente:_____ Ocupación_____ Estado civil _____
Domicilio: _____ Servicio: _____
Lugar de origen: _____ Lugar de residencia _____
Religión _____Escolaridad _____Tipo de interrogatorio: _____
Familiar Responsable _____ Parentesco _____
Médico Responsable: _____ Fecha y hora de elaboración:_____

Este documento deberá apegarse a la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico y llevar: Nombre completo, cédula profesional y firma del medico tratante que lo elabora. SIN EXCEPCION

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

10.3 Formato de reporte Mensual de Interconsultas



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 06AMO9006083
HOJA DE INTERCONSULTA

SERVICIO : ESPECIALIDAD : MES QUE REPORTA :

No. CONSECUTIVO	FECHA DE LA INTERCONSULTA	NOMBRE DEL MÉDICO	No. DE ECU	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE-10	HOSPITALIZADO	SERVICIO QUE SOLICITÓ LA INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc. México, D.F. C.P. 06726 Tel. 27 89 20 00

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA CONSULTA EXTERNA.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico de los Servicios que cuentan con hospitalización para los casos de pacientes que acuden a solicitar los servicios médicos a través de la Consulta Externa y requieran internamiento, éste se haga en los servicios periféricos, independientemente del servicio tratante, con el fin de optimizar recursos humanos, materiales y la infraestructura instalada, para obtener la satisfacción del usuario del Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento tiene alcance para todo el personal médico y paramédico de los Servicios que cuentan con camas censables disponibles para hospitalización, la Subdirección de Enfermería el Departamento de Trabajo Social y al personal administrativo de Admisión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los pacientes podrán ser hospitalizados en las camas censables que se encuentren disponibles en los servicios y/o unidades, de acuerdo al registro del sistema CORTEX del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y el personal administrativo del Departamento de Admisión será responsable de asignar la cama censable disponible, en los casos que el servicio tratante se encuentre con ocupación del 100%.

3.2 Si el paciente ingresa a través de la Consulta Externa de cualquier especialidad médica o quirúrgica, el departamento de Trabajo Social del edificio 401 (Consulta Externa) será responsable de elaborar el estudio socioeconómico, para otorgar la clasificación del nivel de pago, misma que se anexará al formato de solicitud de internamiento y se enviará al departamento de Admisión hospitalaria del mismo edificio 401.

3.3 El médico tratante del servicio de Consulta Externa que indique el internamiento del paciente será responsable de informar por escrito en el formato correspondiente al Jefe de Servicio y/o Unidad del servicio periférico asignado la cama donde se ingresó al paciente y al Jefe de Servicio y/o Unidad que estará a cargo del paciente como servicio tratante.

3.4 Al ingreso del paciente a la cama del Servicio periférico que le fue asignada, el Personal Médico y de Enfermería del mismo serán los responsables de otorgar atención médica adecuada, en base a las indicaciones giradas por el servicio tratante; ante cualquier eventualidad médica, que requiera la atención urgente, la atenderá e informará de la misma a los médicos del servicio tratante.

3.5 Es responsabilidad del Personal Médico y Paramédico del Servicio Periférico donde físicamente el paciente permanecerá de manera temporal, otorgar los recursos materiales e insumos necesarios para la atención del paciente, de acuerdo a las indicaciones del servicio tratante.

3.6 Los Médicos del Servicio tratante serán responsables de la atención médica, asistirán al paso de visita y revisiones médicas, con la periodicidad que el estado clínico del paciente lo requiera, con estricto apego a la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.

3.7 Será responsabilidad del Jefe del Servicio tratante el traslado del paciente hospitalizado en un servicio periférico tan pronto como se cuente con la disponibilidad de espacio físico (cama censable desocupada) y de realizar el trámite de traslado correspondiente, con estricto apego al procedimiento de Ingresos, Egresos y Traslados emitido por la Dirección General Adjunta Médica.

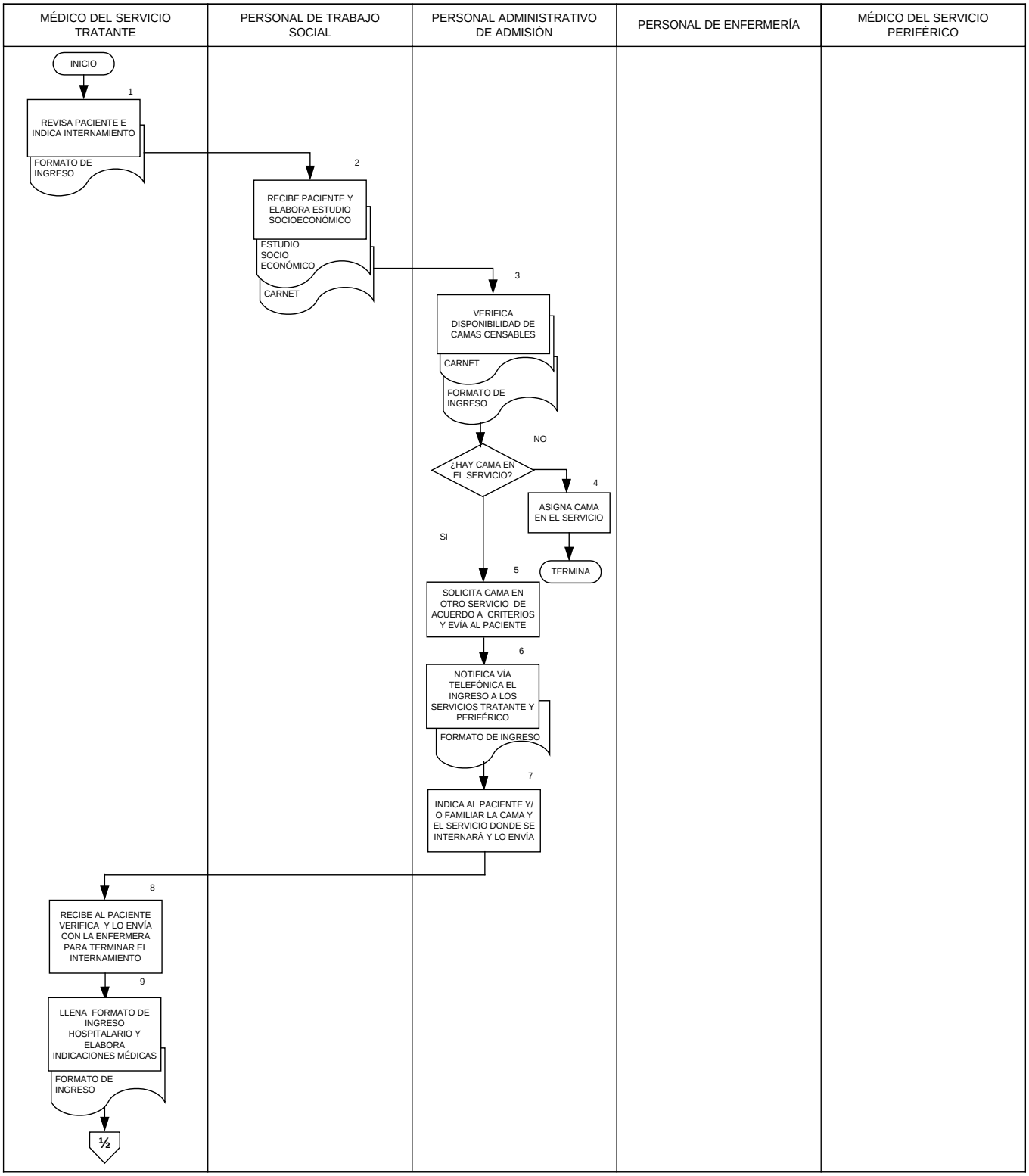
3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se realizarán con apego a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

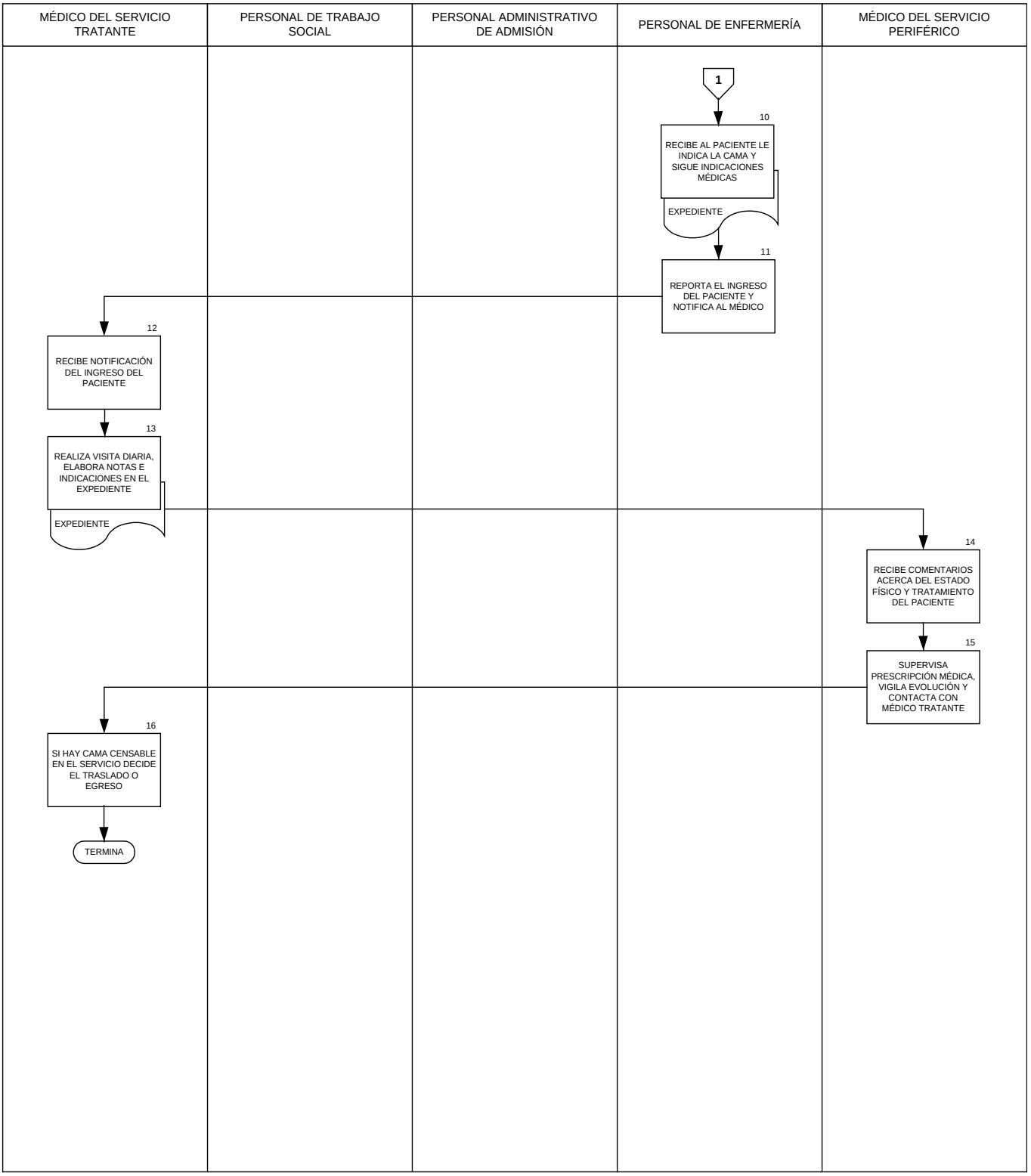
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico del Servicio Tratante	1	Revisa al paciente y de acuerdo a condiciones clínicas, indica que deberá internarse para tratamiento médico quirúrgico, llena formato de indicación de ingreso hospitalario y envía al paciente a Trabajo Social.	• Formato de ingreso.
Personal de Trabajo Social	2	Recibe al paciente, realiza el estudio socioeconómico, indica en el carnet el nivel de pago correspondiente y anexa la ficha socioeconómica al formato de ingreso y envía al paciente al Departamento de Admisión.	• Carnet. • Estudio socioeconómico.
Personal Administrativo de Admisión	3 4 5 6 7	Recibe al paciente, verifica falta de disponibilidad de camas censables en el Servicio tratante que indica el internamiento. ¿Hay cama disponible en el Servicio? Si: Asigna cama censable disponible en el Servicio y termina procedimiento. No: Confirma disponibilidad de camas censables en otros Servicios (Servicios periféricos) de acuerdo a “Criterios de asignación de servicio equitativo por especialidad”. Notifica vía telefónica al Servicio Tratante y Periférico del ingreso del paciente. Indica al paciente y/o familiar la cama y el Servicio donde se va a internar y lo envía con el médico tratante para notificación.	• Carnet. • Formato de ingreso.
Médico del Servicio Tratante	8 9	Recibe al paciente, quien le notifica la cama y servicio asignado, lo envía con el personal de enfermería del Servicio periférico para continuar proceso de internamiento. Llena formato de notificación de ingreso hospitalario en servicio periférico y lo envía al Jefe del Servicio periférico y elabora indicaciones médicas y las envía con el paciente.	• Formato de ingreso.
Personal de Enfermería de Servicio Periférico	10 11	Recibe al paciente, le indica cama asignada, revisa y sigue las indicaciones del médico tratante. Reporta al Jefe de Servicio y/o Unidad acerca del ingreso del paciente y que Servicio es tratante responsable, notifica al médico del Servicio tratante acerca del ingreso del paciente en el Servicio periférico.	• Expediente clínico

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico del Servicio Tratante	12	Recibe notificación de ingreso de paciente en Servicio periférico por la enfermera encargada.	• Expediente clínico
	13	Realiza paso de visita diaria, elabora notas e indicaciones en el expediente clínico, comenta con el personal médico de Servicio Periférico para comentar el tratamiento.	
Médico del Servicio Periférico	14	Recibe comentarios acerca del estado físico y tratamiento del paciente por parte del médico tratante.	
	15	Supervisa el cumplimiento de la prescripción médica indicada por Servicio tratante, vigila la evolución del paciente y está en contacto con el médico tratante para el momento del traslado a su Servicio.	
Médico del Servicio Tratante	16	Una vez que hay disponibilidad de espacio físico (cama censable), decide el traslado del paciente, o de ser necesario y el egreso del Hospital. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DEL SERVICIO TRATANTE
PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
PERSONAL DE ENFERMERÍA
MÉDICO DEL SERVICIO PERIFÉRICO
1
10
RECIBE AL PACIENTE LE INDICA LA CAMA Y SIGUE INDICACIONES MÉDICAS
EXPEDIENTE
11
REPORTA EL INGRESO DEL PACIENTE Y NOTIFICA AL MÉDICO
12
RECIBE NOTIFICACIÓN DEL INGRESO DEL PACIENTE
13
REALIZA VISITA DIARIA, ELABORA NOTAS E INDICACIONES EN EL EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
14
RECIBE COMENTARIOS ACERCA DEL ESTADO FÍSICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE
15
SUPERVISA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, VIGILA EVOLUCIÓN Y CONTACTA CON MÉDICO TRATANTE
16
SI HAY CAMA CENSABLE EN EL SERVICIO DECIDE EL TRASLADO O EGRESO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- Cama en servicio instalada en el área de hospitalización para uso de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica de un paciente. El servicio de admisión la controla o asigna al paciente al momento de su ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

8.2 Ficha socioeconómica.- Documento que resume la situación socio económica del paciente, para fines de categorización de cuotas de recuperación, es realizada por el Departamento de Trabajo Social.

8.3 Hospitalización.- Procedimiento mediante el cual un paciente es ingresado en una cama censable para su atención y/o vigilancia estrecha, si sus condiciones clínicas lo ameritan.

8.4 Servicio Periférico.- Servicio que recibe al paciente durante su ingreso temporal por falta de espacio físico disponible (cama censable) en el servicio tratante.

8.5 Servicio Tratante.- Servicio que genera el ingreso del paciente.

8.6 Sistema CORTEX.- Programa de computación tipo administrativo que sirve para realizar el control de las camas, para ingresos, egresos y traslados, contiene además otras aplicaciones de información de los pacientes como diagnósticos de ingreso y egreso, fechas de ingreso y egreso, etc.

8.7 Traslado.- Es la transferencia de un paciente de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe con el tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

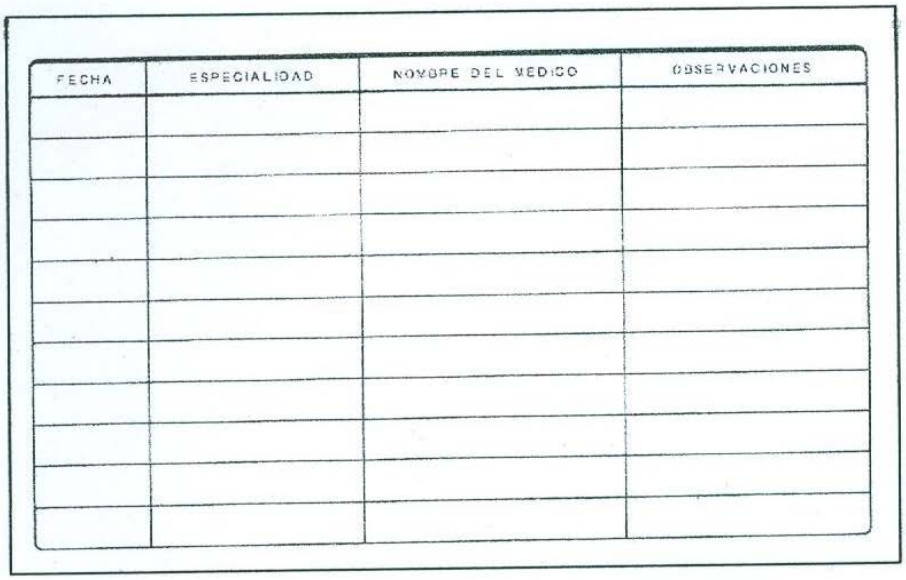
Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet.
10.2 Formato de Ingreso hospitalario (indicación hospitalaria)
10.3 Ficha socioeconómica
10.4 Formato de ingreso hospitalario (Notificación en Servicio periférico)

10.1 Carnet.

CARNET DE CONSULTA



10.2 Formato de Ingreso hospitalario (indicación hospitalaria)

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA".
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO

México, D.F. a _____ de _____ de 20 _____

Realizar trámite de ingreso hospitalario al paciente:

Nombre _____ No. Expediente _____

al Servicio _____ Cama _____ Servicio a cargo : _____

Tipo de Internamiento ☐ Normal ☐ Con estancia

Diagnóstico (s) de ingreso _____

_____

Procedencia ☐ Consulta externa ☐ Urgencias ☐ Referido CASO ☐ Médico ☐ Quirúrgico

Tipo de ingreso ☐ Primera vez ☐ Subsecuente

Médico que indica el ingreso _____
(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

NOTIFICACION AL SERVICIO A CARGO HECHA POR _____

RECIBIO NOTIFICACION DEL SERVICIO A CARGO: _____ **(NOMBRE Y CARGO)**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

10.3 Ficha socioeconómica

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SALUD

T.S Ellac 1

No. Expediente [1] Servicio: [2] Fecha [3]

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: [4] Sexo [5]
Apellido paterno materno nombre (s)

Fecha de Nacimiento: [6] Edad: [7] Edo. Civil: [8]

Escolaridad: [9] Ocupación: [10] Referencia: [11]

Derechohabiente o Beneficiario [12] SI [ ] NO [ ] Cuál? Religión: [13]

Tipo de Estudio [14]: 1ra Vez: Actualización:

Domicilio permanente [15]:

Calle No. Ext – Int Colonia/Localidad C.P.

Municipio/Delegación Estado Tel:

Familiar responsable [16]: Parentesco: [17]

Domicilio [18]:

Calle No. Ext – Int Colonia/Localidad C.P.

Municipio/Delegación Estado Tel:

II.-CONDICIONES ECONÓMICAS

Personas que aportan	$ INGRESO MENSUAL [19]	Rubros de gastos:	$ EGRESO MENSUAL [20]
Jefe de Familia		Alimentación/Despensa	
Esposa [a]		Renta/Hipoteca/predio	
Hija [s]		Agua	
Otro [s]		Luz	
Total		combustible	
		Transporte	
		Educación	
		Teléfono	
		Salud	
		Serv. Doméstico	
Núm. Integrantes (21)		Consumos Adicionales	
		TOTAL	

Relación Ingreso- Egreso [22]

Situación Económica: [24]

Déficit ☐ Equilibrio ☐ Superávit ☐

Ocupación del principal proveedor económico [25]: _____ ☐

III. VIVIENDA:

Tipo de Tenencia [26]: Propia [3] Prestada [2] Rentada [1] Otra: [0] _____ ☐

Grupo	Tipo de vivienda [27]	Ptos. ☐
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda.	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio.	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial.	5

Servicios Públicos [28]

alumbrado público pavimentación alcantarillado recolección de basura _____

4 o más [3] 3 serv. [2] 2 serv. [1] 0-1 serv. [0] ☐

Servicios Intradomiciliarios [29] 4 o más [3] 3 serv. [2] 2 serv. [1] 0-1 serv. [0] ☐

Material de Construcción [30] Mampostería [2] Mixto [1] Lámina, Madera, material de la región [0] ☐

Número de Dormitorios [31] 5 o + [2] 3-4 [1] 1-2 [0] ☐

Número de Personas por dormitorio [32] 1-2 [3] 3 por [1] 4 o más [0] ☐

IV. ESTADO DE SALUD

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE [33]: _____

¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? [34]

Menos de 3 meses o sin [2] De 3/6 meses (1) Más de 6 meses (0 ☐

¿El paciente tiene otros problemas de salud además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? [35]

NO(1) SI(0) ¿Cuál? _____ ¿Dónde se atiende? _____

Estado de Salud de los integrantes de la familia [36]:

Ningún enfermo [2] Un enfermo [1] Dos o el principal proveedor económico [0] ☐

Familiograma: [37] [hoja anexa]

Paciente en condiciones de vulnerabilidad [37]	SÍ/N
Habla alguna lengua indígena [38]	SÍ/N

10.4 Formato de ingreso hospitalario (Notificación en Servicio periférico)

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
HOJA DE NOTIFICACIÓN DE INGRESO PACIENTE PERIFÉRICO

Nombre del paciente_____ No. Exp._____

Edad:_____ Sexo:_____ Diagnóstico:_____

Servicio de Procedencia:_____

Nombre y firma del médico:_____

Servicio al que ingresa:_____ Cama: _____

Servicio Responsable:_____ Unidad: _____

Nombre y Firma del Médico Responsable:_____

Fecha: _____ Hora:_____

8. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA URGENCIAS.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico de los Servicios que cuentan con hospitalización para los casos de pacientes que acuden a solicitar los servicios médicos a través de la Consulta Externa y requieran internamiento, éste se haga en los Servicios Periféricos, independientemente del servicio tratante, con el fin de optimizar recursos humanos, materiales y la infraestructura instalada, para obtener la satisfacción del usuario del Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento tiene alcance para todo el personal médico y paramédico de los Servicios que cuenten con camas censables disponibles para hospitalización, la Subdirección de Enfermería el Departamento de Trabajo Social y al Personal Administrativo del Departamento de Admisión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los pacientes podrán ser hospitalizados en las camas censables que se encuentren disponibles en los Servicios y/o Unidades, de acuerdo al registro del sistema CORTEX del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y el personal administrativo del Servicio de Urgencias será responsable de asignar la cama censable disponible, en los casos que el servicio tratante se encuentre con ocupación del 100%.

3.2 El Médico Tratante del Servicio de Urgencias que indique el internamiento del paciente será responsable de informar por escrito en el formato correspondiente al Jefe de Servicio y/o Unidad del servicio periférico asignado la cama donde se ingresó al paciente y al Jefe de Servicio y/o Unidad que estará a cargo del paciente como Servicio tratante.

3.3 Al ingreso del paciente a la cama del Servicio periférico que le fue asignada, el personal médico y de enfermería del mismo serán los responsables de otorgar atención médica adecuada, en base a las indicaciones giradas por el Servicio tratante; ante cualquier eventualidad médica, que requiera la atención urgente, la atenderá e informará de la misma a los médicos del servicio tratante.

3.4 Es responsabilidad del Personal Médico y Paramédico del Servicio Periférico donde físicamente el paciente permanecerá de manera temporal, otorgar los recursos materiales e insumos necesarios para la atención del paciente, de acuerdo a las indicaciones del servicio tratante.

3.5 Los Médicos del Servicio tratante serán responsables de la atención médica, asistirán al paso de visita y revisiones médicas, con la periodicidad que el estado clínico del paciente lo requiera, con estricto apego a la NOM-004-SSA4-2012 Del Expediente Clínico.

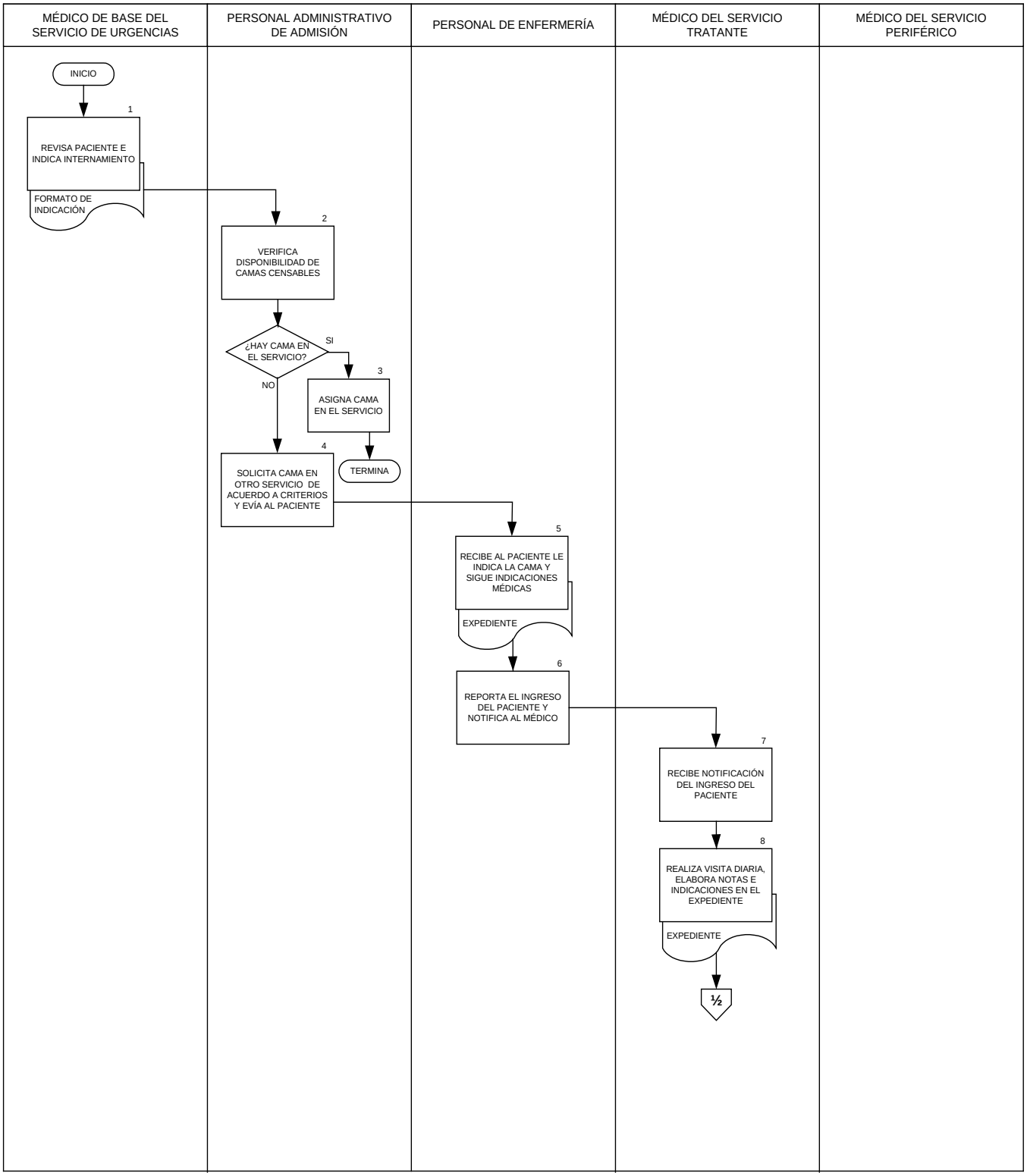
3.6 Será responsabilidad del Jefe del Servicio tratante el traslado del paciente hospitalizado en un Servicio Periférico tan pronto como se cuente con la disponibilidad de espacio físico (cama censable desocupada) y de realizar el trámite de traslado correspondiente, con estricto apego al procedimiento de Ingresos, Egresos y Traslados emitido por la Dirección General Adjunta Médica.

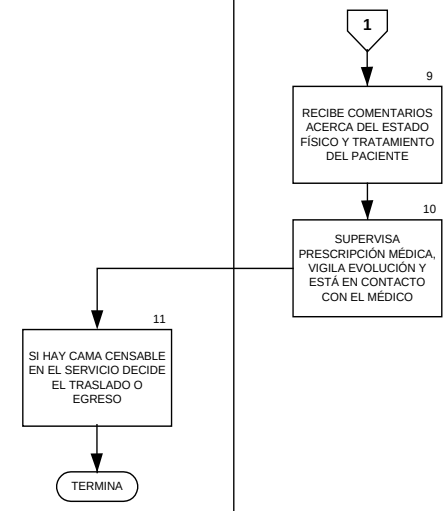
3.7 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio de Urgencias	1	Revisa al paciente y de acuerdo a condiciones clínicas, indica que el paciente se puede trasladar a Hospitalización para continuar su estudio y/o tratamiento.	• Formato de indicación
Personal Administrativo de Admisión	2	Recibe al paciente, verifica falta de disponibilidad de camas censables en el Servicio tratante que indica el internamiento. ¿Hay cama disponible en el Servicio?	
	3	Si: Asigna cama censable disponible en el Servicio y termina procedimiento.	
	4	No: Confirma disponibilidad de camas censables en otros Servicios (Servicios periféricos) de acuerdo a “Criterios de asignación de servicio equitativo por especialidad”.	
Personal de Enfermería de Servicio Periférico	5	Recibe al paciente, le indica cama asignada, revisa y sigue las indicaciones del médico tratante.	• Expediente clínico
	6	Reporta al Jefe de Servicio y/o Unidad acerca del ingreso del paciente y que Servicio es tratante responsable, notifica al médico del Servicio tratante acerca del ingreso del paciente en el Servicio periférico.	
Médico del Servicio Tratante	7	Recibe notificación de ingreso de paciente en Servicio periférico por la enfermera encargada.	• Expediente clínico
	8	Realiza paso de visita diaria, elabora notas e indicaciones en el expediente clínico, comenta con el personal médico de Servicio Periférico para comentar el tratamiento.	
Médico del Servicio Periférico	9	Recibe comentarios acerca del estado físico y tratamiento del paciente por parte del médico tratante.	
	10	Supervisa el cumplimiento de la prescripción médica indicada por Servicio tratante, vigila la evolución del paciente y está en contacto con el médico tratante para el momento del traslado a su Servicio.	
Médico del Servicio Tratante	11	Una vez que hay disponibilidad de espacio físico (cama censable), decide el traslado del paciente, o de ser necesario, el egreso del Hospital. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE URGENCIAS	PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN	PERSONAL DE ENFERMERÍA	MÉDICO DEL SERVICIO TRATANTE	MÉDICO DEL SERVICIO PERIFÉRICO
				

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.4 Manual de Organización del Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas	No aplica
6.5 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- Cama en servicio instalada en el área de hospitalización para uso de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica de un paciente. El servicio de admisión la controla o asigna al paciente al momento de su ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

8.2 Ficha socioeconómica.- Documento que resume la situación socio económica del paciente, para fines de categorización de cuotas de recuperación, es realizada por el Departamento de Trabajo Social.

8.3 Hospitalización.- Procedimiento mediante el cual un paciente es ingresado en una cama censable para su atención y/o vigilancia estrecha, si sus condiciones clínicas lo ameritan.

8.4 Servicio Periférico.- Servicio que recibe al paciente durante su ingreso temporal por falta de espacio físico disponible (cama censable) en el servicio tratante.

8.5 Servicio Tratante.- Servicio que genera el ingreso del paciente.

8.6 Sistema CORTEX.- Programa de computación tipo administrativo que sirve para realizar el control de las camas, para ingresos, egresos y traslados, contiene además otras aplicaciones de información de los pacientes como diagnósticos de ingreso y egreso, fechas de ingreso y egreso, etc.

8.7 Traslado.- Es la transferencia de un paciente de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe con el tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexo del procedimiento 7)
10.2 Formato de indicación hospitalaria (Ver anexo del procedimiento 7)
10.3 Ficha socioeconómica (Ver anexo del procedimiento 7)
10.4 Formato de notificación de ingreso hospitalario en Servicio Periférico. (Ver anexo del procedimiento 7)

9. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo administrativo por medio del cual se autorice la solicitud de permisos para asistir a eventos académicos intra y extra hospitalarios, nacionales e internacionales, como una extensión del Programa de Entrenamiento y Capacitación del personal médico de base del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, que establecen las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud y el Reglamento de Capacitación de las mismas, con el fin de apoyar la superación profesional y científica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, verifica el cumplimiento del procedimiento, las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) coordinan los trámites para la autorización del evento académico, la Jefatura del Departamento de Empleo y Capacitación coadyuva en la gestión de trámites y los Médicos y Cirujanos Dentistas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, solicitan la autorización del evento académico.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. . POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud no establecen la autorización de permisos para eventos académicos como tal, sin embargo, se tomará en consideración lo establecido en las mismas en los Artículos 105 fracciones II, III, V, VI, VII y VIII; 132 fracción XVIII; 133 fracción IX; 148 fracciones VI y VII, la Dirección General Adjunta Médica, en conjunto con el Departamento de Empleo y capacitación son responsables de verificar el cumplimiento de este procedimiento.

3.2 El personal solicitante del evento académico a autorizar es responsable de realizar la petición de permiso a través del formato “Solicitud de permiso para eventos académicos” en original y copia, acompañado del documento múltiple de incidencias (concepto 530 –justificante de comisión oficial por curso- ó 314 –justificante de jornada especial por curso- según sea el caso), en original y dos copias, debidamente llenados, donde se especifiquen el nombre del evento, las fechas de inicio y término del curso, o en su caso, fecha de participación, mismas que deben coincidir con los días laborables a cubrir, así como del comprobante de inscripción o participación al curso y el tríptico informativo.

3.3 El personal administrativo del servicio es responsable de realizar el trámite relativo a la solicitud de autorización para asistir a evento académico en las Direcciones de Área correspondientes.

3.4 La Dirección General Adjunta Médica, en coordinación con las Direcciones de Área, serán responsables de autorizar el permiso correspondiente para evento académico, de acuerdo al historial de eventos autorizados al médico o cirujano dentista solicitante, otorgando el Visto Bueno, a través de firma autógrafa del Director, en el formato firmado por el solicitante y el Jefe de Servicio, el trámite se hará únicamente ante la Dirección de Área que corresponda. Además, será facultad de la Dirección General Adjunta Médica o de las Direcciones de Área el autorizar o no el permiso, conforme a la operatividad del servicio. Por ningún motivo el aspecto educativo estará por encima del aspecto asistencial del Hospital.

3.5 El Departamento de Empleo y Capacitación es responsable de verificar los datos y de autorizar o no permisos para eventos académicos relacionados con la especialidad o el área de trabajo del médico o cirujano dentista solicitante, la decisión será tomada desde el punto de vista administrativo, en coordinación con las instancias correspondientes, (se deben cumplir los requisitos que se estipulan).

3.6 El número total de permisos a autorizar para asistir a eventos académicos será como máximo de 2 veces al año, el Departamento de Empleo y Capacitación será responsable de verificar esta situación.

3.7 El Jefe del Servicio no es responsable de en caso de múltiples solicitudes en el Servicio para un mismo evento, y para no entorpecer las funciones asistenciales del Hospital, la autorización será con base en:

a) Si el solicitante asiste como ponente o solo como participante.
b) Si existe o no invitación expresa de los organizadores del evento.
c) Si se hace una presentación en el curso y esto implica o no una proyección de la imagen del Hospital.
d) Si el solicitante forma parte o no del Comité de organización del evento.
e) Los antecedentes del solicitante en rubros como puntualidad, asistencia y permanencia, y específicamente su productividad en el área asistencial.

3.8 El trámite de permiso para asistir a eventos académicos deberá realizarse con 15 días de anticipación, el Director de Área es responsable de verificar este criterio al firmar asta autorización.

3.9 Al regreso del evento académico autorizado, será obligación del médico o cirujano dentista solicitante entregar constancia de asistencia o participación al mismo al Jefe de Servicio, quien la archivará en el expediente personal del trabajador para su resguardo en el caso de futuras aclaraciones, además entregará una copia a la Dirección de Área correspondiente y al Departamento de Empleo y Capacitación.

3.10 El incumplimiento del presente procedimiento será observado y sancionado por la Dirección General Adjunta Médica y/o por las Direcciones de Área.

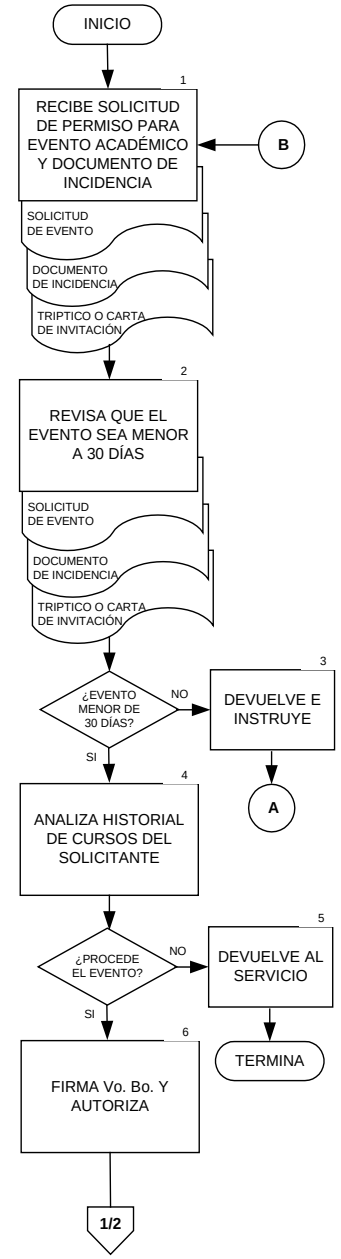
3.11 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

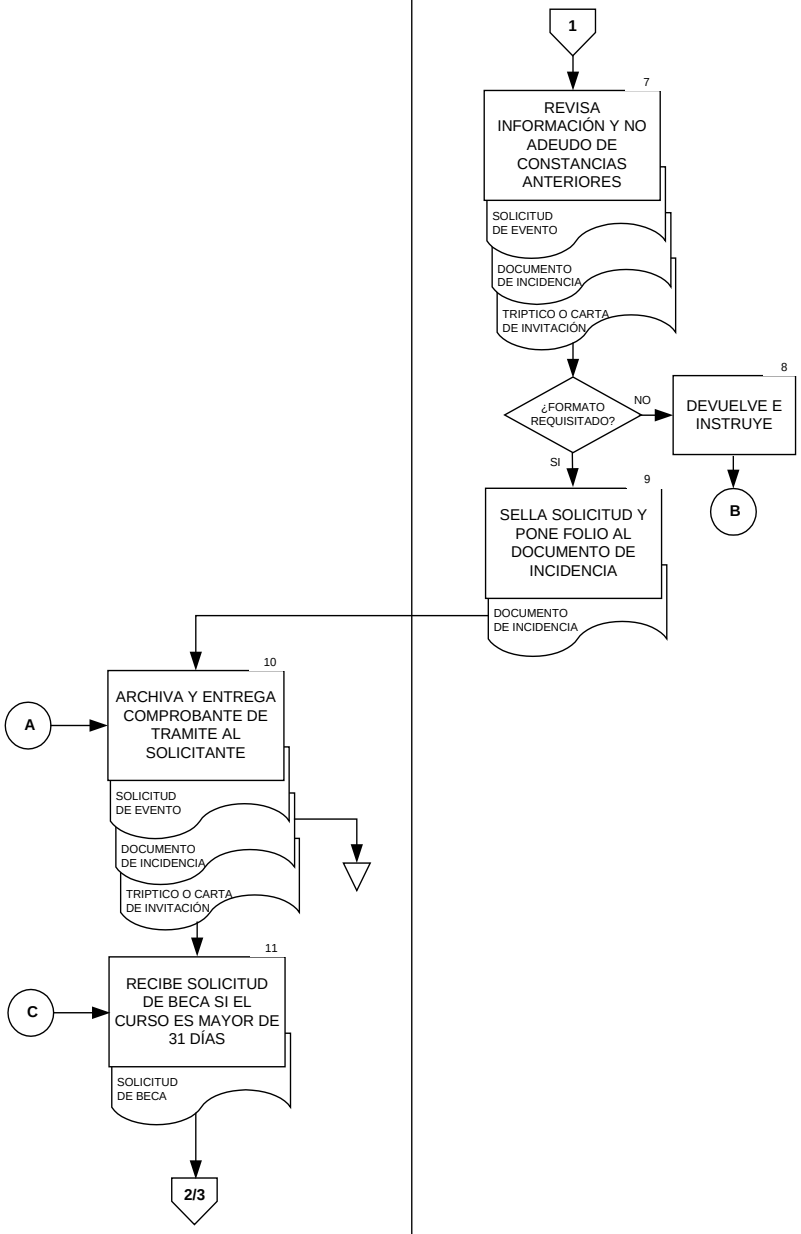
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	1	Reciben de la Jefatura del Servicio, la solicitud de permiso para eventos académicos y documento múltiple de incidencias, debidamente requisitado, por el médico o cirujano dentista solicitante, acompañados del tríptico o carta de invitación del evento. Sella y regresa una copia al trabajador.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2 3 4 5 6	Revisa que el curso o evento solicitado sea menor a 30 días. ¿Es menor de 30 días? No: Devuelve e instruye a que se presente el médico o cirujano dentista solicitante al Departamento de Empleo y Capacitación. Pasa a la actividad 10 Si: Analiza historial de cursos del médico o cirujano dentista solicitante. ¿Procede el curso? No: Devuelve a la Jefatura del Servicio y termina el procedimiento. Si: Firma de Vo. Bo, autoriza a través de su firma autógrafa tanto en la solicitud como en el documento múltiple de incidencias y envía, en tres tantos, formatos y documentos al Departamento de Empleo y Capacitación.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Jefe del Departamento de Empleo y Capacitación	7 8 9	Revisa que estén bien requisitados los formatos y que no tenga, el médico o cirujano dentista solicitante, adeudo de constancias anteriores. ¿Los formatos están bien requisitados? NO: Devuelve para que a su vez devuelva a la Jefatura del Servicio y regresa a la actividad 1. SI: Sella la solicitud de permiso para eventos académicos y sella y folia el documento múltiple de incidencias y devuelve las copias a la Dirección de Área.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	10	Informa por vía telefónica a la Jefatura de Servicio, correspondiente, que acudan a recoger sus copias, archiva un juego de copias. Entrega comprobantes de trámites realizados, debidamente sellados al Servicio correspondiente	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	11	Recibe del médico o cirujano dentista solicitante, solicitud de beca, emitido por la Comisión Central Mixta de Capacitación del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, si el curso es mayor a 31 días.	• Solicitud de beca

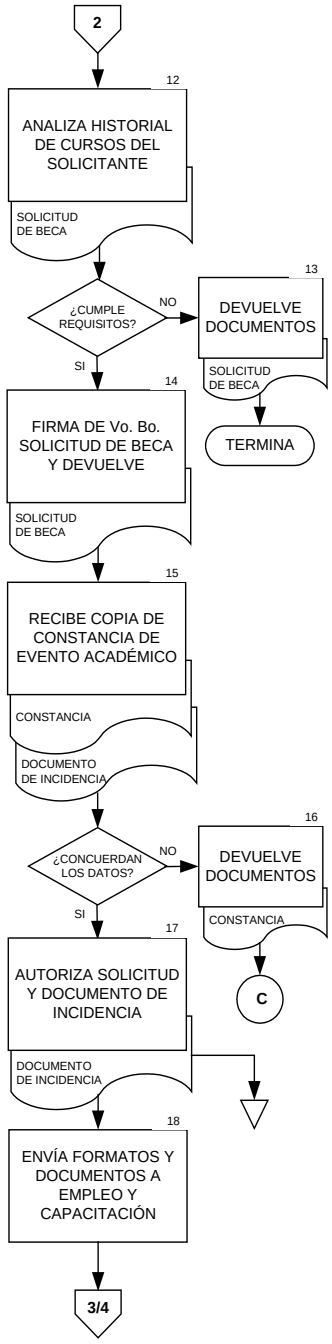
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.	12 13 14	Analiza historial de cursos del médico o cirujano dentista solicitante. ¿Cumple con requisitos establecidos? No: Devuelve documentos al médico o cirujano dentista solicitante y termina procedimiento. Si: Firma de Vo. Bo solicitud de beca y devuelve al médico o cirujano dentista.	• Solicitud de beca
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.	15 16 17	Recibe del médico o cirujano dentista becado, copia de la constancia de evento académico y verifica que concuerde con el nombre del evento y periodo autorizado. ¿Concuerdan los datos? No: Devuelve documentos al médico o cirujano dentista y regresa a la actividad 12 Si: Autoriza a través de su firma autógrafa tanto en la solicitud como en el documento múltiple de incidencias y archiva constancia.	• Constancia • Incidencia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.	18 19	Envía, en tres tantos, formatos y documentos al Departamento de Empleo y Capacitación. Instruye al médico o cirujano dentista becado, que entregue copia de la constancia de evento académico al Departamento de Empleo y Capacitación y la jefatura de su servicio.	• Constancia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio).	20	Recibe y archiva la constancia de asistencia o ponencia del médico solicitante en su expediente personal en el servicio a su cargo.	• Constancia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio).	21	Envía copia de la constancia de evento académico a la Dirección de Área médica correspondiente y al Departamento de Empleo y Capacitación. **TERMINA**	• Constancia

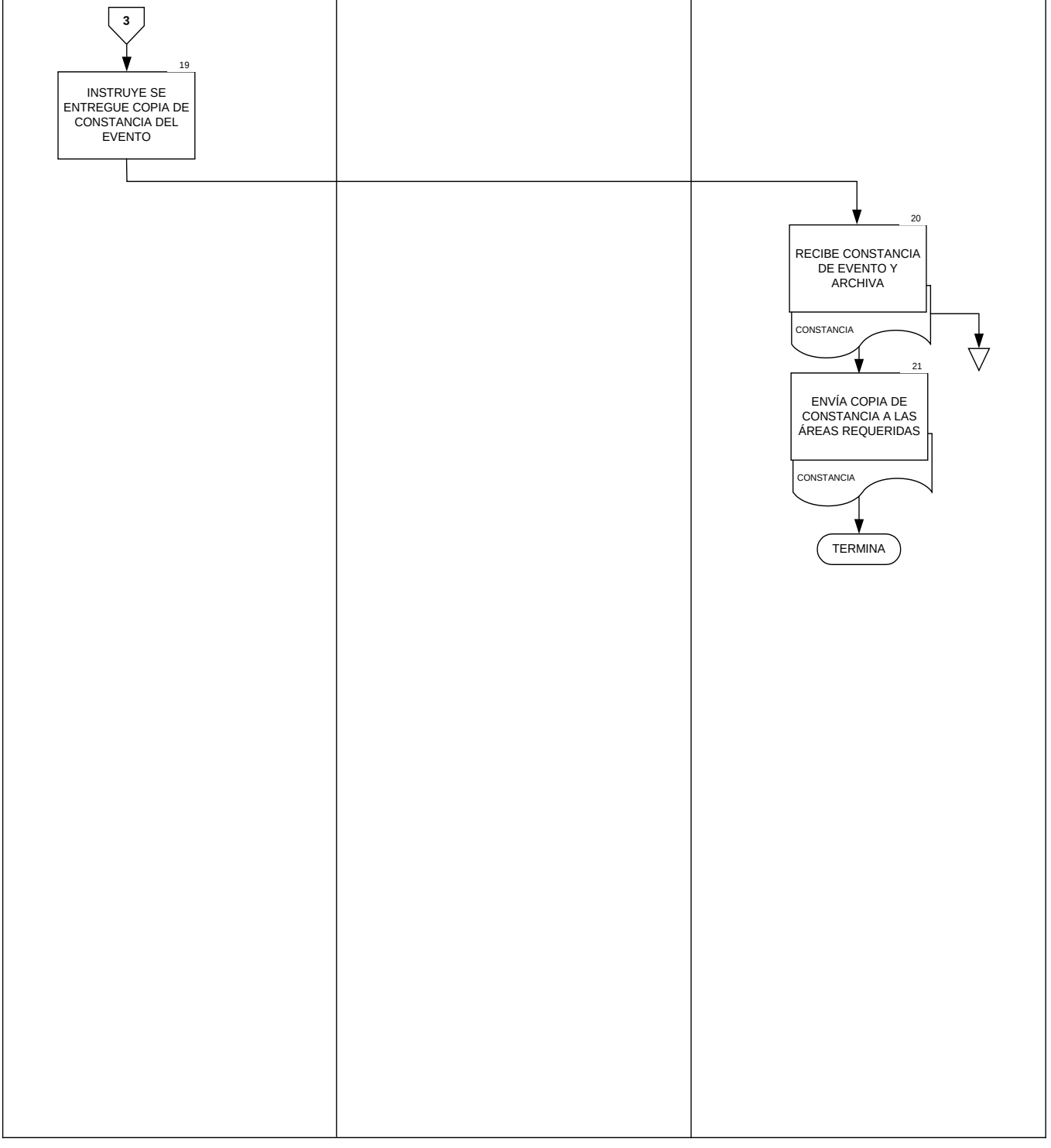
5. DIAGRAMA DE FLUJO

DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN	DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)
		

DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN	DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)



DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN	DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)
		


DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)
3
19
INSTRUYE SE ENTREGUE COPIA DE CONSTANCIA DEL EVENTO
20
RECIBE CONSTANCIA DE EVENTO Y ARCHIVA
CONSTANCIA
21
ENVÍA COPIA DE CONSTANCIA A LAS ÁREAS REQUERIDAS
CONSTANCIA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.3 Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.4 Normas sobre permisos para eventos académicos del personal profesional del Área Médica.	No aplica
6.5 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud vigentes	No aplica
6.6 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	No aplica
6.7 Carta de los Derechos Generales de los Médicos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivo histórico del Servicio	5 años	Archivo del Servicio.	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Capacitación para el Desempeño de la Calidad y para la Calidad.- Todas aquellas acciones previstas para incrementar la capacidad de los servidores públicos en la realización de las actividades y funciones del puesto que actualmente ocupan.

8.2 Comité de Capacitación y Desarrollo.- Órgano de Coordinación Institucional, integrado por el Subcomité Técnico Médico y el Subcomité Técnico Administrativo, cuyo propósito es fomentar y evaluar la operatividad del Programa Institucional de Capacitación.

8.3 Enseñanza.- Acciones o eventos tendientes a incrementar el acervo de conocimientos del personal, realizadas a través de programas elaborados o validados por instituciones de enseñanza oficiales.

8.4 Formación Académica.- Todas aquellas acciones realizadas en coordinación con la secretaría de Educación Pública tendientes a certificar estudios de primaria, secundaria o bachillerato.

8.5 Programa específico de Capacitación.- Documento formal de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de cada una de las Unidades Administrativas del Sector Central de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, así como los Organismos Descentralizados en los Estados.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato “Solicitud de permiso para eventos académicos”
10.2 Formato “Documento de Múltiples incidencias”: (formato de la Dirección de Recursos Humanos)

10.1 Formato "Solicitud de permiso para eventos académicos"

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
COMITÉ DE OPTIMIZACIÓN MÉDICA
SOLICITUD DE PERMISO PARA EVENTOS
ACADÉMICOS DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL ÁREA MÉDICA

NOMBRE DEL PROFESIONISTA SOLICITANTE:
SERVICIO AL QUE PERTENECE:
PUESTO QUE OCUPA: HORARIO DE LABORES:
FECHA DE ESTA SOLICITUD:
EVENTO PARA EL QUE SOLICITA EL PERMISO:
FECHA EN LA QUE SE DESARROLLARÁ EL EVENTO:
TIPO DE EVENTO: NACIONAL INTERNACIONAL
SEDE EN LA QUE SE LLEVARÁ A CABO EL EVENTO:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: ORGANIZADOR PROFESOR PONENTE ASISTENTE
FECHA DE SALIDA DEL EVENTO:
FECHA DE REANUDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL:
NÚMERO DE DÍAS QUE SE SOLICITAN EN PERMISO:
NOMBRE DEL PROFESIONISTA QUE CUBRIRÁ SUS FUNCIONES DURANTE EL PERMISO:
NÚMERO DE PERMISOS ANTERIORMENTE SOLICITADOS EN EL PRESENTE AÑO:

_____ Vo. Bo.

_____ Vo.Bo.

10.2 Formato "Documento de Múltiples incidencias": (Formato de la Dirección de Recursos Humanos)

SALUD

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DOCUMENTO MÚLTIPLE DE INCIDENCIAS

FECHA: _____ FOLIO No.: _____

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

R.F.C.:	NOMBRE:	No. DE EMPLEADO:
SERVICIO/AREA:		HORARIO DE: A Hrs.
TURNO:	CÓDIGO:	FECHA INGRESO

CVE	TIPOS DE REGISTROS Y EVENTOS (200)	
201	FALTA REPORTADA	( )
	PRESTACIONES (300)	
313	JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO POR BECA	( )
314	JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO POR CURSO	( )
	JUSTIFICANTES (500)	
501	JUSTIFICANTE DE RETARDO MENOR	( )
502	JUSTIFICANTE DE RETARDO MAYOR	( )
503	JUSTIFICANTE DE PASE DE SALIDA DEFINITIVO	( )
504	JUSTIFICANTE DE SALIDA INTERMEDIO	( )
507	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL COMPLETA	( )
509	JUSTIFICANTE DE DESCANSO ENFERMERIA	( )
510	JUSTIFICANTE DE DESCANSO QUINCENAL	( )
511	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO EL DÍA DE LA MADRE	( )
512	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO EN ONOMÁSTICO	( )
513	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO FUERA DE HORARIO	( )
552	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO DIA FESTIVO	( )
553	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO DIA CONCEDIDO	( )
515	JUSTIFICANTE DE VACACIONES ORDINARIAS DE PRIMAVERA	( )
516	JUSTIFICANTES DE VACACIONES ORDINARIAS DE INVIERNO	( )

CVE	JUSTIFICANTES (500)	
514	JUSTIFICANTE DE VACACIONES EXTRAORDINARIAS	( )
517	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE BAJO RIESGO	( )
518	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE MEDIANO RIESGO	( )
519	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE ALTO RIESGO	( )
520	JUSTIFICANTE DE GUARDIA	( )
549	JUSTIFICANTE DE GUARDIA (PARA ENFERMERIA)	( )
529	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL POR BECA	( )
530	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL POR CURSO	( )
539	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (TURNOS 16 Y 24 HORAS)	( )
540	JUSTIFICANTE DE DE ECONÓMICO (VELADA "A","B" TERCIADA Y SDF DIURNO)	
541	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (MAT-VESP)	( )
560	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (VELADA SDF)	( )
531	JUSTIFICANTE DE TIPO COLECTIVO ENTRADA	( )
542	JUSTIFICANTE DE TIPO COLECTIVO SALIDA	( )
532	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL ENTRADA	( )
543	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL SALIDA	( )
564	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL COMPLETO	( )

MOVIMIENTO No.: ( ) **OBSERVACIONES:** _____

TRABAJADOR	JEFE DE SERVICIO O EQUIVALENTE	JEFE DE UNIDAD	DEPTO. DE CONTROL Y ASISTENCIA

10. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA CONSULTA EXTERNA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo relacionado con las acciones a desarrollar para controlar el expediente clínico y atender las solicitudes de internamiento que se generen por los Servicios médico-quirúrgicos del Hospital, en el área de admisión de la Consulta Externa, registrando a los pacientes que requieren hospitalización, referidos de la consulta externa, con la finalidad de proporcionar una adecuada atención médica, lograr la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios y llevar un control de los ingresos – egresos y del expediente clínico correspondiente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta Médica, quién coordina y supervisa las actividades inherentes al mismo, a las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento), quienes verifican la realización adecuada del procedimiento, a la Subdirección de Enfermería, para supervisar las actividades del personal a su cargo, jefes de servicio, jefes de Unidad y de áreas médicas, quienes coordinan y verifican que se realice adecuadamente el procedimiento. El personal paramédico y administrativo de los Servicios Médicos, coadyuvan a la atención del paciente, el apego a los procedimientos de ingreso – egreso, el adecuado manejo del expediente clínico y en todas las actividades que le son inherentes.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de Médico de base tratante de los Servicios Médico – quirúrgicos solicitar, si se requiere, la hospitalización de los pacientes para su tratamiento en una cama censable, a través del formato “solicitud de internamiento” el cual entregará al paciente y enviará al área de admisión en la Consulta Externa para que el personal administrativo de la oficina de Admisión inicie el trámite.

3.2 El Médico especialista de base de la consulta externa, además de decidir hospitalizar al paciente, deberá:

a) Proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas de tratamiento, lo anterior es un lenguaje claro y explicito asegurando la total comprensión por parte del enfermo y sus familiares, para que realicen su toma de decisiones **y participen, dentro de lo posible en el tratamiento instituido, acatando las indicaciones médicas y recomendaciones, con la finalidad de que la evolución del padecimiento sea satisfactoria.**

b) Informar que, por ser un Hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutrición, psicología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo la supervisión del personal de base.

c) Dar a conocer al paciente y familiares sobre la atención propuesta, los resultados que se esperan, los estudios requeridos, **respetando en todo momento los derechos humanos individuales, tanto del paciente como de sus familiares.**

3.3 Será responsabilidad del Médico tratante asignado de la Consulta Externa valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridad, de acuerdo a las políticas establecidas. **En caso de urgencia, enviará al paciente con su familia al área de filtro del Servicio de Urgencias, para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestructura).**

3.4 **El médico tratante que indica el ingreso además deberá identificar y notificar de manera inmediata si el paciente pertenece a un grupo vulnerable, para que se aplique el procedimiento administrativo indicado en estos casos.**

3.5 En los casos que por la condición clínica del paciente se identifique que existe incapacidad para deambular o sostener en pie por sí mismo, el personal de enfermería solicitará el apoyo del personal de camillería y avisará a la Oficina de Admisión para que los trámites y traslado se agilicen.

3.6 Será responsabilidad del Médico tratante asignado de la Consulta Externa, una vez decidido el ingreso, solicitar la firma de los formatos de consentimiento informado correspondiente, de acuerdo al procedimiento establecido.

3.7 El personal de Seguridad externa es responsable de **única y exclusivamente** controlar la entrada y salida a la Institución de toda persona ajena a la misma.

3.8 Es responsabilidad del personal administrativo y de enfermería informar y dar a conocer las normas de ingreso a los pacientes con anticipación, cuando el ingreso sea solicitado por Consulta externa, además de orientar en lo posible los trámites a realizar, con la finalidad de agilizarlos, Siempre y cuando haya camas censables disponibles en el Servicio solicitante del ingreso.

3.9 El personal administrativo de la Oficina de Admisión será responsable de asignar la cama censable a los pacientes que requieran hospitalización, ya sea en la especialidad tratante o en un servicio periférico, de acuerdo al procedimiento correspondiente, dando prioridad de acuerdo al estado clínico del paciente y a los pacientes identificados como pertenecientes a grupos vulnerables.

3.10 Los trabajadores del Hospital General de México, que soliciten atención médica, serán los únicos beneficiados al pagar 50% del nivel UNO. A los familiares directos (padre, madre, cónyuge e hijos) de éstos se les cobrará basándose en el nivel UNO, siempre y cuando comprueben parentesco por medio de documentación requerida:
a) Copia del acta de nacimiento y credencial de elector del paciente, en su caso.
b) Copia de la credencial vigente y del último talón de pago del trabajador.
c) Copia del acta de matrimonio del cónyuge del trabajador, en su caso.

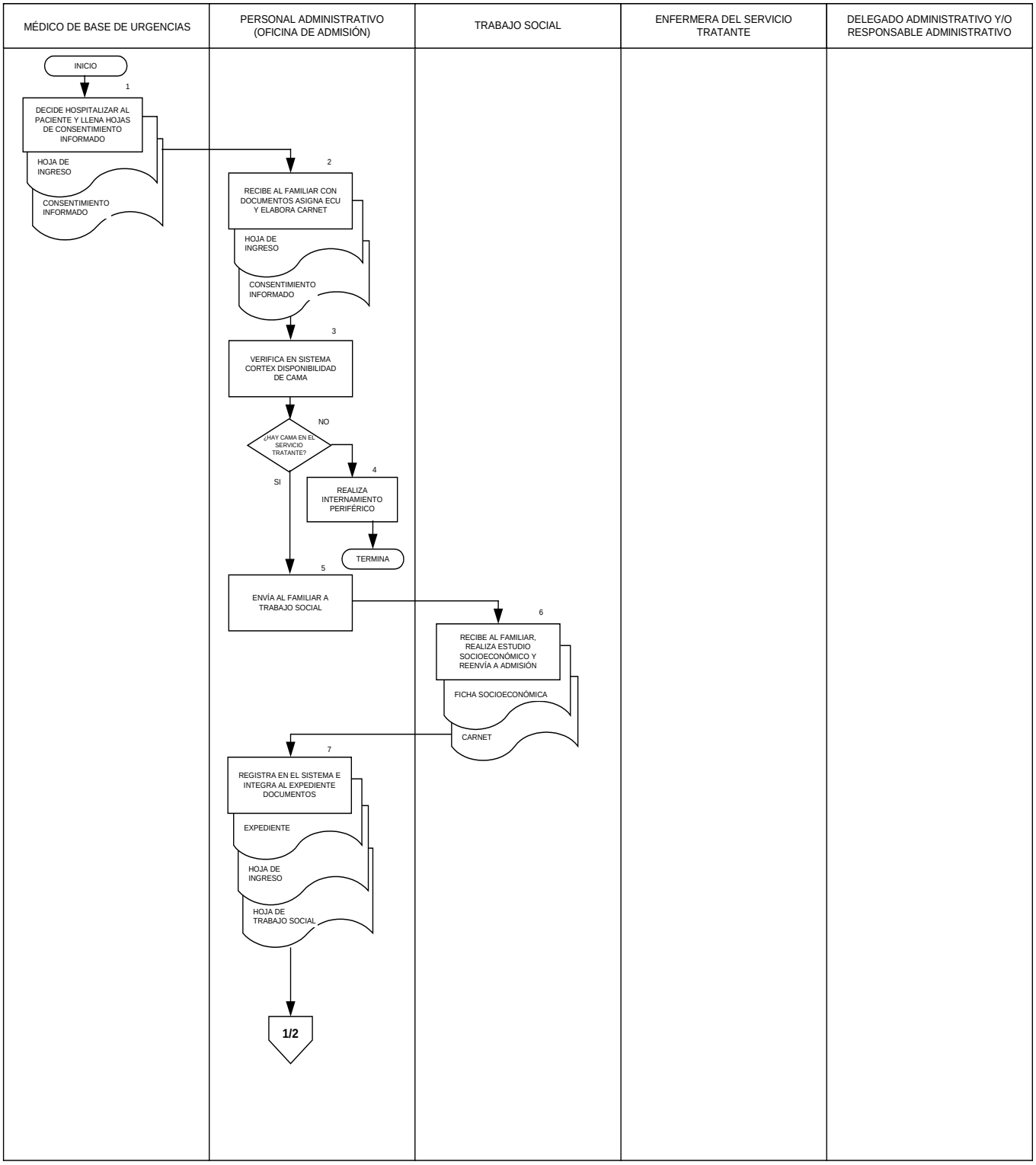
3.11 En caso de que el paciente sea un adulto mayor, se le deberá dar prioridad a su atención, para evitar tiempo de espera prolongado, de acuerdo a la Ley de los derechos de las personas adultas mayores D.O.F. 25-VI-2002.

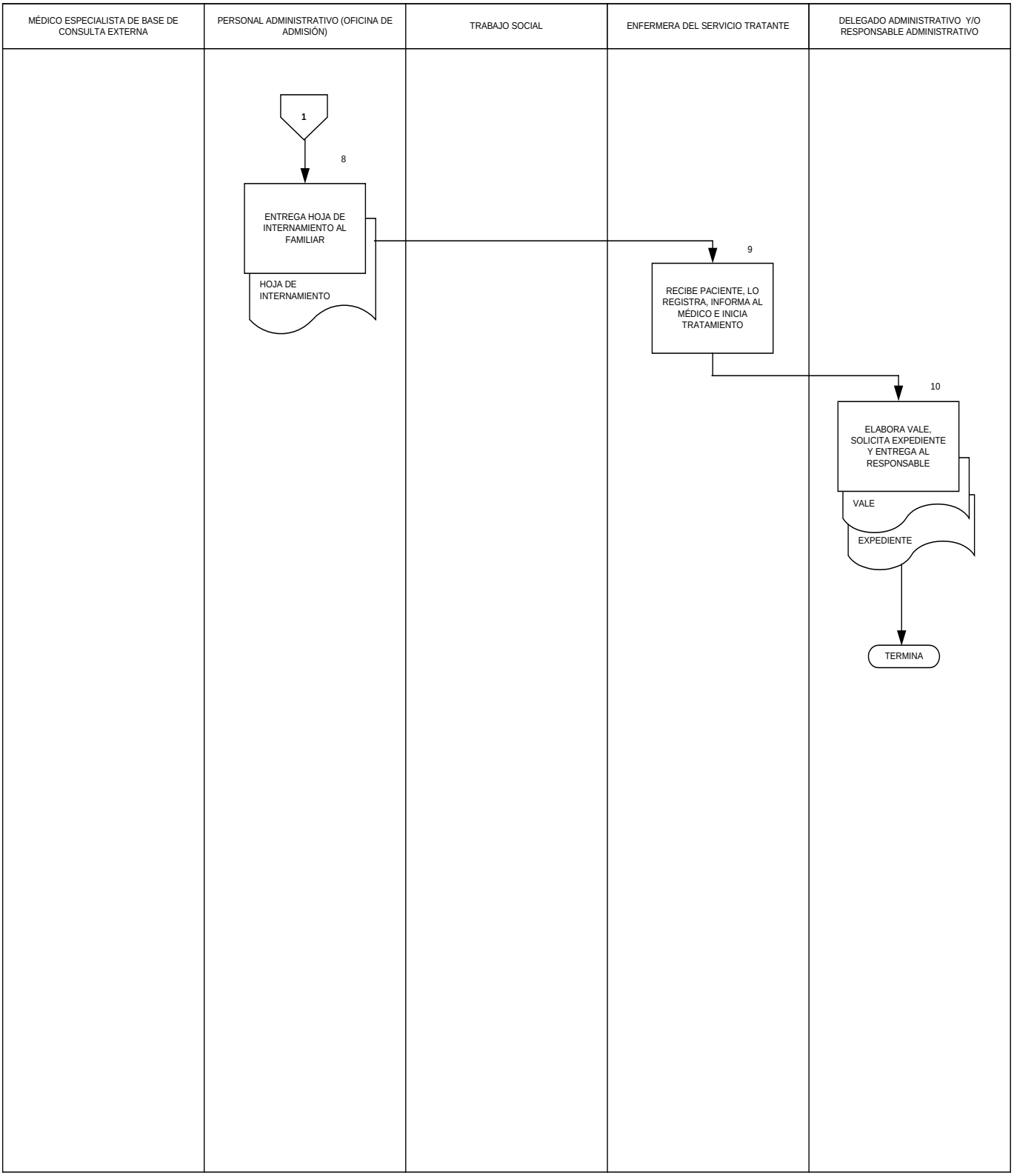
3.12 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Especialista de Base de Consulta Externa.	1	Decide hospitalizar al paciente para estudio o tratamiento en forma integral, llena formato de admisión hospitalaria, hojas de consentimiento informado correspondientes de acuerdo con el procedimiento establecido.	• Hoja de ingreso hospitalario. • Consentimiento informado.
Personal Administrativo (Oficina de Admisión).	2 3 4 5	Recibe al familiar con solicitud de internamiento, hojas de consentimiento informado. Asigna número de ECU y elabora carnet. Verifica en sistema de cómputo (CORTEX) disponibilidad de cama censable en el Servicio de la especialidad tratante. ¿Hay cama censable en el Servicio tratante? No: Realiza internamiento en Servicio periférico (ver Procedimiento de atención a pacientes hospitalizados en Servicios periféricos) y termina procedimiento. Si: Envía al familiar a Trabajo Social, para los trámites requeridos.	• Solicitud de internamiento. • Consentimiento informado.
Trabajo Social.	6	Recibe al familiar, realiza ficha socioeconómica inicial, clasifica el nivel de pago y lo reenvía a Oficina de Admisión. (Ver Procedimiento de Trabajo Social).	• Ficha socioeconómica. • Carnet.
Personal Administrativo (Oficina de Admisión).	7 8	Elabora hoja de admisión, registra en el sistema CORTEX y anota hora de elaboración de la hoja de internamiento. Registra al paciente, integra al expediente la hoja de Ingreso/Egreso, hoja de Trabajo Social y la orden de internamiento. Entrega hoja de internamiento al familiar.	• Expediente clínico. • Hoja de ingreso hospitalario. • Hoja de trabajo social.
Enfermera del Servicio tratante.	9	Recibe al paciente, lo registra e informa del ingreso al médico tratante. Inicia tratamiento o preparación. (Ver Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería).	
Delegado Administrativo y/o Responsable Administrativo.	10	Elabora vale, solicita expediente clínico al Archivo Central y entrega el expediente al médico tratante, a la Jefe de enfermeras o responsable del Servicio. (Con vale correspondiente). **TERMINA**	• Vale. • Expediente clínico.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO ESPECIALISTA DE BASE DE CONSULTA EXTERNA
PERSONAL ADMINISTRATIVO (OFICINA DE ADMISIÓN)
TRABAJO SOCIAL
ENFERMERA DEL SERVICIO TRATANTE
DELEGADO ADMINISTRATIVO Y/O RESPONSABLE ADMINISTRATIVO
1
8
ENTREGA HOJA DE INTERNAMIENTO AL FAMILIAR
HOJA DE INTERNAMIENTO
9
RECIBE PACIENTE, LO REGISTRA, INFORMA AL MÉDICO E INICIA TRATAMIENTO
10
ELABORA VALE, SOLICITA EXPEDIENTE Y ENTREGA AL RESPONSABLE
VALE
EXPEDIENTE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del la Subdirección de Enfermería	No aplica
6.3 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	No aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.3 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Hojas de Consentimiento Informado.- Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.5 Hospital.- Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.

8.6 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.7 Ingreso.- El paciente que entra a un servicio del hospital e implica la ocupación de una cama censable; con fines de diagnóstico, tratamiento, o estudios; también se conoce como admisión.

8.8 Referencia y Contrarreferencia.- Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

8.9 Urgencia.- Es la atención médica inmediata que se proporciona a un paciente debido a una causa por él sentida o que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el área de urgencias de la unidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Internamiento (Ingreso Hospitalario) (Ver anexos del procedimiento 7)
10.2 Carnet. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.3 Ficha Socioeconómica. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.4 Hojas de Consentimiento Informado.
10.5 Hoja de Admisión Hospitalaria.

10.4 Hojas de Consentimiento Informado

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.

También me explicó ampliamente los beneficios _____, riesgos _____ y probables complicaciones_____, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.

Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la técnica anestésica** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____

No de Exp.: _____ Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Anestesiología** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que estoy programado (a) para realizar el (a) procedimiento/cirugía: _____ para lo cual es conveniente utilizar la **técnica anestésica** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo, me explicó y entendí que todo acto anestésico-quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y/o después del procedimiento anestésico: _____ se encuentran: _____
Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica anestésica, que consisten en: _____

He comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad). Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica anestésica a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
	Que se identifica con
Nombre y Firma del Familiar Responsable Que se identifica con _____	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo
Que se identifica con	Que se identifica con

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento anestésico a realizar**, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como_____:
_____
al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intervención quirúrgica denominada_____se encuentran: _____
_____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica, que son: _____

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo estricta supervisión (enfermeras o médicos residentes de especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.5 Hoja de Admisión Hospitalaria

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 06AM09006083
OFICINA DE ADMISION

SALUD

Forma A-1

PAB. NUM._____ NUM. DE ORDEN_____

NOMBRE_____ SEXO _____

ESTADO CIVIL_____ CONYUGE_____EDAD_____

OCUPACION_____LUGAR DE NACIMIENTO_____

RADICACION_____

NOMBRE DEL PADRE_____¿VIVE? _____

NOMBRE DE LA MADRE_____¿VIVE? _____

DOMICILIO_____PROCEDENCIA_____

DIAGNOSTICO DE ENTRADA_____

MEXICO D.F , A _____ DE_____DE _____

_____
NOMBRE , FIRMA Y CEDULA
PROFESIONALDEL MEDICO DE GUARDIA

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtemoc C.P 06726 Tel. 2789-2000.

11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA URGENCIAS

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo relacionado con las acciones a desarrollar para controlar el expediente clínico y atender las solicitudes de internamiento que se generen y tramiten en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital, registrando a los pacientes que requieren hospitalización, referidos de la consulta externa, con la finalidad de proporcionar una adecuada atención médica, colaborar con la red federal de referencia y contrarreferencia y lograr la satisfacción del usuario.

2 ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina y supervisa las actividades inherentes a este procedimiento las Direcciones de Área Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, verifican la realización adecuada del procedimiento, la Subdirección de Enfermería supervisa las actividades del personal a su cargo, Jefes de Servicio, Jefes de Unidad y de áreas médicas, coordinan y verifican que se realice adecuadamente el procedimiento. El personal médico de Urgencias Adultos, el Departamento de Trabajo Social, el personal paramédico y administrativo de los Servicios Médicos, coadyuvan a la atención del paciente, en las actividades que les son inherentes.

2.2 A nivel externo este procedimiento tiene alcance para los Hospitales de la Red Federal de Hospitales de Referencia y Contrarreferencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica y de los asistentes de la Dirección General, autorizar los casos de traslado de pacientes internados en los Hospitales de la Red Federal de Referencia y Contrarreferencia que han cumplido con los requisitos establecidos, así como informar al Jefe de Servicio de Urgencias del ingreso aceptado.

3.2 Es responsabilidad del Médico de base tratante de los servicios de Urgencias después de realizar la valoración clínica del caso, indicar y solicitar el ingreso de los pacientes al Hospital para su tratamiento en una cama no censable del servicio de Urgencias a través del formato “solicitud de internamiento”.

3.3 El Médico especialista de base de Urgencias, además de decidir hospitalizar al paciente en una cama censable, deberá:
a) Proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas de tratamiento, lo anterior en un lenguaje claro y explicito asegurando la total comprensión por parte del enfermo y sus familiares, para que realicen su toma de decisiones **y participen, dentro de lo posible en el tratamiento instituido, acatando las indicaciones médicas y recomendaciones, con la finalidad de que la evolución del padecimiento sea satisfactoria**.
b) Informar que, por ser un Hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico y de enfermería, nutrición, psicología, etc.) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo la supervisión de personal de base.
c) Dar a conocer al paciente y familiares sobre la atención propuesta, los resultados que se esperan, los estudios requeridos, **respetando en todo momento los derechos humanos individuales, tanto del paciente como de sus familiares**

3.4 **El Médico tratante que indica el ingreso, deberá identificar y notificar de manera inmediata si el paciente pertenece a un grupo vulnerable, para que se aplique el procedimiento administrativo indicado en estos casos.**

3.5 En los casos que por la condición clínica del paciente se identifique que existe incapacidad para deambular o sostenerse en pie por sí mismo, el personal de enfermería solicitará el apoyo del personal de camillería y avisará a la Oficina de Admisión para que los trámites y traslado se agilicen.

3.6 Será responsabilidad del Médico tratante asignado al filtro de Urgencias valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, la prioridad de atención que se brindará al mismo y señalarlo en el formato Triage establecido, utilizando como herramienta la semaforización, con la finalidad de garantizar que existen niveles de prioridades la misma, de acuerdo a las políticas establecidas.

3.7 Será responsabilidad del Médico tratante asignado al Servicio de Urgencias, una vez decidido el ingreso, solicitar la firma de los formatos de consentimiento informado correspondientes, de acuerdo al procedimiento establecido.

3.8 El personal de Seguridad externa es responsable de controlar la entrada y salida a la Institución de toda persona ajena a la misma.

3.9 Una vez que se decida el internamiento definitivo por el Médico de Base del servicio de Urgencias, el área de Admisión será responsable de asignar la cama censable a los pacientes, ya sea en la Especialidad tratante o en un servicio periférico, de acuerdo al manual correspondiente.

3.10 Es responsabilidad del personal administrativo y de enfermería del Servicio de Urgencias informar y dar a conocer las normas de ingreso a los pacientes en el momento de su internamiento además de orientar en lo posible los trámites a realizar, con la finalidad de agilizarlos. Siempre y cuando haya camas censables disponibles en los Servicios Médico – Quirúrgicos.

3.11 El personal de Seguridad externa asignado al Servicio de Urgencias, es responsable **única y exclusivamente** de controlar la entrada y salida a la Institución de toda persona ajena a la misma. Por ningún motivo se permitirá a los elementos de seguridad (interna o externa) externar opiniones o interferir con la atención de pacientes, **su única función será orientar acerca de adonde se deberá dirigir el enfermo con su familiar para recibir dicha atención y colaborar en los casos que se les solicite ayuda para la atención de pacientes identificados como pertenecientes a los grupos vulnerables.**

3.12 La Jefe de Enfermeras del Servicio de Urgencias, en conjunto con el personal administrativo serán responsables de asignar la cama censable a los pacientes que requieran hospitalización, ya sea en la especialidad tratante o en un servicio periférico, de acuerdo al procedimiento correspondiente, dando prioridad de acuerdo al estado clínico del paciente y a los pacientes identificados como pertenecientes a grupos vulnerables.

3.13 El Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar el estudio socioeconómico del paciente y su clasificación de nivel de pago, de acuerdo a su Manual de Procedimientos, previa elaboración de Carnet y asignación de Número de Expediente Único (ECU) por el servicio de Admisión. Al respecto, los trabajadores del Hospital General de México, que soliciten atención médica, serán los únicos beneficiados al pagar 50% del nivel UNO. A los familiares directos (padre, madre, cónyuge e hijos) de estos se les cobrará basándose en el nivel UNO, siempre y cuando comprueben parentesco por medio de documentación requerida:
a) Copia del acta de nacimiento y credencial de elector del paciente.
b) Copia de la credencial vigente y del último talón de pago del trabajador.
c) Copia del acta de matrimonio del cónyuge del trabajador, en su caso.

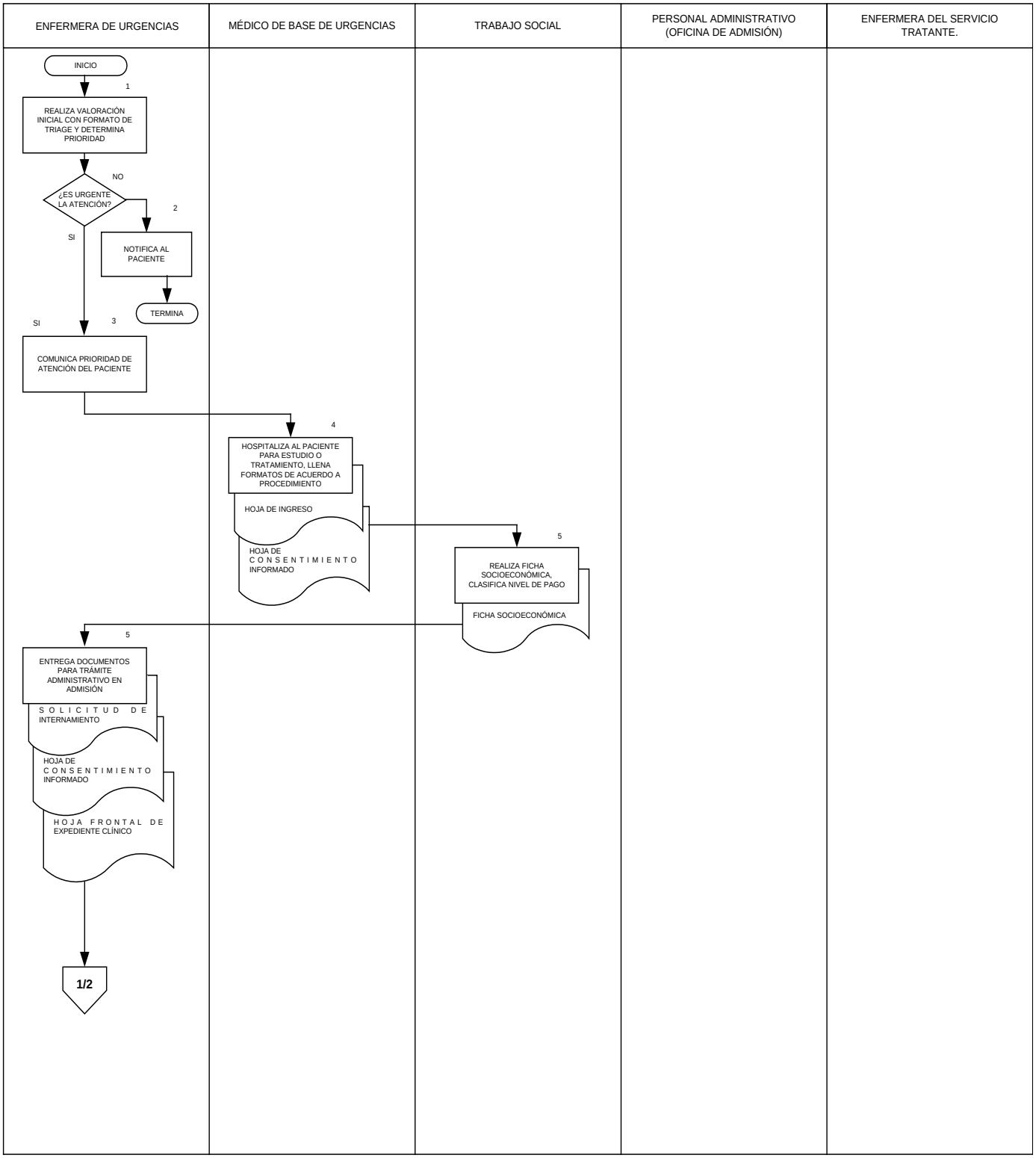
3.14 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

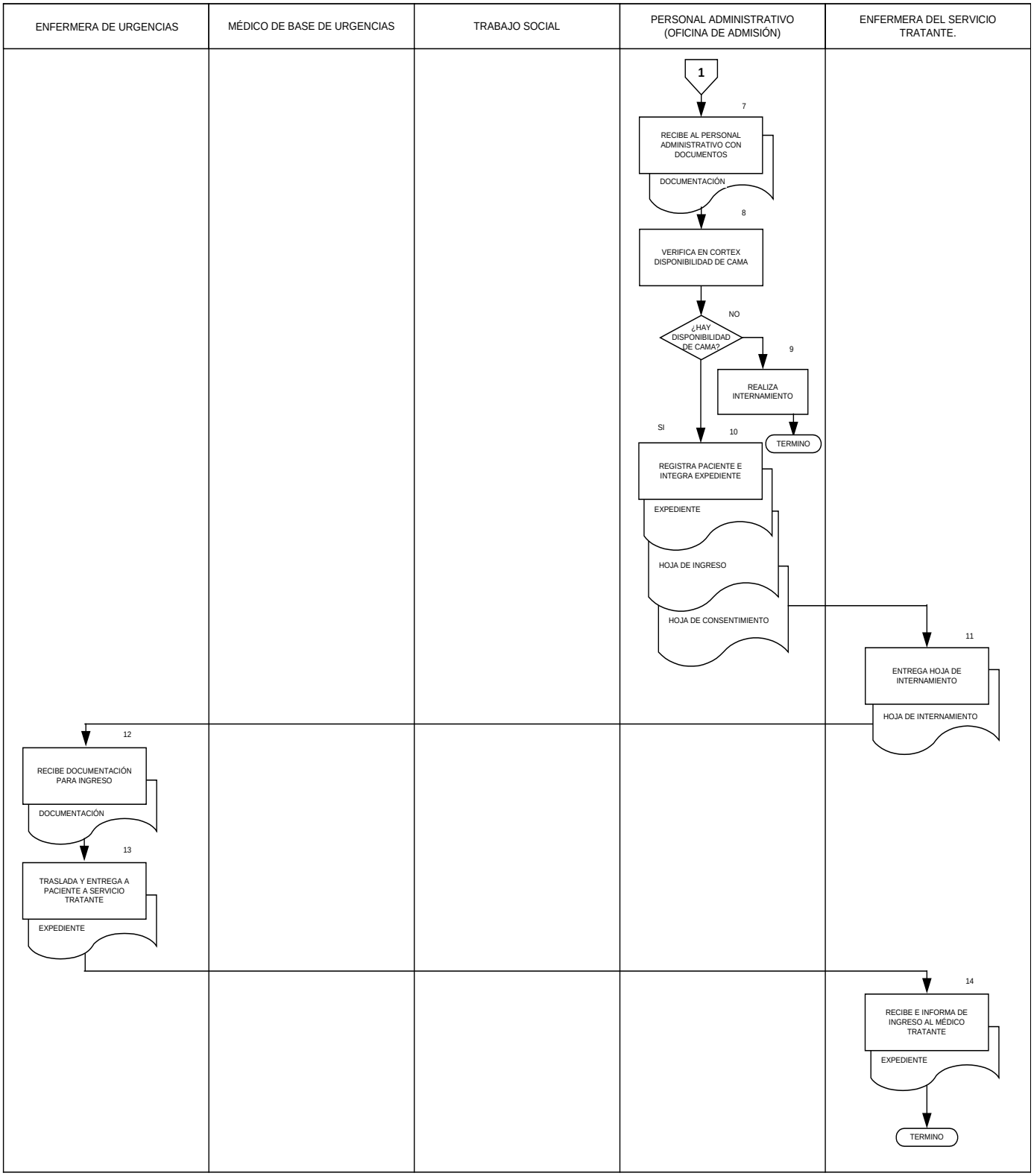
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Enfermera de Urgencias.	1	Realiza valoración inicial con formato electrónico de TRIAGE y determina prioridad **urgente** de atención (semáforo rojo). ¿Es urgente la atención? 2 No: Notifica al paciente y termina el procedimiento. 3 Si: Comunica al Médico de base de urgencias la prioridad de la atención del paciente.	
Médico de Base de Urgencias.	4	Decide hospitalizar al paciente para estudio o tratamiento en forma integral, llena formatos de admisión hospitalaria y hojas de consentimiento informado correspondientes de acuerdo al procedimiento establecido.	• Hoja de ingreso hospitalario. • Hoja de Consentimiento informado.
Trabajo Social.	5	Recibe al familiar, realiza ficha socioeconómica inicial, clasifica el nivel de pago (Ver Procedimiento de Trabajo Social).	• Ficha socioeconómica.
Enfermera de Urgencias.	6	Entrega documentación al personal administrativo de urgencias para trámite administrativo en Admisión.	• Solicitud de Internamiento. • Hoja de Consentimiento informado. • Hoja frontal de expediente clínico.
Personal Administrativo (Oficina de Admisión).	7	Recibe al personal administrativo de urgencias con documentos. 8 Verifica en sistema de cómputo (CORTEX) disponibilidad de cama de la especialidad tratante. ¿Hay disponibilidad de cama? 9 No: Realiza internamiento en servicio periférico (ver procedimiento de atención a pacientes hospitalizados en servicios periféricos) y termina el procedimiento. 10 SI: Registra al paciente, integra al expediente la hoja de Ingreso / Egreso, hoja de autorización de consentimiento informado.	• Documentación. • Expediente. • Hoja de ingreso. • Hoja de Trabajo Social. • Hoja de Consentimiento.
Enfermera del Servicio Tratante.	11	Entrega hoja de internamiento al personal administrativo de urgencias.	• Hoja de Internamiento.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Enfermera de Urgencias.	12	Recibe del personal administrativo de urgencias documentación para ingreso (Hoja de ingreso / Hoja de consentimiento / Nota de ingreso / Nota de evolución / Nota de traslado / Hoja de trabajo social / Exámenes de laboratorio / Hoja de enfermería), integra el expediente y espera traslado a servicio tratante.	• Documentación .
Enfermera de Urgencias.	13	Traslada al paciente acompañada de camillero y en caso necesario, de un médico residente al Servicio tratante asignado. Entrega al paciente y expediente clínico a la enfermera del Servicio tratante.	• Expediente.
Enfermera del Servicio tratante.	14	Recibe al paciente con expediente, lo registra e informa del ingreso al médico tratante. **TERMINA.**	• Expediente.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




ENFERMERA DE URGENCIAS
MÉDICO DE BASE DE URGENCIAS
TRABAJO SOCIAL
PERSONAL ADMINISTRATIVO (OFICINA DE ADMISIÓN)
ENFERMERA DEL SERVICIO TRATANTE.
1
7
RECIBE AL PERSONAL ADMINISTRATIVO CON DOCUMENTOS
DOCUMENTACIÓN
8
VERIFICA EN CORTEX DISPONIBILIDAD DE CAMA
NO
¿HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA?
9
REALIZA INTERNAMIENTO
TERMINO
SI
10
REGISTRA PACIENTE E INTEGRA EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
HOJA DE INGRESO
HOJA DE CONSENTIMIENTO
11
ENTREGA HOJA DE INTERNAMIENTO
HOJA DE INTERNAMIENTO
12
RECIBE DOCUMENTACIÓN PARA INGRESO
DOCUMENTACIÓN
13
TRASLADA Y ENTREGA A PACIENTE A SERVICIO TRATANTE
EXPEDIENTE
14
RECIBE E INFORMA DE INGRESO AL MÉDICO TRATANTE
EXPEDIENTE
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Procedimiento para la Atención de Pacientes en Servicios Periféricos.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Personal Administrativo del Hospital	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.3 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Hojas de Consentimiento Informado.- Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.5 Hospital.- Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.

8.6 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.7 Ingreso.- El paciente que entra a un servicio del hospital e implica la ocupación de una cama censable; con fines de diagnóstico, tratamiento, o estudios; también se conoce como admisión.

8.8 Referencia y Contrarreferencia.- Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

8.9 Urgencia.- Es la atención médica inmediata que se proporciona a un paciente debido a una causa por él sentida o que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el área de urgencias de la unidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Ingreso Hospitalario. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.2 Ficha Socioeconómica. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.3 Historia Clínica. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.4 Carnet. (Ver anexos del procedimiento 7)
10.5 Hoja de Consentimiento Informado. (Ver anexos del procedimiento 10)
10.6 Hoja de Admisión Hospitalaria. (Ver anexos del procedimiento 10)

12. PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA, EL EGRESO DEL PACIENTE, CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN DE CAMAS CENSABLES.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la prealta y la realización del egreso hospitalario del paciente, con el fin de agilizar el trámite administrativo, disminuir los tiempos de espera, tener un control estricto y oportuno del flujo del expediente clínico y liberar de manera automática las camas censables para mayor disponibilidad de las mismas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento supervisan que las Subdirecciones de Área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirecciones de Área supervisan que se cumplan los lineamientos, los Servicios solicitan interconsulta y segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado y al que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica en conjunto con las Direcciones y Subdirecciones de Área, se responsabilizarán de vigilar que se realice adecuadamente el presente procedimiento.

3.2 Es responsabilidad de los Jefes de Servicio en las áreas de su responsabilidad, vigilar que se aplique este procedimiento de manera correcta.

3.3 Es responsabilidad del Médico tratante identificar a los pacientes susceptibles de Prealta las 24 horas antes de su posible egreso para la iniciar los trámites administrativos de egreso hospitalario, elaborar la nota de Prealta y avisar a la enfermera responsable en turno. Generado del pase de visita médica se determinará a los pacientes que por sus condiciones de salud podrá considerarse la Prealta, así como supervisar al médico residente en la elaboración de la documentación necesaria (Prealta, nota de alta, hoja de procedimientos médicos y hoja de hospitalización SIS-HGM-HOSP-03-P) para el egreso hospitalario, las cuales deberá firmar invariablemente.

3.4 El Personal Administrativo del Servicio captura en el sistema el egreso del paciente, el día previo al egreso del paciente y será responsable de generar la captura de la información del egreso del paciente (diagnóstico, tipo de movimiento, motivo del egreso). Se ingresará en el sistema el rubro de Prealta.

3.5 El Personal Administrativo de la Oficina de Admisión deberá apoyar a la unidad en hospitalización en la captura del egreso, cuando no exista personal administrativo en el turno vespertino, nocturno, fin de semana y días festivos.

3.6 El departamento de Trabajo Social emite el pase de salida a través de su sistema de cómputo, para la liberación de la cama. Una vez realizado esto no se podrán solicitar los siguientes rubros: Solicitud de medicamentos, solicitud de mezclas, solicitud de estudios de imagenología, solicitud de estudios de laboratorios, solicitud de estudios especiales, solicitud de biopsias, realización de cirugías y procedimientos no quirúrgicos, ni traslados de cama ni de Servicio.

3.7. El día del egreso del paciente los familiares del paciente liquidarán la cuenta de hospitalización y el personal de Trabajo Social emitirá el pase de salida. Los tiempos de liberación de la cama una vez emitido el pase de salida son los siguientes:

- Egreso por mejoría del paciente, aproximadamente tardará una hora en liberarse la cama, el tiempo fue establecido por el área médica, con la finalidad de que se realice la limpieza a la cama para poder ocuparla nuevamente.
- Egreso por Fallecimiento del paciente, la cama se libera en aproximadamente 2 horas. El tiempo fue definido por el área médica, para los trámites que se tienen que realizar en Patología y a su vez la limpieza de la cama.

- Egreso por fuga del paciente, la cama se libera automáticamente y los pagos pendientes se quedan etiquetados, por si el paciente regresa posteriormente.

3.8 En el egreso hospitalario el Jefe de la Unidad donde se encuentra hospitalizado el paciente, será responsable de supervisar y confirmar el envío del expediente clínico debidamente ordenado, de acuerdo a las políticas institucionales, al archivo clínico en las primeras 24 hrs., salvo en caso de contingencia (ausencia del sistema).

3.9 El Personal de Enfermería es responsable de verificar que el expediente clínico esté ordenado, completo y cuente con los documentos necesarios para el egreso.

3.10 Personal Administrativo de la Oficina de Admisión es responsable de liberar las camas censables en el caso de traslado interno de pacientes.

3.11 En caso de egreso definitivo y directo de camas no censables, la unidad en hospitalización será responsable de realizar la captura de información (Diagnóstico, Tipo de Movimiento, Motivo del egreso) y la consecuente liberación de cama censable reservada.

3.12 En caso de ausencia del sistema en el Hospital General, el personal Administrativo de la unidad deberá capturar en la Bitácora de Egresos "Ausencia del Sistema" los movimientos de egreso generados, ingresarlos al sistema una vez restablecida la operación y enviar el expediente clínico completo a Trabajo Social, antes de 24 hrs., para la liberación de la cama censable.

3.13 En caso de ausencia temporal del sistema en el Hospital General, el personal de Trabajo Social de la Unidad deberá elaborar el Pase de Salida de Contingencia de manera manual y cuando se restablezca la operación del sistema deberá generarlos de manera electrónica, con base a la previa revisión del expediente clínico, para la liberación de la cama censable.

3.14 La "Operación en Contingencia" del personal de Trabajo Social y del personal Administrativo en la Unidad, deberá ser autorizada previamente por la Jefatura de Trabajo Social y la Coordinación de Delegados Administrativos; en ausencia de éstos, los asistentes médicos deberán dar la autorización.

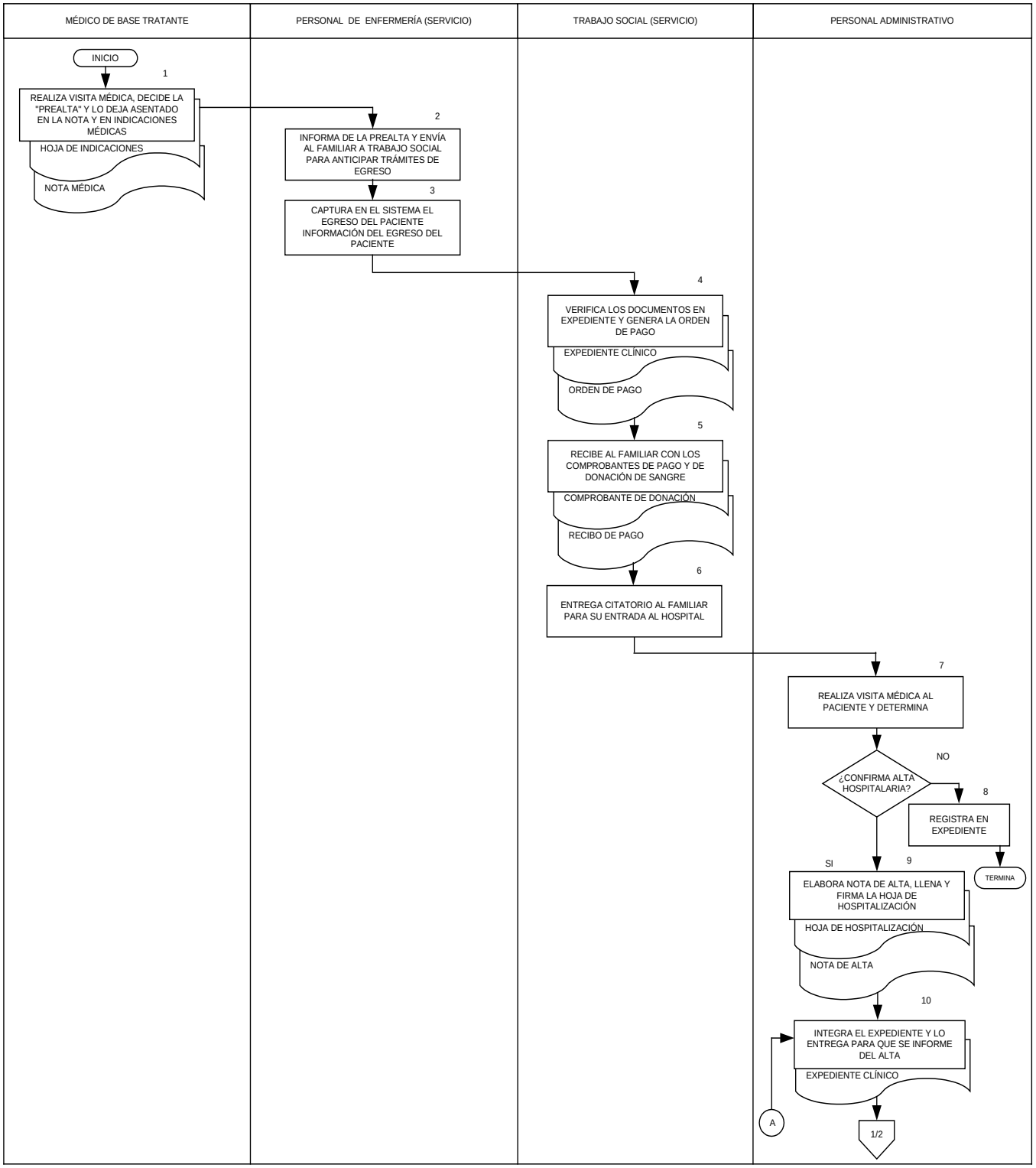
3.15 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

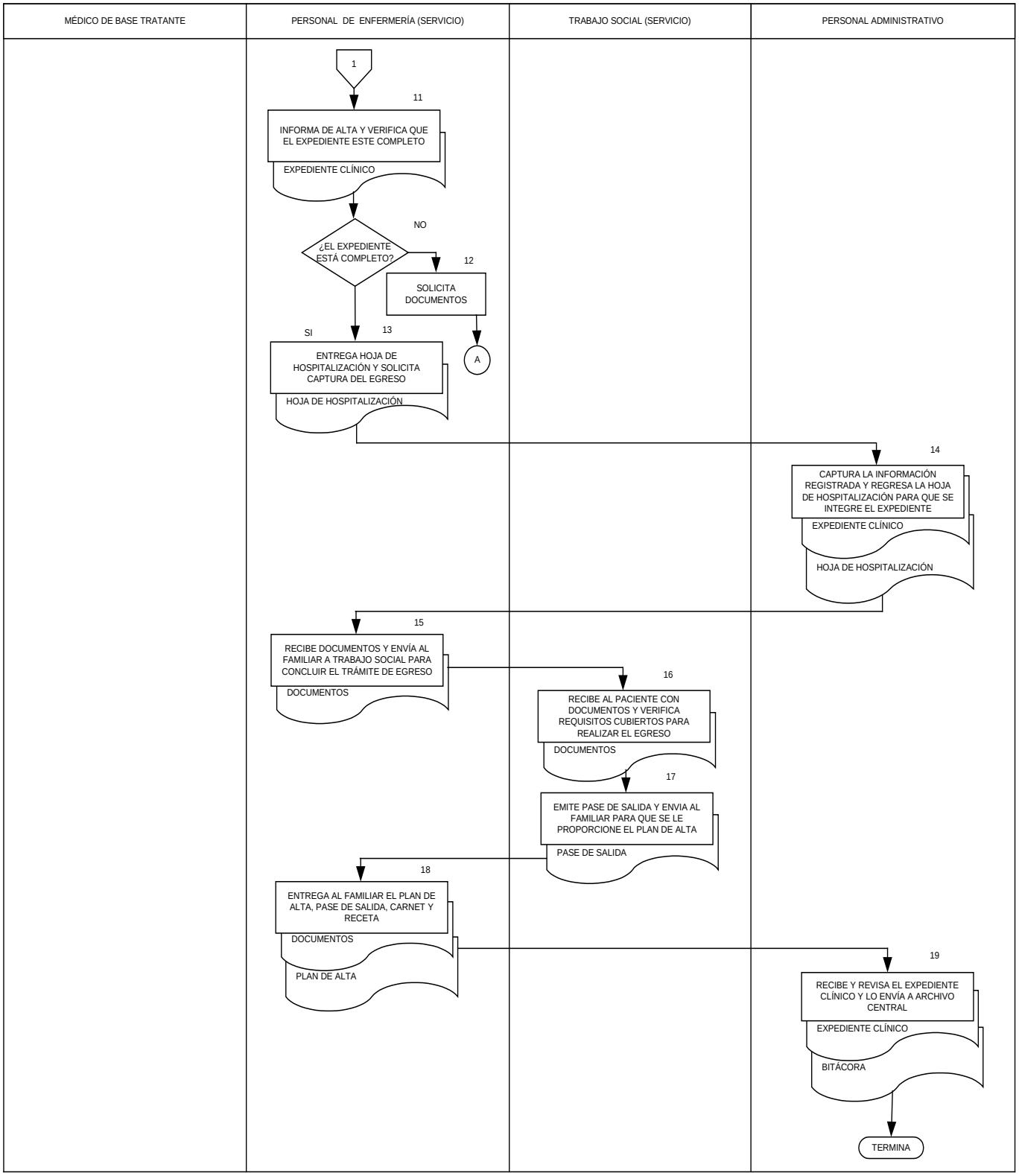
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base Tratante.	1	Realiza visita médica diaria y si existe indicación, decide la "Prealta" y lo deja asentado en la nota médica y en las indicaciones médicas. Notifica al paciente y a Enfermería para que informe a Trabajo Social.	Hoja de Indicaciones. Nota Médica
Personal de Enfermería (Servicio)	2 3	Informa al Personal Administrativo y a Trabajo Social de la Prealta y envía al familiar a Trabajo Social para anticipar trámites de egreso. Captura en el sistema el Egreso del paciente, el día previo al egreso del paciente, información del egreso del paciente (diagnóstico, tipo de movimiento, motivo del egreso).	
Trabajo Social (Servicio)	4 5 6	Verifica los documentos en expediente y genera la orden de pago al día en que será dado de alta el paciente, la entrega al familiar y lo envía a realizar el pago correspondiente. Recibe al familiar con las copias de los comprobantes de pago realizados y de la donación de sangre e integra al expediente. Entrega citatorio al familiar para facilitar su entrada al Hospital al día siguiente.	Expediente clínico Orden de pago Comprobante de Donación Recibo de pago
Médico de Base Tratante	7 8 9 10	Realiza visita médica al paciente y determina alta hospitalaria. ¿Confirma alta hospitalaria? NO: Registra en expediente y termina procedimiento. SI: Informa al paciente, a Enfermería, elabora nota de alta, llena y firma la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P). Ordena los documentos clínicos, los integra al expediente de acuerdo a formato establecido por la Dirección General Adjunta Médica y los entrega a Enfermería para que informe del alta a personal de Trabajo Social.	Expediente clínico Hoja de hospitalización Nota de alta
Personal de Enfermería (Servicio)	11 12 13	Informa a Trabajo Social del alta y verifica que el expediente este ordenado y que contenga la nota de alta, receta médica y hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-9) debidamente requisitadas. ¿El expediente está completo? NO: Solicita documentos faltantes y regresa a la actividad 10. SI: Entrega hoja de hospitalización a Personal Administrativo y solicita captura del egreso.	Expediente Clínico Hoja de hospitalización.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	14	Captura la información registrada por los médicos en la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P): Diagnóstico CIE-10, CIE-09, Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso y regresa la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P) a la Enfermera para que la integre al expediente.	Expediente Clínico Hoja de hospitalización
Personal de Enfermería (Servicio)	15	Recibe documentos y envía al familiar a Trabajo Social para concluir el trámite de egreso con la siguiente documentación: Hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P), ficha socioeconómica inicial (TSFSOC.1), hoja de procedimientos en hospitalización y carnet.	Documentos
Trabajo Social (Servicio)	16 17	Recibe al paciente con documentos y verifica requisitos cubiertos para realizar el egreso con base en el procedimiento correspondiente. (Ver Manual del Departamento de Trabajo Social). Emite e imprime pase de salida electrónico (dos copias), engrapa una copia a la hoja de hospitalización y la otra la entrega al familiar; envía al familiar con el Personal de Enfermería para que le proporcione el plan de alta e indicaciones médicas del paciente.	Documentos Pase de Salida
Personal de Enfermería (Servicio)	18	Recibe al paciente, entrega el plan de alta, verifica que se encuentre el pase de salida en impresión electrónica, los entrega al familiar junto el carnet y la receta para concluir con el egreso y proporciona expediente al Personal Administrativo.	Documentos Plan de alta
Personal Administrativo	19	Recibe y revisa que el expediente clínico se encuentre completo y ordenado de acuerdo al formato establecido, lo registra en bitácora de egreso y lo envía a archivo central en menos de 24 hrs., solicitando firma de recibido por el personal correspondiente. **TERMINA**	Expediente Clínico Bitácora

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE TRATANTE
PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIO)
TRABAJO SOCIAL (SERVICIO)
PERSONAL ADMINISTRATIVO
1
11
INFORMA DE ALTA Y VERIFICA QUE EL EXPEDIENTE ESTE COMPLETO
EXPEDIENTE CLÍNICO
NO
¿EL EXPEDIENTE ESTÁ COMPLETO?
12
SOLICITA DOCUMENTOS
A
SI
13
ENTREGA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN Y SOLICITA CAPTURA DEL EGRESO
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
14
CAPTURA LA INFORMACIÓN REGISTRADA Y REGRESA LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN PARA QUE SE INTEGRE EL EXPEDIENTE
EXPEDIENTE CLÍNICO
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
15
RECIBE DOCUMENTOS Y ENVÍA AL FAMILIAR A TRABAJO SOCIAL PARA CONCLUIR EL TRÁMITE DE EGRESO
DOCUMENTOS
16
RECIBE AL PACIENTE CON DOCUMENTOS Y VERIFICA REQUISITOS CUBIERTOS PARA REALIZAR EL EGRESO
DOCUMENTOS
17
EMITE PASE DE SALIDA Y ENVIA AL FAMILIAR PARA QUE SE LE PROPORCIONE EL PLAN DE ALTA
PASE DE SALIDA
18
ENTREGA AL FAMILIAR EL PLAN DE ALTA, PASE DE SALIDA, CARNET Y RECETA
DOCUMENTOS
PLAN DE ALTA
19
RECIBE Y REVISA EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LO ENVÍA A ARCHIVO CENTRAL
EXPEDIENTE CLÍNICO
BITÁCORA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.	No aplica
6.5 Código de Bioética para el personal del Hospital.	No aplica
6.6 NOM-004-SSA3- 2012 del expediente Clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Archivo Clínico	No Aplica
7.2 Bitácora de Egresos “Ausencia del Sistema”	5 años	Archivo del Servicio	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama Censable: Es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de paciente internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce los egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama Hospitalaria: Es la cama disponible para la atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).

8.3 Cama No Censable: Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgico. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.4 Egreso: Es la salida de un paciente de un servicio de hospitalización, se emplea también el término “Alta”, que puede ser por curación, mejoría, fuga voluntaria o traslado.

8.5 Expediente Clínico: Es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta y ordenada que reflejan con claridad el historial de salud de un paciente.

8.6 Ingreso: Es la entrada oficial de un paciente en un servicio de hospitalización con fines de diagnóstico, tratamiento o estudios; también se conoce como admisión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexos del procedimiento 7)
10.2 Ficha Socioeconómica Inicial (Ver anexos del procedimiento 7)
10.3 Pase de Salida. (TSH9) / Impresión electrónica
10.4 Hoja de Procedimientos
10.5 Hoja de Hospitalización
10.6 Plan de Alta
10.7 Recibo de Pago
10.8 Receta médica

10.3 Pase de Salida. (TSH9) / Impresión electrónica

PASE DE SALIDA

TSH 9

PUEDE SALIR EL PACIENTE:_____(1)_____
SERVICIO: _____(2)_____ CAMA: _____(3)_____
CUBRIÓ REQUISITOS HOSPITALARIOS.

MEXICO D.F. A _____DE _____(4)_____ DEL 20__

ATENTAMENTE

_____(5)_____
TRABAJADOR SOCIAL

I. NOMBRE DEL FORMATO: Pase de salida del paciente T.S.H.9.
II. OBJETIVO: Disponer de un documento que facilite el egreso del paciente hospitalizado.
III. RESPONSABLE: De su llenado, el Trabajador Social de unidades hospitalarias
IV. PERIODICIDAD: Cada vez que egrese un paciente con requisitos cubiertos.
V. NUMERO DE TANTOS: En original y copia.
VI. DISTRIBUCIÓN: Original para el paciente que egresa o familiar del mismo, copia para el expediente clínico del paciente.

VII. INSTRUCCIONES DE LLENADO

No.	A N O T A R
1	Anotar nombre y apellidos del paciente.
2	Señalar servicio o especialidad en que se encuentra el paciente.
3	Indicar número de cama en que se encuentra el paciente.
4	Señalar el día, mes y año en que se elabora el documento.
5	Nombre (s) y apellidos del T.S que elaboró el documento, firma y sello personal.

10.4 Hoja de Procedimientos

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 06AM0900608 3
HOJA DE PROCEDIMIENTO EN HOSPITALIZACIÓN

SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE _____
FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL

DIAGNÓSTICO _____

TRABAJO SOCIAL _____ SERVICIO _____

ECU _____ FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____

PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL MÉDICO	FECHA	NO OTORGADO (FIRMA)	RUI	FECHA DE PAGO	RESPONSABLE PACIENTE
Llenar por el Médico				*Llenar por Trabajo Social*		
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	

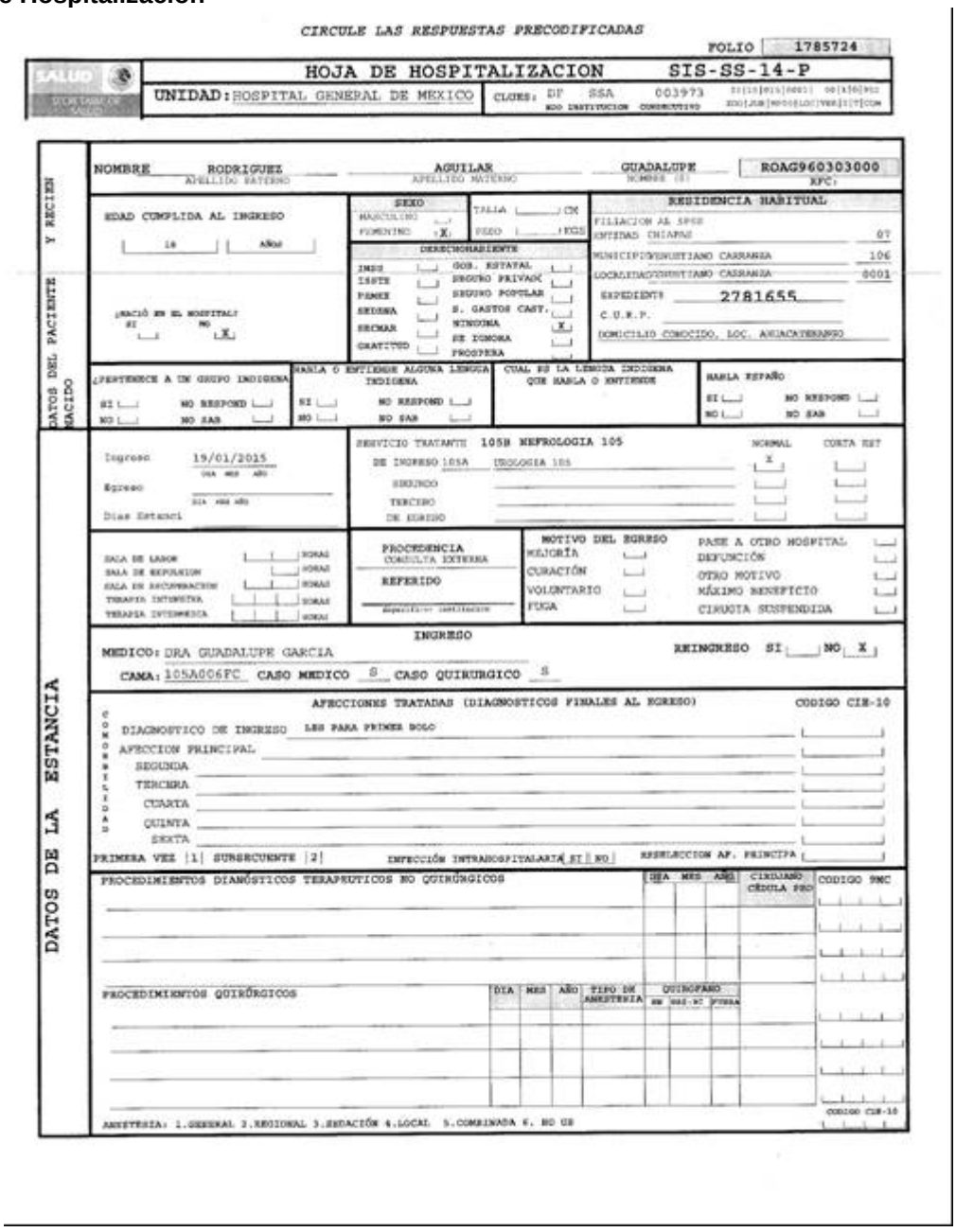
Si un procedimiento específico no fue realizado, éste debe ser encerrado en un círculo y la casilla correspondiente en la columna No otorgado debe ser firmado por el médico

REGISTRO DE VISITAS DE TRABAJO SOCIAL.

Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha
1	/	4	/	7	/	10	/	13	/	16	/
2	/	5	/	8	/	11	/	14	/	17	/
3	/	6	/	9	/	12	/	15	/	18	/

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores Delegación Cuauhtémoc México D.F., C.P. 06726 Tel. 2789-2000

10.5 Hoja de Hospitalización



CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS

FOLIO 1785724

HOJA DE HOSPITALIZACION SIS-SS-14-P

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CLUES: DF SSA 003973 EDO INSTITUCION CONSECUTIVO

DATOS DEL PACIENTE Y RECIEN NACIDO

NOMBRE RODRIGUEZ (APELLIDO PATERNO) AGUILAR (APELLIDO MATERNO) GUADALUPE (NOMBRE (S)) ROAG960303000 RFC:

EDAD CUMPLIDA AL INGRESO 18 AÑOS

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL? SI NO X

SEXO: MASCULINO / FEMENINO X

TALLA CM / PESO KGS

DERECHOHABIENTE: IMSS / ISSTE / PEMEX / SEDENA / SEMAR / GRATITUD / GOB. ESTATAL / SEGURO PRIVADO / SEGURO POPULAR / S. GASTOS CAST. / NINGUNA X / SE IGNORA / PROSPERA

RESIDENCIA HABITUAL: FILIACION AL SPSS / ENTIDAD CHIAPAS 07 / MUNICIPIO/ENUSTIANO CARRANZA 106 / LOCALIDAD/ENUSTIANO CARRANZA 0001 / EXPEDIENTE 2781655 / C.U.R.P. / DOMICILIO CONOCIDO, LOC. AHUACATERANGO

¿PERTENECE A UN GRUPO INDIGENA? SI / NO / NO RESPOND / NO SAB

HABLA O ENTIENDE ALGUNA LENGUA INDIGENA: SI / NO / NO RESPOND / NO SAB

CUAL ES LA LENGUA INDIGENA QUE HABLA O ENTIENDE

HABLA ESPAÑO: SI / NO / NO RESPOND / NO SAB

DATOS DE LA ESTANCIA

Ingreso 19/01/2015 (DIA MES AÑO)

Egreso (DIA MES AÑO)

Dias Estanci

SERVICIO TRATANTE 105B NEFROLOGIA 105 — NORMAL X — CORTA EST

DE INGRESO 105A UROLOGIA 105

SEGUNDO

TERCERO

DE EGRESO

SALA DE LABOR / SALA DE EXPULSION / SALA DE RECUPERACION / TERAPIA INTENSIVA / TERAPIA INTERMEDIA — HORAS

PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA / REFERIDO (especificar institución)

MOTIVO DEL EGRESO: MEJORÍA / CURACIÓN / VOLUNTARIO / FUGA / PASE A OTRO HOSPITAL / DEFUNCIÓN / OTRO MOTIVO / MÁXIMO BENEFICIO / CIRUGIA SUSPENDIDA

INGRESO

MEDICO: DRA GUADALUPE GARCIA — REINGRESO SI / NO X

CAMA: 105A006FC CASO MEDICO S CASO QUIRURGICO S

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNOSTICOS FINALES AL EGRESO) — CODIGO CIE-10

COMORBILIDAD

DIAGNOSTICO DE INGRESO LES PARA PRIMER DOLO

AFECCION PRINCIPAL

SEGUNDA

TERCERA

CUARTA

QUINTA

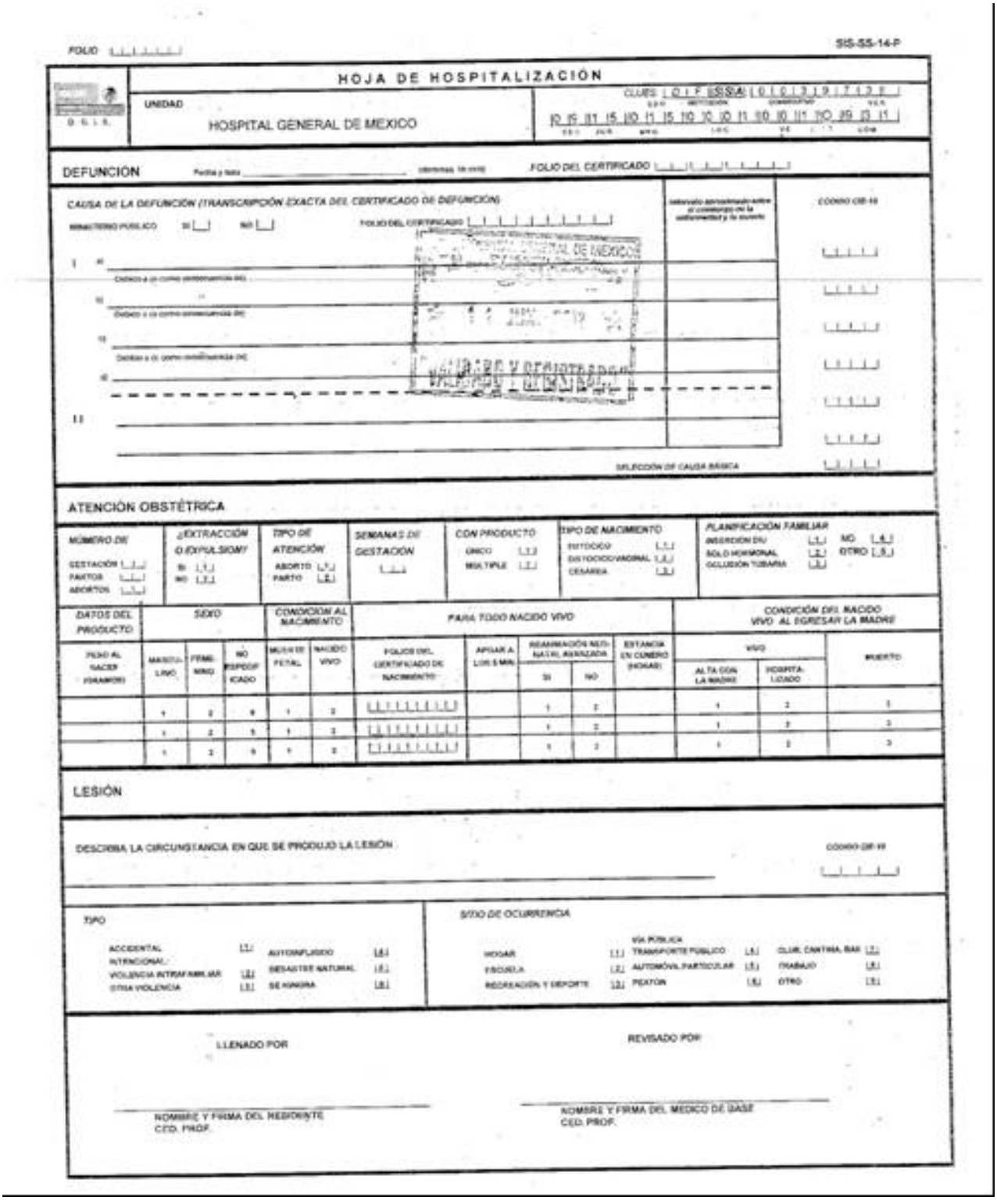
SEXTA

PRIMERA VEZ 1 SUBSECUENTE 2 — INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA SI NO — RESELECCION AF. PRINCIPA

PROCEDIMIENTOS DIANÓSTICOS TERAPEUTICOS NO QUIRÚRGICOS — DIA MES AÑO — CIRUJANO CÉDULA PRO — CODIGO 9NC

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS — DIA MES AÑO — TIPO DE ANESTESIA — QUIROFANO EN GRAL-RC FUERA

ANESTESIA: 1.GENERAL 2.REGIONAL 3.SEDACIÓN 4.LOCAL 5.COMBINADA 6. NO US — CODIGO CIE-10



FOLIO

SIS-SS-14-P

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CLUES

DEFUNCIÓN — Fecha y hora — FOLIO DEL CERTIFICADO

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (TRANSCRIPCIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)

MINISTERIO PUBLICO SI NO — FOLIO DEL CERTIFICADO

I a) Debido a (o como consecuencia de)

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

II

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

CODIGO CIE-10

SELECCIÓN DE CAUSA BÁSICA

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

NÚMERO DE	¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?	TIPO DE ATENCIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN	CON PRODUCTO	TIPO DE NACIMIENTO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
GESTACIÓN [ ] [ ] PARTOS [ ] [ ] ABORTOS [ ] [ ]	SI [1] NO [2]	ABORTO [1] PARTO [2]	[ ] [ ]	ÚNICO [1] MÚLTIPLE [2]	EUTÓCICO [1] DISTÓCICO VAGINAL [2] CESÁREA [3]	INSERCIÓN DIU [1] SOLO HORMONAL [2] OCLUSIÓN TUBARIA [3] NO [4] OTRO [5]

DATOS DEL PRODUCTO	SEXO			CONDICIÓN AL NACIMIENTO		PARA TODO NACIDO VIVO				CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		
PESO AL NACER (GRAMOS)	MASCULINO	FEMENINO	NO ESPECIFICADO	MUERTO FETAL	NACIDO VIVO	FOLIOS DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO	APGAR A LOS 5 MIN	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA SI	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA NO	ESTANCIA EN CUNERO (HOGAR)	VIVO: ALTA CON LA MADRE	VIVO: HOSPITALIZADO	MUERTO
	1	2	9	1	2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		1	2		1	2	3
	1	2	9	1	2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		1	2		1	2	3
	1	2	9	1	2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		1	2		1	2	3

LESIÓN

DESCRIBA LA CIRCUNSTANCIA EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN

CODIGO CIE-10

TIPO

ACCIDENTAL [1] — AUTOINFLIGIDO [4]
INTENCIONAL: — DESASTRE NATURAL [5]
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR [6] — SE IGNORA [8]
OTRA VIOLENCIA [7]

SITIO DE OCURRENCIA

HOGAR [1] — VÍA PÚBLICA
ESCUELA [2] — TRANSPORTE PÚBLICO [6] — CLUB, CANTINA, BAR [7]
RECREACIÓN Y DEPORTE [3] — AUTOMÓVIL PARTICULAR [5] — TRABAJO [8]
PEATÓN [4] — OTRO [9]

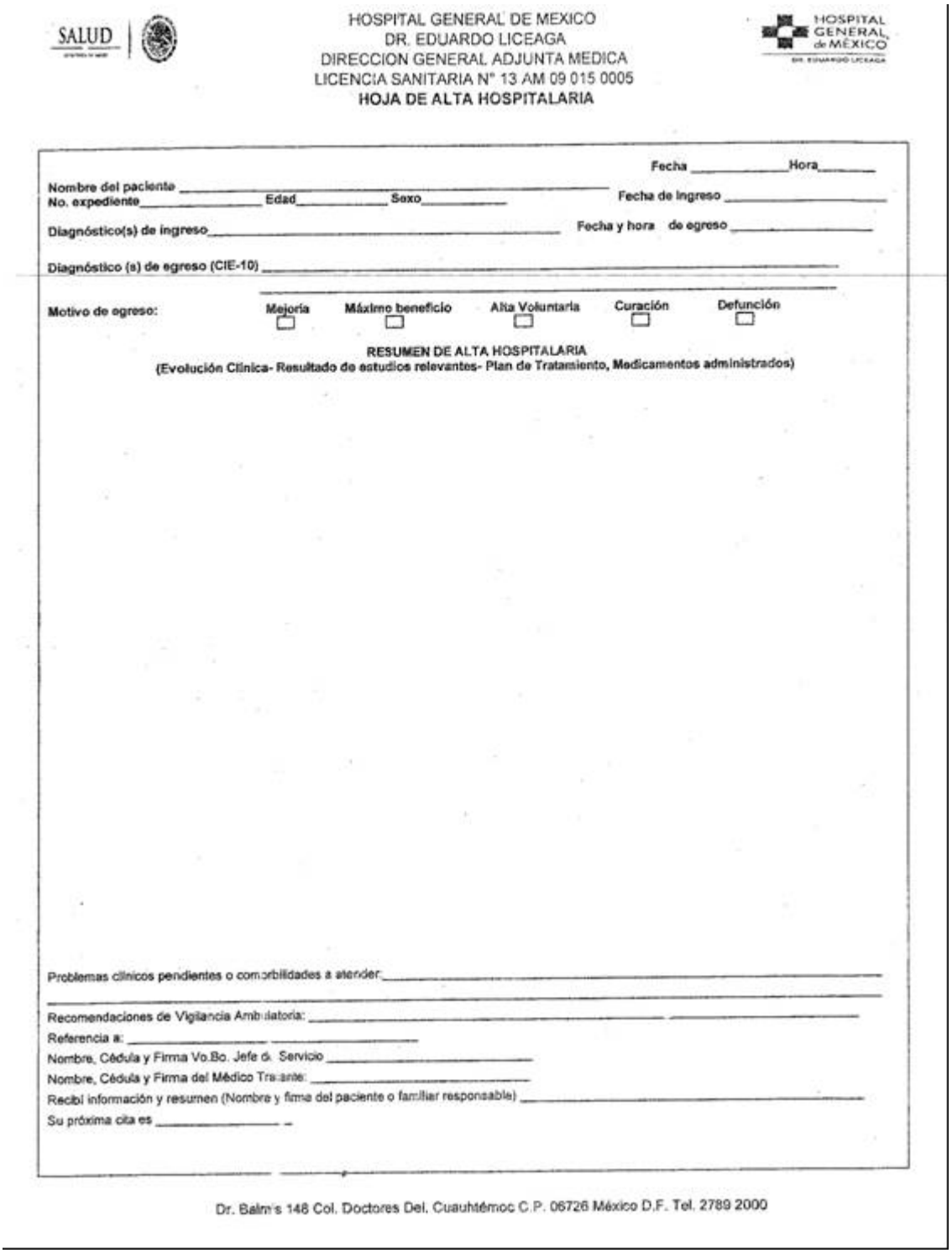
LLENADO POR

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSTE
CED. PROF.

REVISADO POR

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO DE BASE
CED. PROF.

10.6 Plan de Alta



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

Fecha _____ Hora_____

Nombre del paciente _____
No. expediente_____ Edad_____ Sexo_____ Fecha de ingreso _____

Diagnóstico(s) de ingreso_____ Fecha y hora de egreso _____

Diagnóstico (s) de egreso (CIE-10) _____

Motivo de egreso: Mejoría ☐ Máximo beneficio ☐ Alta Voluntaria ☐ Curación ☐ Defunción ☐

RESUMEN DE ALTA HOSPITALARIA
(Evolución Clínica- Resultado de estudios relevantes- Plan de Tratamiento, Medicamentos administrados)

Problemas clínicos pendientes o comorbilidades a atender:_____

Recomendaciones de Vigilancia Ambulatoria: _____

Referencia a: _____

Nombre, Cédula y Firma Vo.Bo. Jefe de Servicio _____

Nombre, Cédula y Firma del Médico Tratante: _____

Recibí información y resumen (Nombre y firma del paciente o familiar responsable) _____

Su próxima cita es _____

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

SERVICIO: _____

No. de Expediente: _____

DATOS DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO (PACIENTE)

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ No.de Cama _____

Diagnóstico Médico de egresos _____

Requisitos de Educación:

Medidas Higiénico-Dieteticas:

Cuidados Especificos:

Terapia Medicamentosa:

Enfermera (o) Responsable _____
Nombre y Firma

Nombre y/o firma del agente de autocuidado o familiar que recibe el plan de alta _____

Fecha de Elaboración _____

10.7 Recibo de Pago

http://192.168.0.25/intranet/lineadecaptura/principal.php

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

ORDEN DE PAGO

FECHA Y HORA DE EMISIÓN
16/01/2014 12:45:39 PM

ORDEN No.
212896 4

ECU: 1847751 NOMBRE: LUNA VELAZQUEZ GUILLERMO — **GENERA: MARTINEZ VELEZ FLAVIO ALEJANDRO**

NSE: E UNIDAD: ADMISION GENERAL 401 — **NSE ORDEN: E TIPO PROGRAMA: SIN PROGRAMA**

SERV.	DESCRIPCION	CANT./ DOSIS	P.UNI.	SUBTOTAL
510-001	BIOMETRIA HEMATICA	1	24.0000	24.0000
512-010	FOSFORO	1	15.0000	15.0000
512-040	CALCIO	1	15.0000	15.0000
512-041	CLORO	1	15.0000	15.0000
512-042	POTASIO	1	15.0000	15.0000
512-043	SODIO	1	15.0000	15.0000
512-044	GLUCOSA	1	15.0000	15.0000
512-045	UREA	1	15.0000	15.0000
512-046	CREATININA	1	15.0000	15.0000
526-020	TIEMPO DE PROTOMBINA	1	29.0000	29.0000
526-021	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA	1	29.0000	29.0000
526-022	TIEMPO DE TROMBINA	1	29.0000	29.0000
			TOTAL A PAGAR:	**$231.00**

Si prefiere puede realizar el pago de esta orden en cualquier sucursal Banamex

Línea de captura:
B:38540100021289648123

Impresa por: FLAVIO ALEJANDRO MARTINEZ VELEZ

Banamex

BANCO NACIONAL DE MEXICO S.A.
COMPROBANTE DE PAGO DE SERVICIOS Y COBRANZA

16/01/2014 13:04:10 ID: 4899
LINEA DE CAPTURA: 38540100021289648123 $231.00
NUMERO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:
385401 HOSPITAL GRAL DE MEX
IMPORTE: **** $231.00
PAGO REALIZADO POR LA CANTIDAD DE:
(DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 00/100 M.N.)
COMISION COBRADA: $0.00
IVA: $0.00
IMPORTE TOTAL: $231.00

FORMA DE PAGO
EFECTIVO: $231.00

AUTORIZACION: 128748
PAGINA 1 de 3

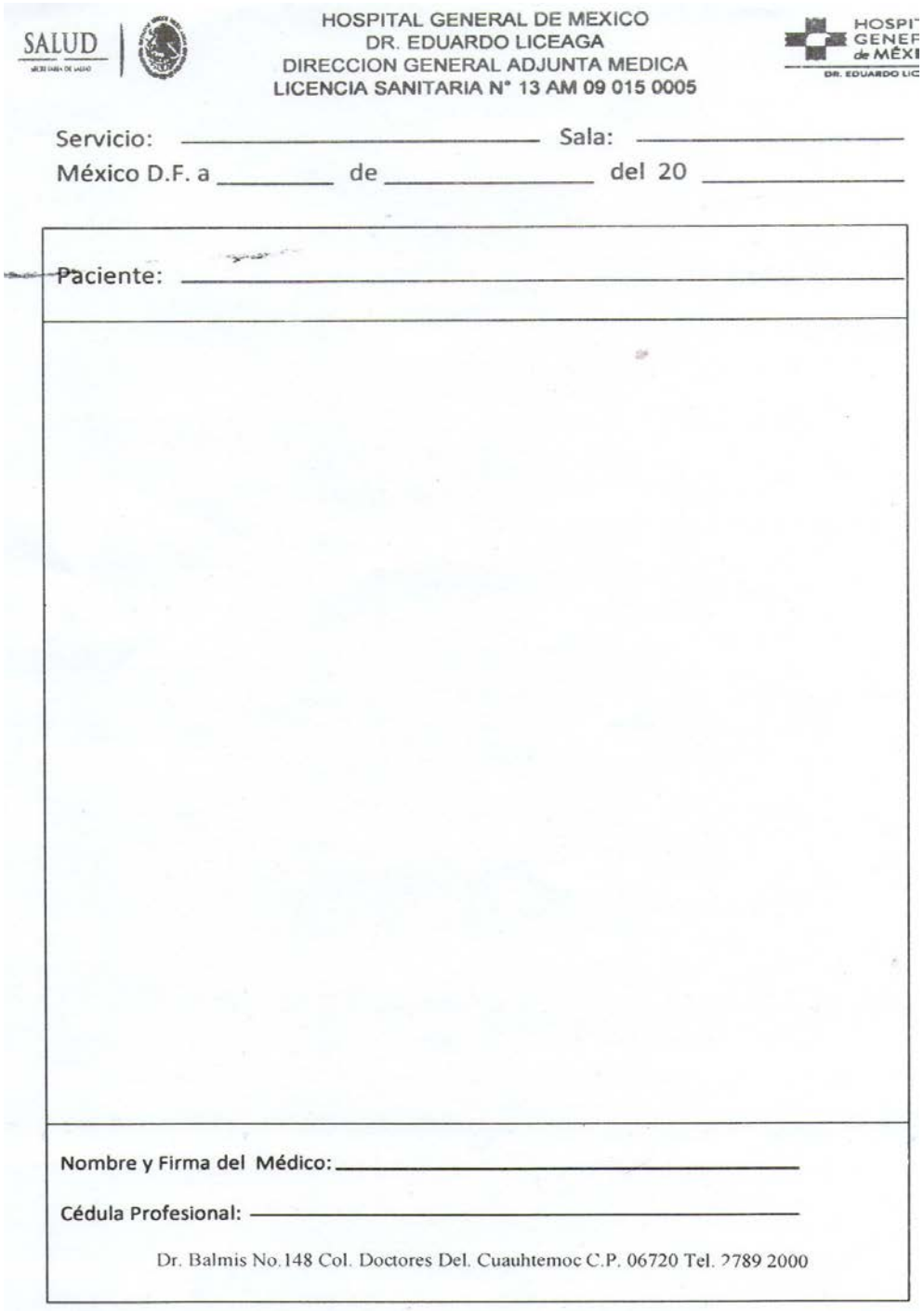
FOLIO: 38989911503 9
NUMERO Y NOMBRE DEL NEGOCIO BANAMEX AQUI:
9749035901 8 HOSPITAL GENERAL LABORATORIO - EGLOBAL
NUMERO DE OPERADOR: 5
PLAZA GEOGRAFICA: CENTRO MEDICO SIGLO XXI, DISTRITO FEDERAL
DOMICILIO: DR. BALMIS 148

Unidad Especializada Banamex
Ciudad de México 12 26 26 39 y 22 62 63 91
Otras Ciudades 01 800 021 2345
Correo electrónico:

CONDUSEF
Centro de Atención Telefónica
D.F. y zona Metropolitana 5340095
www.condusef.gob.mx

Esta Operación es responsabilidad exclusiva de Banco Nacional de México, S.A. Integrante de Grupo Financiero Banamex.
AUT-347 A/C 01

10.8 Receta Médica.



SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005

Servicio: _____ Sala: _____

México D.F. a _____ de _____ del 20 _____

Paciente: _____

Nombre y Firma del Médico: _____

Cédula Profesional: _____

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores Del. Cuauhtemoc C.P. 06720 Tel. 2789 2000

13. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO POR DEFUNCIÓN, RECEPCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN AUTOMÁTICA DE CAMAS

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los procedimientos administrativos que sirvan de guía al personal médico, paramédico y administrativo de las actividades a realizar en los casos que ocurra la defunción del paciente en el Servicio de Urgencias, para el traslado del cuerpo a Patología, con el fin coadyuvar a que los trámites se agilicen por las partes que intervienen en el proceso para registrar la baja en el sistema de información y liberar la cama de manera automática.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas, el Departamento de Trabajo Social, el Servicio de Patología y la Oficina de Admisión participan en el proceso de atención de egreso por defunción.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Médico de base del Servicio de Urgencias, donde se encuentra internado el paciente, verificar la defunción del paciente, realizar la nota correspondiente inmediatamente después de ocurrida ésta, comunicar la veracidad del acontecimiento a los familiares y coordinarse con el personal de enfermería para el traslado del cadáver al servicio de Patología.

3.2 El personal administrativo del Servicio de Urgencias donde fallezca el paciente es responsable de emitir el formato de notificación de defunción (FN-DD) por sistema al momento de la captura del egreso por defunción (Diagnóstico, Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso) y entregarlo a enfermería. (La cama censable será liberada de manera automática al momento de la captura del egreso por defunción, en un lapso máximo de 2 hrs. posteriores a la captura del egreso).

3.3 Es responsabilidad del personal de Enfermería de la Unidad en hospitalización notificar, vía telefónica, la defunción del paciente al Servicio de Anatomía Patológica y entregar el formato electrónico de defunción impreso junto con el expediente clínico del paciente en el momento de entregar el cadáver.

3.4 El Servicio de Patología es responsable de realizar la entrega del cadáver al familiar responsable, además de realizar el llenado del Certificado de Defunción y de enviar en un lapso no mayor a 30 días el expediente clínico del fallecido al archivo central, independientemente de si se efectúo o no la Necropsia.

3.5 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

3.6 El personal de Trabajo Social deberá realizar su trámite de egresos con base a su manual de procedimientos.

3.7 En caso de ausencia del sistema en el Hospital General, el personal Administrativo de la unidad deberá generar el formato de Notificación de Defunción de Contingencia (ver anexo 10.3), de manera manual así como registrar en Bitácora de Egresos “Ausencia del Sistema” todos los movimientos de defunción generados.

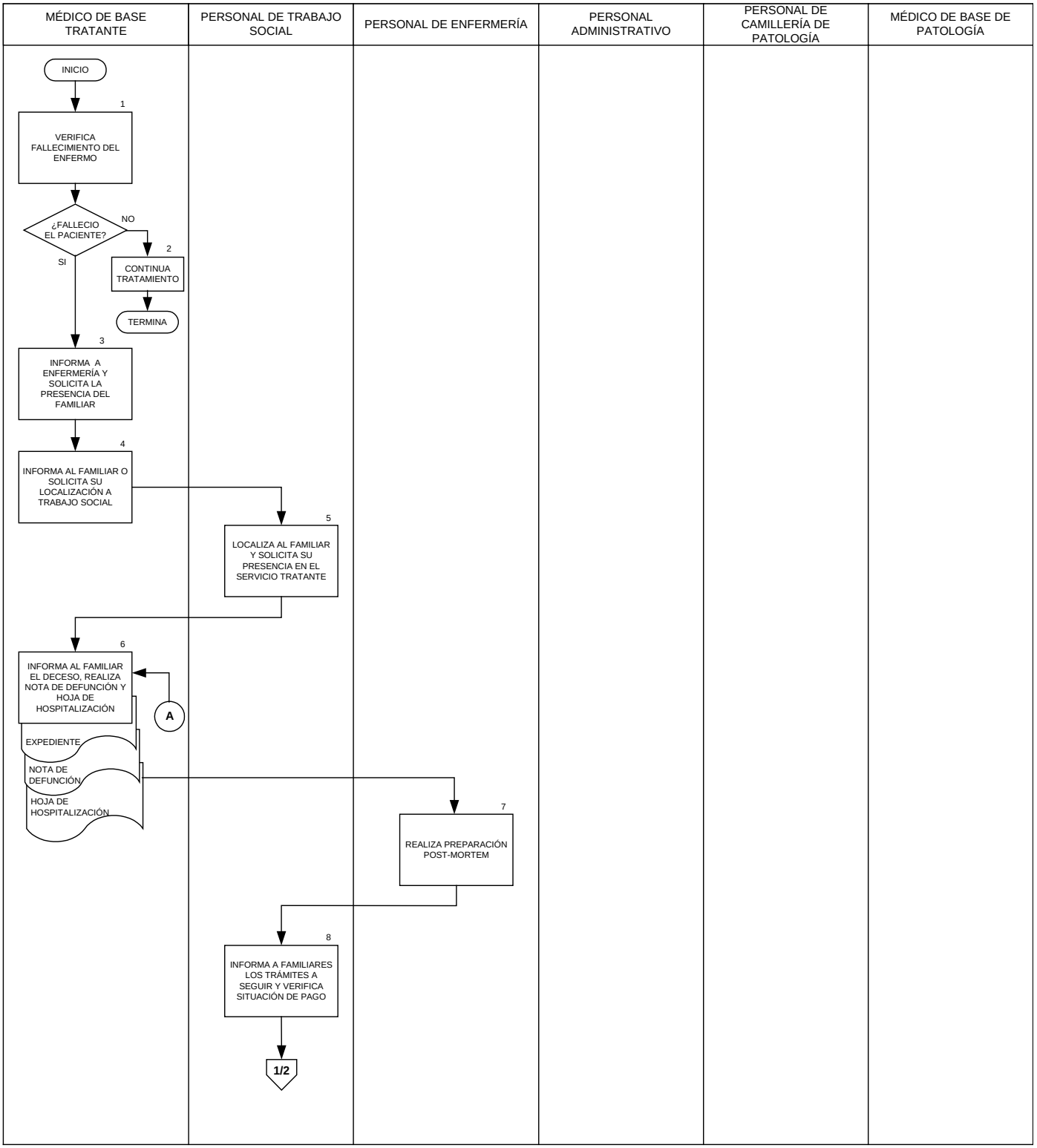
3.8 La “Operación en Contingencia” del personal Administrativo en la Unidad, deberá ser autorizada previamente por la Coordinación de Delegados Administrativos; en ausencia de éste, los Asistentes Médicos deberán dar la autorización.

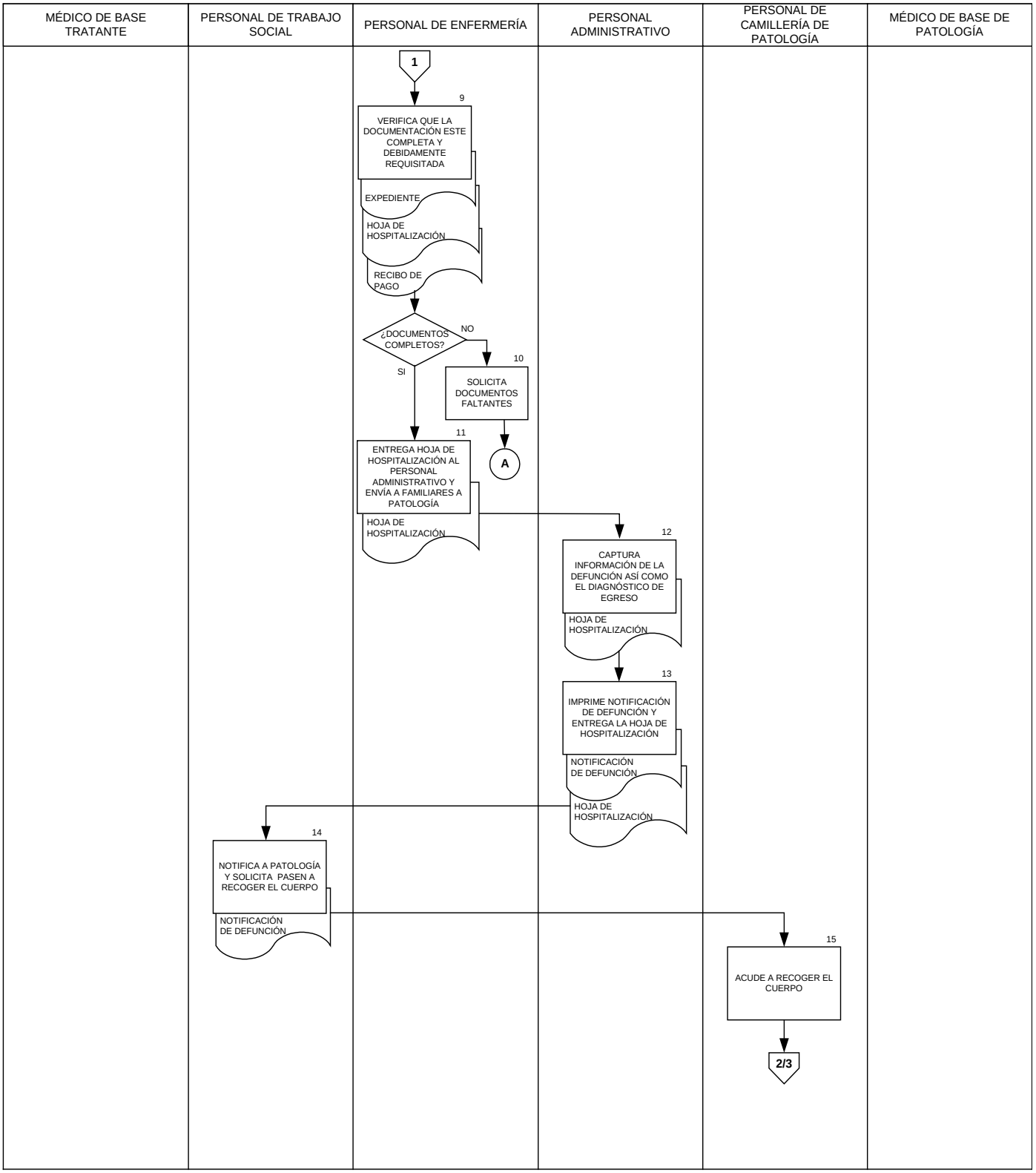
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base Tratante	1	Verifica el fallecimiento del enfermo. ¿El paciente ha fallecido?	
	2	NO: Continúa su tratamiento y termina procedimiento.	
	3	SI: Informa vía verbal al personal de enfermería para la preparación post-mortem y solicita la presencia del familiar para informar el acontecimiento.	
	4	Informa del acontecimiento al familiar, en caso de que no se encuentre el familiar responsable , solicita a personal de Trabajo Social la localización vía telefónica del familiar responsable.	
Personal de Trabajo Social	5	Localiza vía telefónica a los familiares y solicita su presencia en el servicio tratante, una vez presente el familiar, lo envía con el médico tratante.	
Médico de Base Tratante	6	Informa al familiar sobre la confirmación del deceso, realiza la documentación necesaria (nota de defunción, hoja de hospitalización), las integra al expediente clínico, lo ordena de acuerdo al formato establecido por la Dirección General Adjunta Médica, lo entrega al personal de enfermería y le solicita la preparación post- mortem del cuerpo.	• Expediente clínico • Nota de defunción • Hoja de hospitalización
Personal de Enfermería	7	Realiza la preparación post-mortem (amortajamiento) del cadáver, notifica vía telefónica al personal de Trabajo Social y envía a familiares a Trabajo Social.	
Personal de Trabajo Social	8	Informa a familiares sobre trámites a seguir y verifica situación del occiso en relación al pago hospitalario, los envía a realizar el pago y posteriormente con el personal de enfermería.	
Personal de Enfermería	9	Verifica que el expediente esté completo y ordenado de acuerdo al formato de armado de expedientes. Debe contener la nota de defunción y la hoja de hospitalización debidamente requisitados así como los comprobantes de pago. ¿La documentación está completa?	• Expediente clínico • Hoja de hospitalización • Recibo de pago
	10	NO: Solicita documentación completa al médico y regresa a actividad 6.	
	11	SI: Entrega hoja de hospitalización a personal administrativo de la unidad para su captura y envía a familiares al servicio de Patología.	
Personal Administrativo	12	Captura la información de la defunción registrada por los médicos en la hoja de hospitalización: Diagnóstico CIE-10, CIE-09.Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso (Defunción).	• Hoja de hospitalización

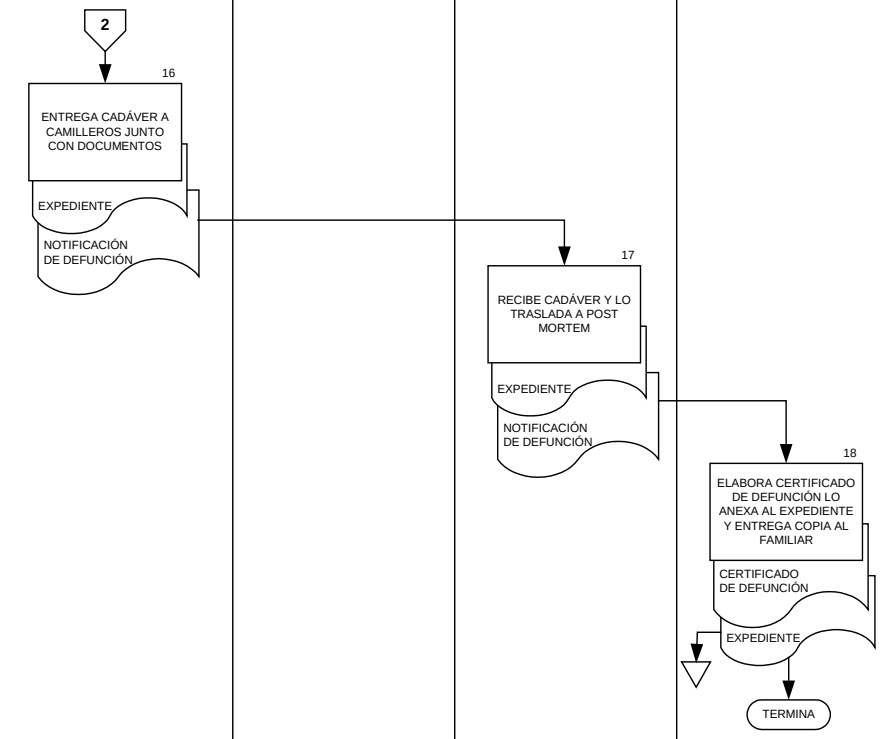
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	13	Imprime el formato de notificación de defunción por sistema (dos copias), entrega la hoja de hospitalización y el formato de defunción (impresión electrónica) a la enfermera para que la integre al expediente. Nota: Se libera la cama censable de forma automática en un lapso de 2hrs.	• Formato de defunción • Hoja de hospitalización
Personal de Enfermería	14	Notifica vía telefónica a Patología, entrega formato de defunción (impresión electrónica) y solicita que pasen a recoger el cadáver a la unidad.	• Formato de defunción
Personal de Camillería de Patología	15	Acude al Servicio que notificó la defunción a recoger el cuerpo.	
Personal de Enfermería	16	Entrega el cadáver a camilleros de Patología, junto con el expediente clínico completo, solicita firma de entrega (con fecha y hora) en la copia del formato de defunción y entrega la copia del formato de defunción firmado al personal administrativo para archivo.	• Expediente clínico • Formato de defunción
Personal de Camillería de Patología	17	Recibe el cadáver en la unidad en hospitalización junto con el expediente clínico completo, formato de defunción (impresión electrónica) y lo traslada a Post Mortem.	• Expediente clínico • Formato de defunción
Médico de Base de Patología	18	Elabora el certificado de defunción y lo entrega al familiar, elabora nota con diagnóstico del certificado de defunción e integra al expediente clínico, lo entrega al personal administrativo para su envío al Archivo Central en un lapso no mayor a 30 días. **TERMINA**	• Certificado de defunción • Expediente clínico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE TRATANTE
PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL
PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL ADMINISTRATIVO
PERSONAL DE CAMILLERÍA DE PATOLOGÍA
MÉDICO DE BASE DE PATOLOGÍA
1
9
VERIFICA QUE LA DOCUMENTACIÓN ESTE COMPLETA Y DEBIDAMENTE REQUISITADA
EXPEDIENTE
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
RECIBO DE PAGO
¿DOCUMENTOS COMPLETOS?
NO
SI
10
SOLICITA DOCUMENTOS FALTANTES
A
11
ENTREGA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ENVÍA A FAMILIARES A PATOLOGÍA
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
12
CAPTURA INFORMACIÓN DE LA DEFUNCIÓN ASÍ COMO EL DIAGNÓSTICO DE EGRESO
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
13
IMPRIME NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN Y ENTREGA LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
14
NOTIFICA A PATOLOGÍA Y SOLICITA PASEN A RECOGER EL CUERPO
NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN
15
ACUDE A RECOGER EL CUERPO
2/3

MÉDICO DE BASE TRATANTE	PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL	PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL ADMINISTRATIVO	PERSONAL DE CAMILLERÍA DE PATOLOGÍA	MÉDICO DE BASE DE PATOLOGÍA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Servicio de Patología	No aplica
6.5 Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.	No aplica
6.6 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.2 Bitácora de Egresos “Ausencia del Sistema”	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.3 Certificado de defunción.- Documento de importancia epidemiológica, médico legal, jurídica y administrativa, debe expedirse en el momento de que ocurra la muerte y con los diagnósticos definitivos causantes de la misma, de preferencia por el médico tratante.

8.4 Defunción Hospitalaria.- Es la que ocurre en el interior de alguno de los servicios hospitalarios que dispongan de camas censables y no censables (incluye urgencias, labor, recuperación, corta estancia, cuneros, etc.). Para fines de evaluación se tomará como mortalidad neta o bruta aquélla que ocurre en todo el hospital sin considerar el tiempo de estancia y como mortalidad ajustada las ocurridas después de las 48 hrs. de ingreso al hospital; y como egreso hospitalario por defunción la que ocurre en una cama censable.

8.5 Egreso.- El paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga.

8.6 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.7 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.8 Urgencia.- Es la atención médica inmediata que se proporciona a un paciente debido a una causa por él sentida o que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el área de urgencias de la unidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Notificación de Defunción.
10.2 Formato de Armado de Expedientes de Egreso
10.3 Hoja de Hospitalización (Ver anexos del procedimiento 12)
10.4 Recibo de Pago. (Ver anexos del procedimiento 12)

10.1 Formato de Notificación de Defunción.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR.EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No.13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

Servicio _____ Unidad _____ Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ no. De cama _____

No. De expediente Clínico _____ Fecha y hora de fallecimiento _____

Diagnóstico (s) de ingreso _____

Diagnóstico (s) de defunción _____

Entrega de Expediente y cadáver	Recibe notificación	Recepción de formato
Nombre _____	_____	_____
Firma _____	_____	_____
Hora _____	_____	_____

Vía telefónica _____

10.2 Formato de Armado de Expedientes de Egreso

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

FORMATO DE ARMADO DE EXPEDIENTES

- **ADMISIÓN**
- **EGRESO**
- **TRABAJO SOCIAL**
- **FRONTAL**
- **HISTORIA CLÍNICA ARCHIVO CLÍNICO**
- **INGRESO A PABELLÓN**
- **EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO**
- **AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA**
- **QUIRÚRGICAS**
- **ENFERMERÍAS QUIRÚRGICAS**
- **INFECCIÓN NOSOCOMIAL**
- **ANÁLISIS**
- **ENFERMERÍA**

14. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los procedimientos administrativos que sirvan para realizar de manera oportuna el traslado del paciente que requiera la atención en otro servicio diferente al que se encuentra hospitalizado, o bien de realizar la incorporación a una cama censable del servicio tratante, en el caso de pacientes que fueron hospitalizado en un servicio periférico, con el fin de proporcionar la atención médica adecuada y lograr la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al personal Médico de los Servicios, a la Subdirección de Enfermería, al personal de camillería y al personal administrativo de la Oficina de Admisión, para el traslado interno de pacientes hospitalizados.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Médico de Base del servicio tratante solicitar la interconsulta médica con apego al procedimiento correspondiente para valoración del traslado

3.2 Es responsabilidad del Médico de Base interconsultado valorar al paciente en un lapso no mayor a 24 horas siguientes a la solicitud de interconsulta y tramitar el traslado al servicio interconsultado, de acuerdo a capacidad física instalada.

3.3 Es responsabilidad del personal de Enfermería dar aviso al personal administrativo de la Oficina de Admisión acerca del traslado del paciente a otro servicio, mediante el llenado del formado correspondiente (traslado interno).

3.4 Es responsabilidad del personal administrativo de la Oficina de Admisión realizar el traslado interno administrativo del paciente en el sistema de información (CORTEX), en la cama asignada por el médico del servicio interconsultado.

3.5 Es responsabilidad del Médico de Base del Servicio interconsultado, corroborar que el expediente del paciente a trasladar se encuentre completo, así como elaborar la nota de envío con la información de la atención proporcionada, esta estará integrada como mínimo por los siguientes elementos: motivo de ingreso, padecimiento actual, diagnóstico y procedimientos realizados, así como la terapéutica empleada.

3.6 Es responsabilidad del personal de Enfermería del Servicio interconsultante corroborar que el expediente se encuentre y se entregue completo al Servicio interconsultado.

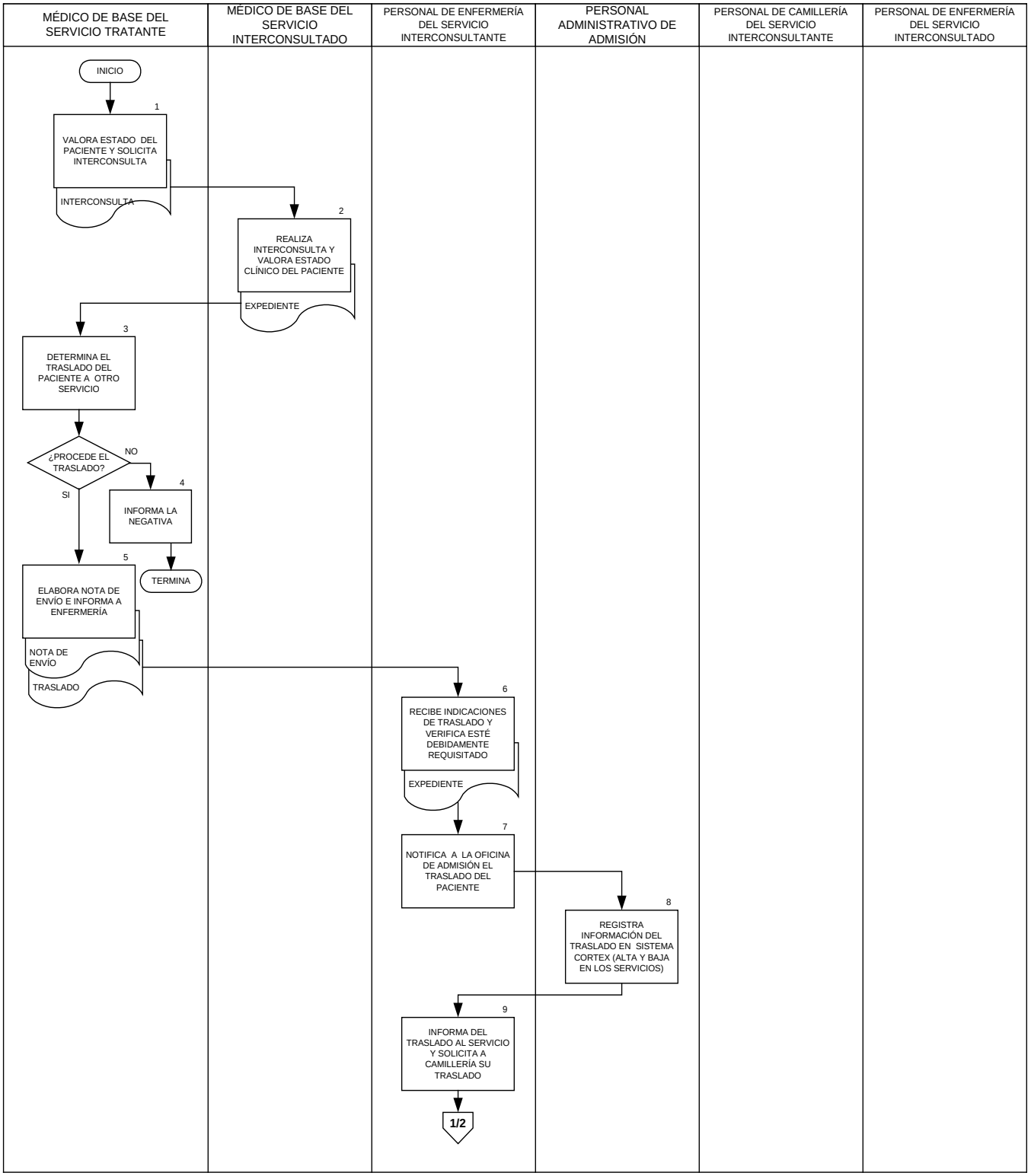
3.7 Es responsabilidad del personal de Enfermería del Servicio interconsultante acompañar y entregar al paciente al personal de Enfermería del Servicio interconsultado, quien lo recibirá y atenderá adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones del médico que tramitó el traslado.

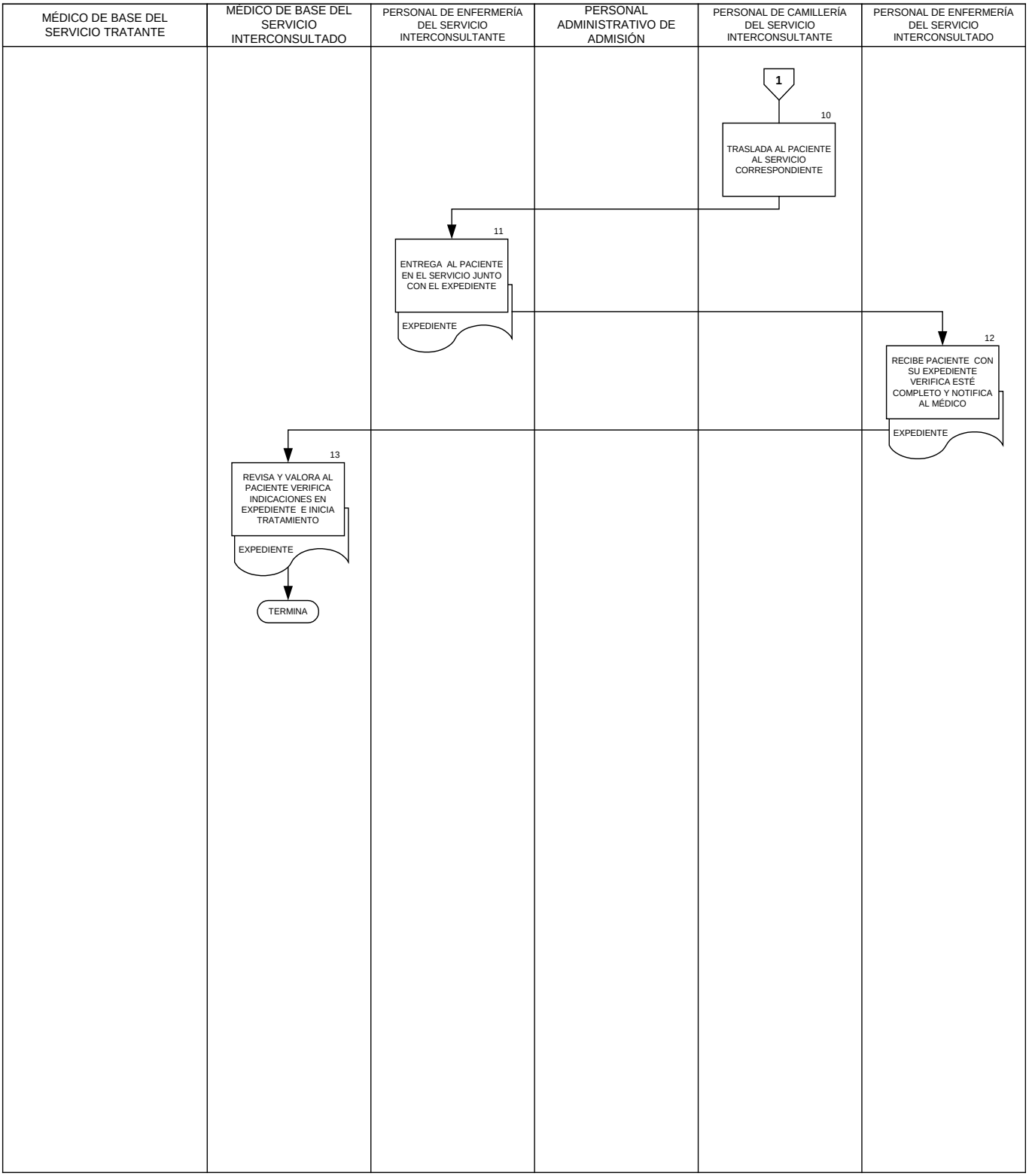
3.8 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio Tratante	1	Valora estado clínico de paciente hospitalizado en su Servicio, solicita interconsulta (Ver procedimiento correspondiente).	• Interconsulta
Médico de Base del Servicio Interconsultado	2	Realiza la interconsulta y valora estado clínico del paciente, realiza nota de interconsulta en el expediente clínico.	• Expediente clínico
Médico de Base del Servicio Tratante	3 4 5	Determina traslado del paciente al servicio interconsultado. ¿El paciente debe trasladarse a otro Servicio? No: Informa negativa de traslado y termina el procedimiento. Si: Elabora nota de envío del paciente al Servicio Interconsultado, informa al personal de Enfermería, Trabajo Social y a los familiares acerca de la cama asignada en el servicio interconsultado y realiza llenado del formato de traslado.	• Nota de envío • Traslado
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	6 7	Recibe indicaciones del traslado del paciente y revisa expediente clínico con formato de traslado completamente requisitada. Notifica a la Oficina de Admisión el traslado del paciente, indicando nombre, servicio interconsultado y cama asignada.	• Expediente clínico
Personal Administrativo de Admisión	8	Recibe la información del traslado del paciente, recaba los datos y los incluye en el sistema de cómputo (CORTEX) para actualizar la cama en el servicio interconsultado. Simultáneamente realiza la baja del paciente en la cama que ocupaba.	
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	9	Informa vía telefónica al personal de enfermería del Servicio Interconsultado del traslado del paciente y solicita a camillería el traslado del paciente y lo acompaña.	
Personal de Camillería del Servicio Interconsultante	10	Recibe indicaciones y procede a trasladar al paciente al servicio que corresponda (interconsultado), acompañado del personal de Enfermería del servicio interconsultante.	
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	11	Realiza la entrega del paciente trasladado al personal de enfermería del servicio interconsultado, lo instala en su cama asignada y entrega el expediente completo.	• Expediente clínico
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultado	12	Recibe al paciente, revisa el expediente que incluya el formato de envío y toma signos vitales y notifica al médico de base de la llegada del paciente.	• Expediente clínico
Médico de Base del Servicio Interconsultado	13	Revisa al paciente, valora su estado físico, revisa el expediente clínico y realiza indicaciones médicas e inicia tratamiento. **TERMINA**	• Expediente clínico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO TRATANTE
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO INTERCONSULTADO
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
PERSONAL DE CAMILLERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTADO
1
10
TRASLADA AL PACIENTE AL SERVICIO CORRESPONDIENTE
11
ENTREGA AL PACIENTE EN EL SERVICIO JUNTO CON EL EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
12
RECIBE PACIENTE CON SU EXPEDIENTE VERIFICA ESTÉ COMPLETO Y NOTIFICA AL MÉDICO
EXPEDIENTE
13
REVISA Y VALORA AL PACIENTE VERIFICA INDICACIONES EN EXPEDIENTE E INICIA TRATAMIENTO
EXPEDIENTE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica.	No aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Traslado	5 años	Servicio	No aplica
7.2 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.3 Egreso.- El paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga.

8.4 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.6 Traslado.- Es la transferencia de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe su tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Hoja de Traslado
10.2 Formato de interconsulta. (Ver anexo del procedimiento 6)

10.1 Formato de Hoja de Traslado

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

OFICINA DE ADMISION

ORDEN DE TRASLADO INTERNO

SE TRASLADA AL ENFERMO (A)

_____

DE LA UNIDAD
O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA _____

A LA UNIDAD

O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA_____

A SOLICITUD

DEL MEDICO _____
(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

AUTORIZADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD O SERVICIO _____

FECHA ___/___/___ HORA ____

ENFERMERA QUE RECIBE AL ENFERMO

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

POR LA OFICINA DE ADMISION

_____
NOMBRE COMPLETO, CARGO, FIRMA Y SELLO

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

15. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES A TERAPIA MÉDICA INTENSIVA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los procedimientos administrativos que sirvan para realizar de manera oportuna el traslado del paciente que se encuentra hospitalizado en cualquier Servicio del Hospital y que requiera la atención en las terapias médicas intensivas, con el fin de proporcionar la atención médica adecuada y lograr la satisfacción del usuario que solicita los servicio en el Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al personal Médico de los Servicios, a los Servicios que cuentan con unidades de Terapia Médica Intensiva, a la Subdirección de Enfermería, al personal de camillería y al personal administrativo de la Oficina de Admisión.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Médico de Base del servicio tratante solicitar la interconsulta médica con apego al procedimiento correspondiente para valoración del traslado a las Unidades de Terapia Médica Intensiva.

3.2 Es responsabilidad del Médico de Base interconsultado atender la solicitud de interconsulta en un lapso máximo de 2 horas, valorar al paciente, verificar que cumpla con los criterios de ingreso a la Terapia Médica Intensiva y autorizar el traslado.

3.3 Es responsabilidad del personal de enfermería dar aviso al personal administrativo de la Oficina de Admisión acerca del traslado del paciente a la Unidad de Terapia Médica Intensiva, mediante el llenado del formado correspondiente (traslado interno).

3.4 Es responsabilidad del Personal Administrativo de la Oficina de Admisión realizar el traslado interno administrativo del paciente en el sistema de información (CORTEX) y conservar la cama asignada por el Médico del Servicio interconsultado.

3.5 Es responsabilidad del Personal de Enfermería del Servicio interconsultante acompañar y entregar al paciente al personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Médica Intensiva, quien lo recibirá y atenderá adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones del Médico que autorizó el traslado.

3.6 En caso de fallecimiento del paciente en las unidades de Terapia Médica Intensiva, es responsabilidad del Médico de la misma de informar del acontecimiento, con apego estricto al procedimiento para la recepción de la hoja de egreso y expediente clínico por defunción.

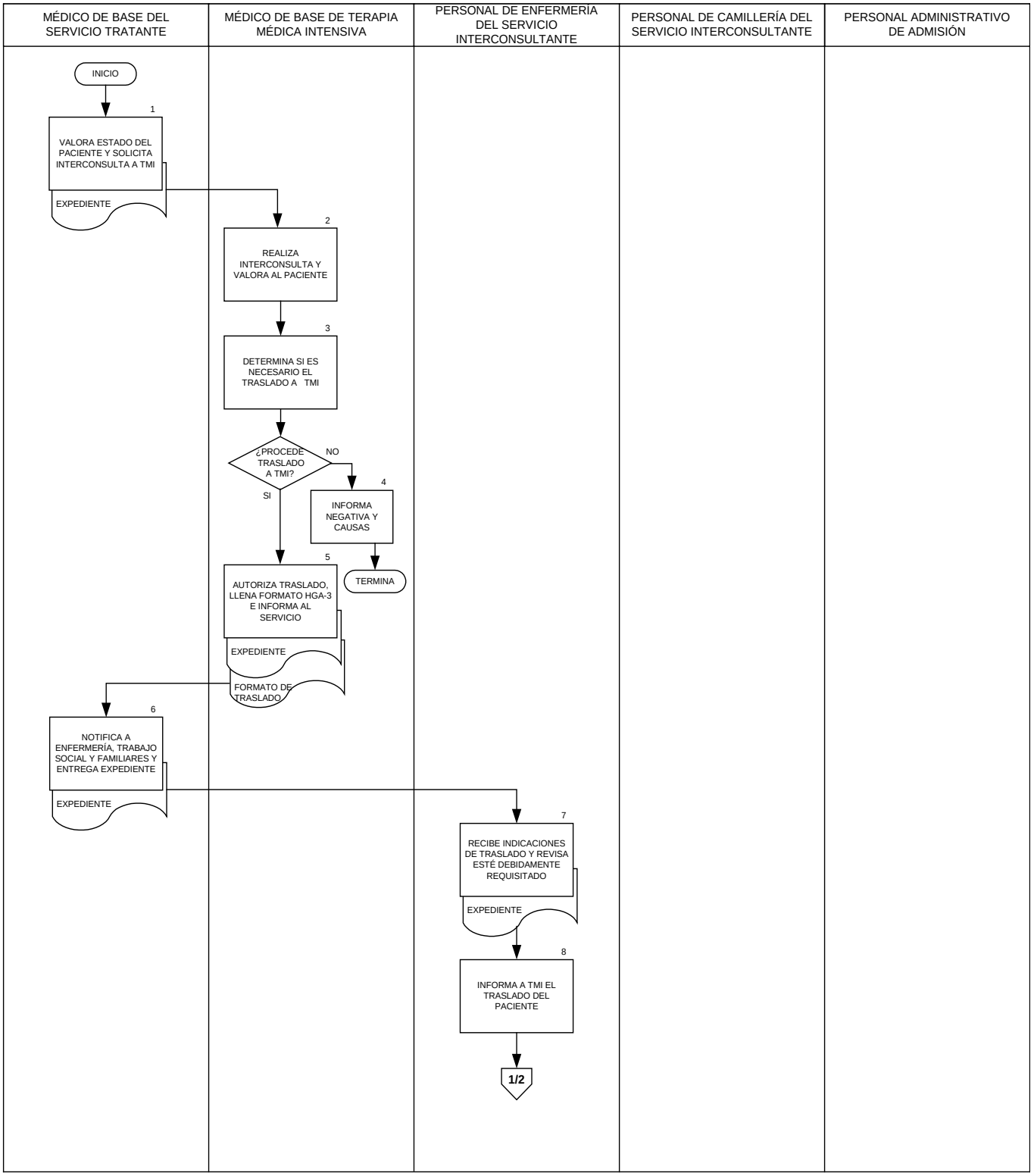
3.7 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

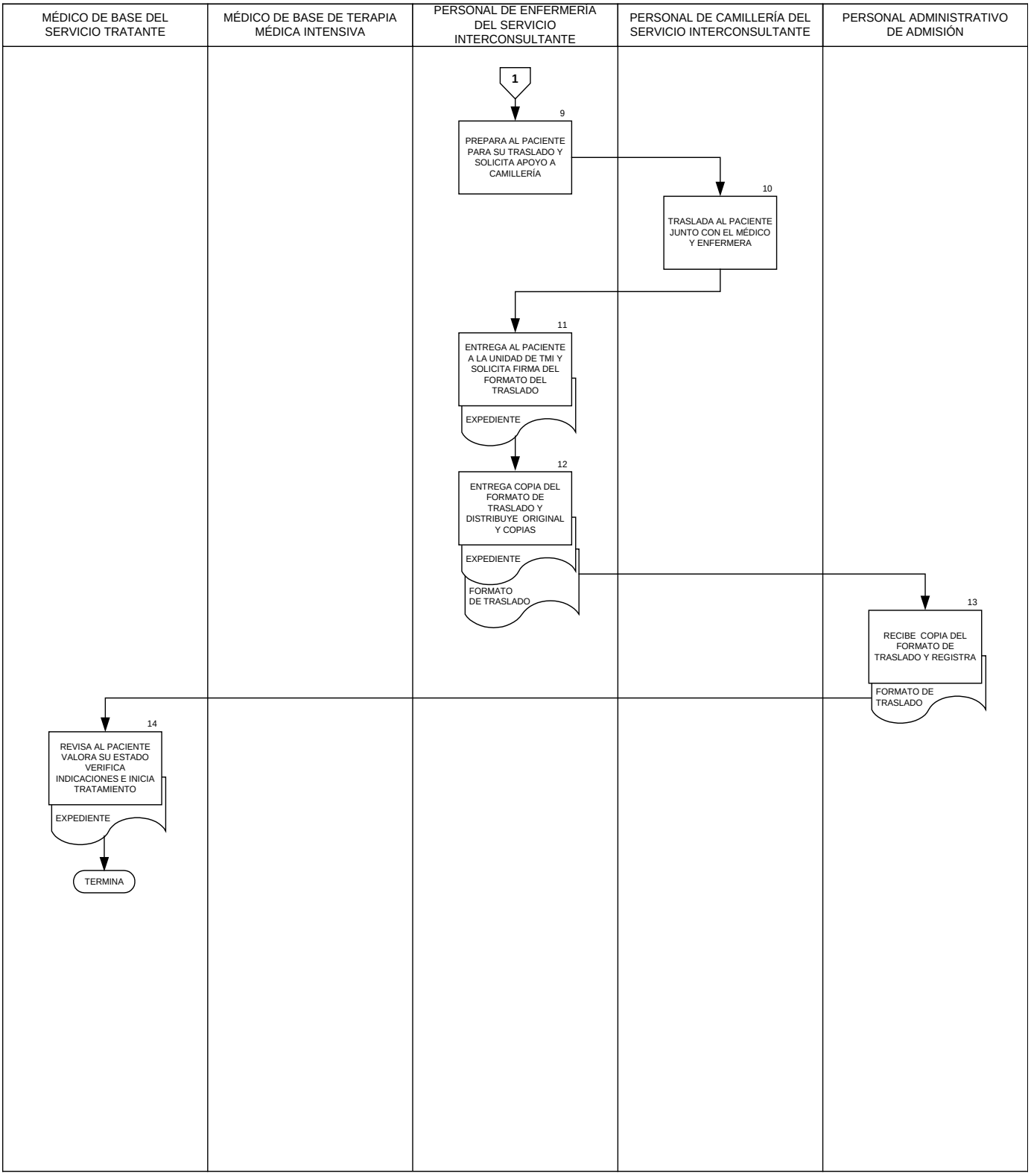
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio Tratante	1	Valora estado clínico de paciente hospitalizado en su servicio, solicita interconsulta a las distintas Unidad de Terapia Médica Intensiva (TMI) (Ver procedimiento correspondiente).	• Interconsulta
Médico de Base de Terapia Médica Intensiva	2 3 4 5	Realiza la interconsulta y valora estado clínico del paciente, realiza nota de interconsulta en el expediente clínico. Determina traslado a la unidad de TMI. ¿Procede el traslado del paciente a TMI? NO: Informa negativa de traslado, indicando las causas y termina el procedimiento. SI: Autoriza el traslado y asigna el número de cama en la TMI en el formato de orden de traslado en original y 2 copias e informa a su Servicio.	• Expediente clínico • Formato de Traslado
Médico de Base del Servicio Tratante	6	Notifica al personal de Enfermería, Trabajo Social y a los familiares acerca de la cama asignada en la TMI y entrega al personal de enfermería el expediente clínico completo, incluyendo el formato de Traslado.	• Expediente clínico
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	7 8 9	Recibe indicaciones del traslado del paciente y revisa expediente clínico con la nota y formato de autorización de traslado completamente requisitada. Informa vía telefónica a la enfermera jefe o encargada del servicio de TMI del traslado del paciente y el estado general en que se encuentra. Realiza la preparación física del paciente para su traslado y solicita apoyo al personal de camillería para el traslado y lo realiza, acompañada del médico del Servicio interconsultante.	• Expediente clínico
Personal de Camillería del Servicio Interconsultante	10	Recibe indicaciones y procede a trasladar al paciente a la unidad de TMI, acompañado del médico y del personal de Enfermería del servicio interconsultante.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	11	Realiza la entrega del paciente trasladado al personal de enfermería de la unidad de TMI, lo instala en su cama asignada y entrega el expediente completo, incluyendo la hoja de enfermería y solicita firma del formato orden de Traslado.	• Expediente clínico • Formato de Traslado
	12	Entrega una copia del formato de orden de Traslado al Servicio de hospitalización que corresponde al paciente, envía formato original de la orden de Traslado a la Oficina de Admisión y acuse de recibido para el servicio de origen. Todos los servicios se quedaran con 2 copias, excepto urgencias.	
Personal Administrativo de Admisión	13	Recibe el formato de autorización de traslado y registra el traslado transitorio.	• Formato de Traslado
Médico de Base de Terapia Médica Intensiva	14	Revisa al paciente, valora su estado físico y revisa el expediente clínico y realiza indicaciones médicas e inicia tratamiento. **TERMINA**	• Expediente clínico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO TRATANTE
MÉDICO DE BASE DE TERAPIA MÉDICA INTENSIVA
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL DE CAMILLERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
1
9
PREPARA AL PACIENTE PARA SU TRASLADO Y SOLICITA APOYO A CAMILLERÍA
10
TRASLADA AL PACIENTE JUNTO CON EL MÉDICO Y ENFERMERA
11
ENTREGA AL PACIENTE A LA UNIDAD DE TMI Y SOLICITA FIRMA DEL FORMATO DEL TRASLADO
EXPEDIENTE
12
ENTREGA COPIA DEL FORMATO DE TRASLADO Y DISTRIBUYE ORIGINAL Y COPIAS
EXPEDIENTE
FORMATO DE TRASLADO
13
RECIBE COPIA DEL FORMATO DE TRASLADO Y REGISTRA
FORMATO DE TRASLADO
14
REVISA AL PACIENTE VALORA SU ESTADO VERIFICA INDICACIONES E INICIA TRATAMIENTO
EXPEDIENTE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”Médica	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.4 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.6 Traslado.- Es la transferencia de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe su tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Orden de Traslado (Ver anexo del procedimiento 14)

16. PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN DEL CADÁVER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos que sirvan de base para conocer los pasos que se deben seguir en el caso de que llegue a los Servicios de Urgencias una persona ya fallecida, con el fin de proteger jurídicamente a los trabajadores que laboran en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Los Servicios de Urgencias Médico Quirúrgicas y Patología participan en la recepción del cadáver en el Servicio de Urgencias.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del médico de base de Urgencias determinar la presencia de signos de muerte en el cuerpo presentado en el Servicio.

3.2 Es responsabilidad del médico de base de Urgencias realizar el llenado del formato “Aviso de muerte”.

3.3 Es responsabilidad del personal de enfermería dar aviso al personal del Servicio de Patología acerca del acontecimiento.

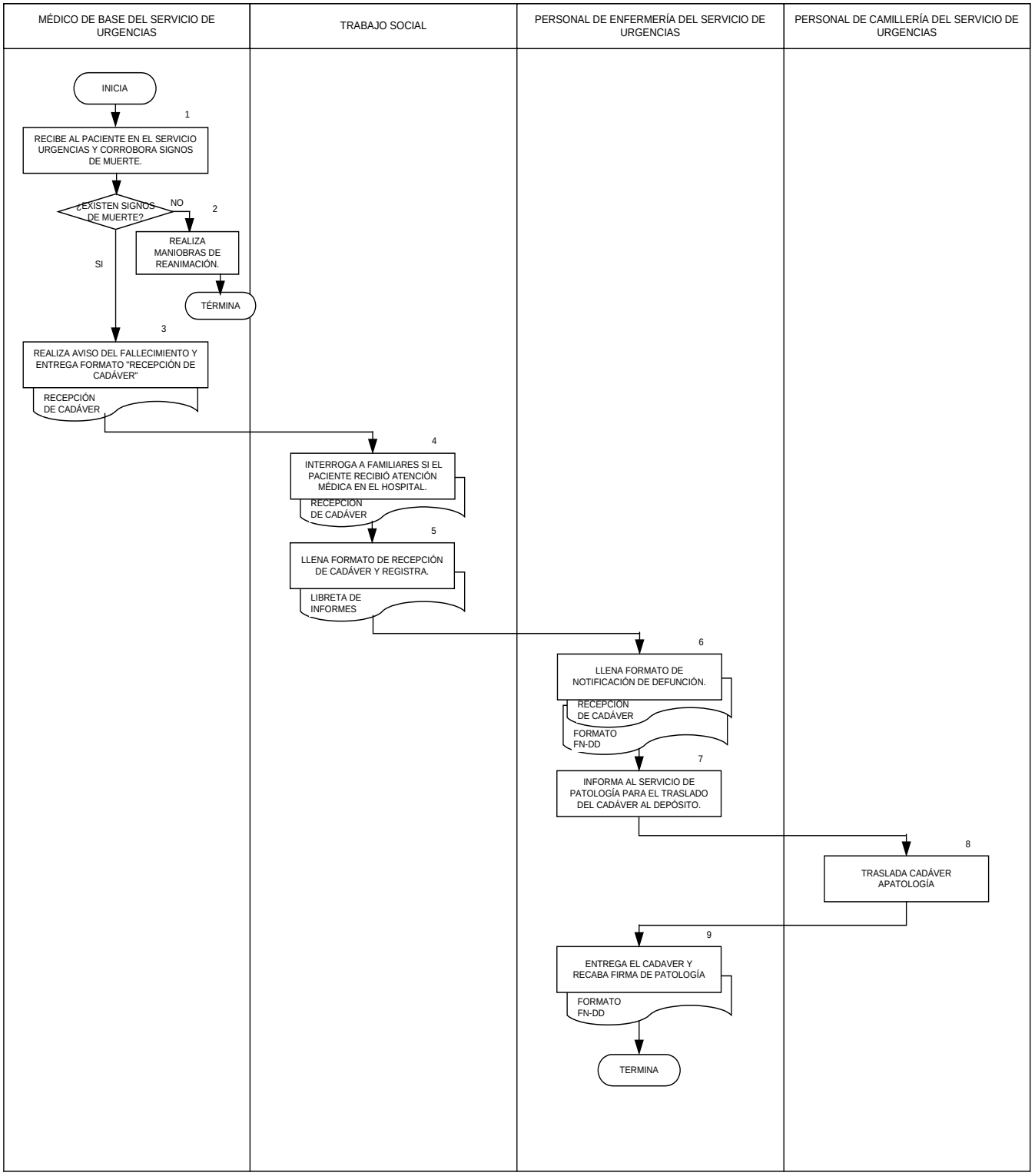
3.4 Es responsabilidad del personal de Enfermería del Servicio de Urgencias realizar el formato de Notificación de Defunción (FN-DD).

3.5 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se apegarán al Código de Ética y al Decálogo de Bioética vigente del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio de Urgencias.	1	Recibe al paciente en el Servicio Urgencias y corrobora signos de muerte. ¿Existen signos de muerte?	• Formato Recepción de cadáver"
	2	NO: Realiza maniobras de reanimación y Termina el procedimiento.	
	3	Si: Realiza aviso a Trabajo Social y al personal de Enfermería del fallecimiento y le entrega el formato "Recepción de cadáver" y lo entrega al personal de Enfermería.	
Trabajo Social.	4	Recibe el formato de recepción de cadáver e interroga a los familiares para saber si el paciente recibió atención médica en el Hospital y la fecha de su última atención.	• Formato Recepción de cadáver • Libreta de informes.
	5	Llena formato de recepción de cadáver y registra el acontecimiento en su libreta de informe.	
Personal de Enfermería del Servicio de Urgencias.	6	Recibe formato de recepción de cadáver y llena formato de notificación de defunción (FN-DD).	• Formato Recepción de cadáver • Formato FN-DD
	7	Informa vía telefónica al Servicio de Patología para el traslado del cadáver al depósito y solicita apoyo al personal de camillería para realizar el envío de cadáver.	
Personal de Camillería del Servicio de Urgencias.	8	Recibe indicaciones y traslada el cadáver al depósito del Servicio de Patología, acompañado del personal de Enfermería.	
Personal de Enfermería de Servicio de Urgencias.	9	Entrega el cadáver con formato de notificación de defunción (FN-DD) y recaba firma de responsable del Servicio de Patología en el formato de notificación de defunción (FN-DD). **TERMINA**	• Formato FF-DD.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato Recepción de Cadáver	5 años	Personal Administrativo del Servicio de Urgencias	No Aplica
7.2 Formato Notificación de Defunción (FN-DD)	5 años	Personal Administrativo del Servicio de Urgencias	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Defunción Hospitalaria.- La que ocurre en el interior de alguno de los Servicios hospitalarios que dispongan de camas censables y no censables (incluye urgencias, labor, recuperación, corta estancia, cuneros, etc.). Para fines de evaluación se tomará como mortalidad neta o bruta aquella que ocurre en todo el Hospital sin considerar el tiempo de estancia y como mortalidad ajustada las ocurridas después de las 48 horas de ingreso al Hospital; y como egreso hospitalario por defunción la que ocurre en una cama censable.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato FN-DD Notificación de Defunción. (Ver formato del Procedimiento 13).
10.2 Formato de Recepción de cadáver.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General de México O. D.
LIC. SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS 401C

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

RESUMEN CLÍNICO

México D. F. a _____ de _____ de 20 _____ Hora: _____

Se recibe un cuerpo del sexo: _____ que según el informante, en vida llevó el nombre de: _____

Acredita identidad del cuerpo con: _____

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre del informante: _____

Acredita identidad con: _____

Paciente conocido: SI _____ NO: _____ No. de Expediente _____

Servicio: _____

Al ser recibido en el Servicio de urgencias se explora el cuerpo encontrando **ausencia de signos vitales** y los siguientes signos de muerte:

DESCRIPCIÓN

_____

_____

_____

_____

_____

Los siguientes son considerados signos de muerte:

a. Ausencia completa y permanente de conciencia.
b. Ausencia permanente de respiración espontánea.
c. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral (falta de percepción y respuesta a los estímulos externos; ausencia de reflejos medulares y pares craneales y atonía de todos los músculos.
d. Paro cardiaco.

Referencia: Artículo 343 Fracc. II Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación 26 mayo de 2000)

_____	_____	_____
Nombre y Firma Médico de Base	Nombre y Firma Médico Residente	Nombre y Firma Médico Residente

17. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico para realizar el llenado correcto y completo de los formatos de consentimiento bajo información institucionales, mismos que se anexan al expediente clínico con la finalidad de proporcionar al paciente y su familiar responsable información clara, sencilla y entendible sobre los beneficios, riesgos y alternativas (si existiesen) acerca de cada procedimiento médico y/o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación que se realizan en su persona, cumpliendo con el principio ético de la autonomía y obtener así la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios al Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina y supervisa el cumplimiento adecuado de las actividades a realizar, las Direcciones y Subdirecciones de Área en conjunto con sus respectivas Subdirecciones de Área, supervisan de manera aleatoria la inclusión de los formatos en el expediente clínico, las Jefaturas de los Servicios Médicos y Quirúrgicos, verifican el correcto llenado de los formatos en los paciente que ingresan a sus Unidades, el personal Médico proporciona la información al paciente y su familiar acerca de los procedimientos y el personal de Enfermería de los Servicios colabora en la verificación de la existencia de los formatos llenados correctamente en los pacientes hospitalizados en sus Servicios.

2.2 A nivel externo el procedimiento no tiene alcance

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica, Direcciones y Subdirecciones de Área la supervisión del cumplimiento del presente procedimiento.

3.2 El Médico de Base Tratante, además de decidir hospitalizar al paciente, deberá realizar lo siguiente:

a) Proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas de tratamiento, lo anterior en un lenguaje claro y explicito asegurando la total comprensión por parte del enfermo y sus familiares, para que realicen su toma de decisiones y participen, dentro de lo posible en el tratamiento instituido, acatando las indicaciones médicas y recomendaciones, con la finalidad de que la evolución del padecimiento sea satisfactoria.

b) Informar que, por ser un Hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico y de enfermería, nutrición, psicología, etc.) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo la supervisión de personal de base.

c) Dar a conocer al paciente y familiares sobre la atención propuesta, los riesgos, complicaciones, efectos secundarios, secuelas, beneficios esperados y tipo de procedimiento por realizar, aclarando al máximo las dudas que existan respecto al procedimiento, así como los estudios requeridos, respetando en todo momento los derechos humanos individuales, tanto del paciente como de sus familiares.

d) Una vez realizada esta actividad, informará además la necesidad de firmar la autorización voluntaria de aceptación, bajo la debida información de los formatos de consentimiento bajo información que correspondan.

3.3 Es responsabilidad del Médico de Base tratante realizar el llenado completo y sin excepción de todos los espacios en blanco del formato, además de solicitar la credencial con fotografía para los rubros de identificación del paciente y su familiar, tipo de procedimiento a realizar, con las firmas obligatorias del paciente si está en condiciones (en caso negativo, con la huella dactilar será suficiente, o anotar la leyenda “no apto”); del familiar

responsable, del médico tratante y de dos testigos presenciales, también identificados con credencial con fotografía, antes del ingreso hospitalario o de realizar cualquier procedimiento.

3.4 Es responsabilidad del Médico tratante solicitar la firma de consentimiento bajo información en los siguientes casos específicos, con el llenado completo de los espacios en blanco localizados en los formatos correspondientes:

a) Al ingreso hospitalario:
*Formato de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario (médico que realiza el ingreso)
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor). Antes de realizar una transfusión sanguínea (médico que indica la transfusión), una para cada evento de transfusión
*Formato de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Antes de realizar un procedimiento considerado como de alto riesgo (médico que lo realizará). Ver listado en anexo 10.1.
En los casos que no se realizarán transfusiones o procedimientos de alto riesgo, con el llenado del consentimiento para ingreso hospitalario será suficiente.

b) En caso de ingreso para cirugía:
Los formatos enunciados en el inciso anterior y además:
*Formato de consentimiento bajo información para cirugía. Antes de realizar una cirugía (médico responsable de la intervención quirúrgica).
*Formato bajo información de procedimiento anestésico. Antes de realizar un procedimiento anestésico (médico anestesiólogo responsable o médico que realiza la visita pre-anestésica).
*Formato de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico. Antes de la llegada del paciente al quirófano, lo realizará el médico cirujano responsable de la cirugía.

c) Para la atención de evento obstétrico (parto), se llenarán los siguientes formatos:
*Formato de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario (médico que realiza el ingreso).
*Formato de consentimiento para atención obstétrica. Al ingreso para atención obstétrica (médico que atenderá el evento obstétrico).
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor). Antes de realizar una transfusión sanguínea, si se requiere (médico que indica la transfusión), una para cada evento de transfusión.

d) Para la atención de evento obstétrico (cesárea) se requieren los formatos enunciados en los incisos b) y c).
El llenado de los consentimientos bajo información de eventos específicos se realizará cuando ocurran las condiciones que los requieran y serán:
*Formato de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica. Se realizará por el médico cirujano responsable del procedimiento. Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a).
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitores hematopoyéticas (donador). Antes de realizar una donación de sangre (Médico de Banco de Sangre, solicitará la firma en los consentimientos de donador, (uno para cada evento de donación). No requiere otro tipo de consentimiento informado.
*Formato de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia (lo realizará el médico responsable de la cirugía). Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a); en caso de ser post-cesárea, requiere además de los formatos a), b) y c).
*Formato de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía (lo realizará el médico responsable de la cirugía). Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a) y b).
*Formato de consentimiento bajo información para el egreso voluntario. En los casos que proceda, antes de realizar un egreso voluntario que sea solicitado por el paciente o familiar responsable (médico que realiza el egreso). No requiere otro formato.

*Formato de consentimiento bajo información para realizar colocación de catéter blando para diálisis peritoneal (lo solicita el médico de Nefrología). Paciente ambulatorio no requiere otro formato, paciente hospitalizado, requiere formatos del inciso a).
*Formato de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes. Antes de iniciar tratamiento para la enfermedad por modelantes (lo solicita el médico de ONCOLOGÍA).
*Formato de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica, en los casos que lo ameriten.
*Formato de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Antes de realizar procedimientos invasivos en la Clínica del Dolor (Médico tratante del Servicio).
*Formato de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria. Se solicitará única y exclusivamente en caso de fallecimiento, se solicitará la autorización de necropsia al familiar responsable por el médico tratante o, en casos excepcionales, por el médico patólogo.
Las demás situaciones específicas de cada Servicio, serán verificadas y autorizada por la Dirección General Adjunta Médica para su utilización.

3.5 En cualquiera de los casos, es legal y permisible la negación o revocación del consentimiento, para lo cual deberá solicitarse la firma del paciente y del familiar responsable en una nota del expediente clínico y en la parte posterior del formato que corresponda, el cual deberá llenarse adecuadamente. En esta situación el médico tratante deberá promover el egreso y/o la referencia a otras instancias.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Servicio supervisar que los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en su Servicio contengan los formatos de consentimiento bajo información adecuadamente llenados y firmados, además de difundir entre el personal a su cargo que la omisión de la firma del médico tratante en cualquiera de los formatos de consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos obliga a la suspensión de los mismos y se sancionará administrativamente al personal involucrado. Lo anterior se verificará a través de las supervisiones que realice el Comité del Expediente Clínico Hospitalario.

3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería que colaborará en los procedimientos enumerados en la política 3.4 verificar que los formatos de consentimiento informado estén completamente llenados al momento, antes de la realización de cualquier procedimiento.

3.8 En los casos que se considere necesaria la realización del estudio postmortem (necropsia), el médico tratante y/o el médico patólogo serán responsables de solicitar la autorización y firma del formato de “consentimiento bajo información para la realización de necropsia” a los familiares del paciente fallecido, respetando siempre e invariablemente los derechos humanos individuales y la decisión de los mismos para tal efecto.

3.9 En los casos de menores de edad, pacientes inconscientes, pacientes en estado de coma y pacientes mentalmente no aptos; la persona que acompañe al paciente, sea familiar o no, (persona responsable) podrá firmar los formatos de consentimiento informados que correspondan para su atención.

3.10 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al Decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

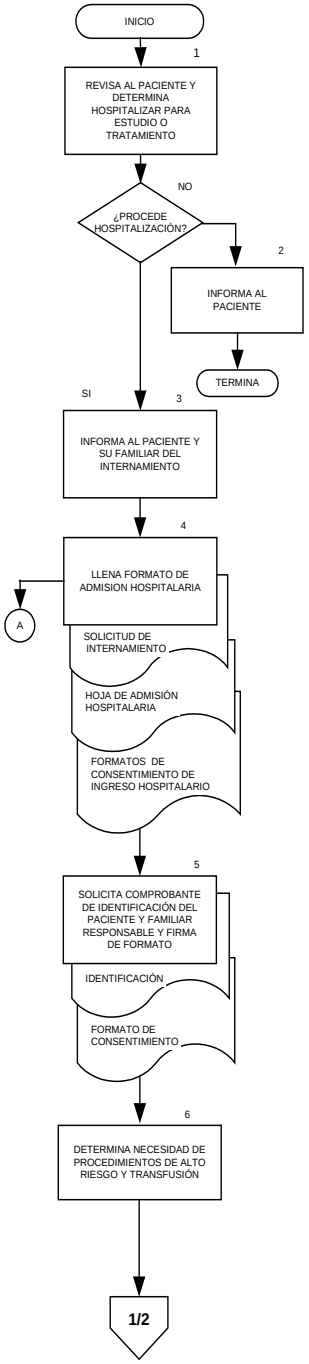
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Consulta externa o Urgencias)	1	Revisa al paciente y determina hospitalizarlo para estudio o tratamiento en forma integral. ¿Procede hospitalización?	• Solicitud de internamiento • Hoja de admisión hospitalaria • Formatos de consentimiento de ingreso hospitalario • Identificación • Formatos de procedimientos de alto riesgo. • Formatos de transfusión • Solicitud de interconsulta
	2	NO: Informa al paciente y termina procedimiento	
	3	SI: Informa al paciente y su familiar de la necesidad de internamiento.	
	4	Llena formato de admisión hospitalaria, hoja de autorización de ingreso hospitalario y de consentimiento informado para su ingreso.	
	5	Solicita comprobante de identificación, firma del paciente, del familiar responsable y de dos testigos presenciales. Firma el formato.	
	6	Determina la necesidad de procedimientos de alto riesgo y de transfusión. ¿Requiere procedimiento de alto riesgo?	
	7	NO: Envía a paciente o familiar al área de admisión para su ingreso y termina el procedimiento.	
	8	SI: Explica la necesidad de transfusión o procedimientos de alto riesgo, llena, firma y solicita firmas de autorización en los formatos de consentimiento informado para procedimiento de alto riesgo y de transfusión.	
	9	Determina la necesidad de tratamiento quirúrgico. Solicita interconsulta al Servicio de Cirugía. ¿Requiere tratamiento quirúrgico?	
	10	NO: Envía paciente al Servicio de Cirugìa Plàstica solicita se realicen los consentimientos específicos de la especialidad y termina el procedimiento.	
	11	SI: Envía al paciente con el familiar responsable al Servicio de Cirugía y continua el procedimiento correspondiente.	

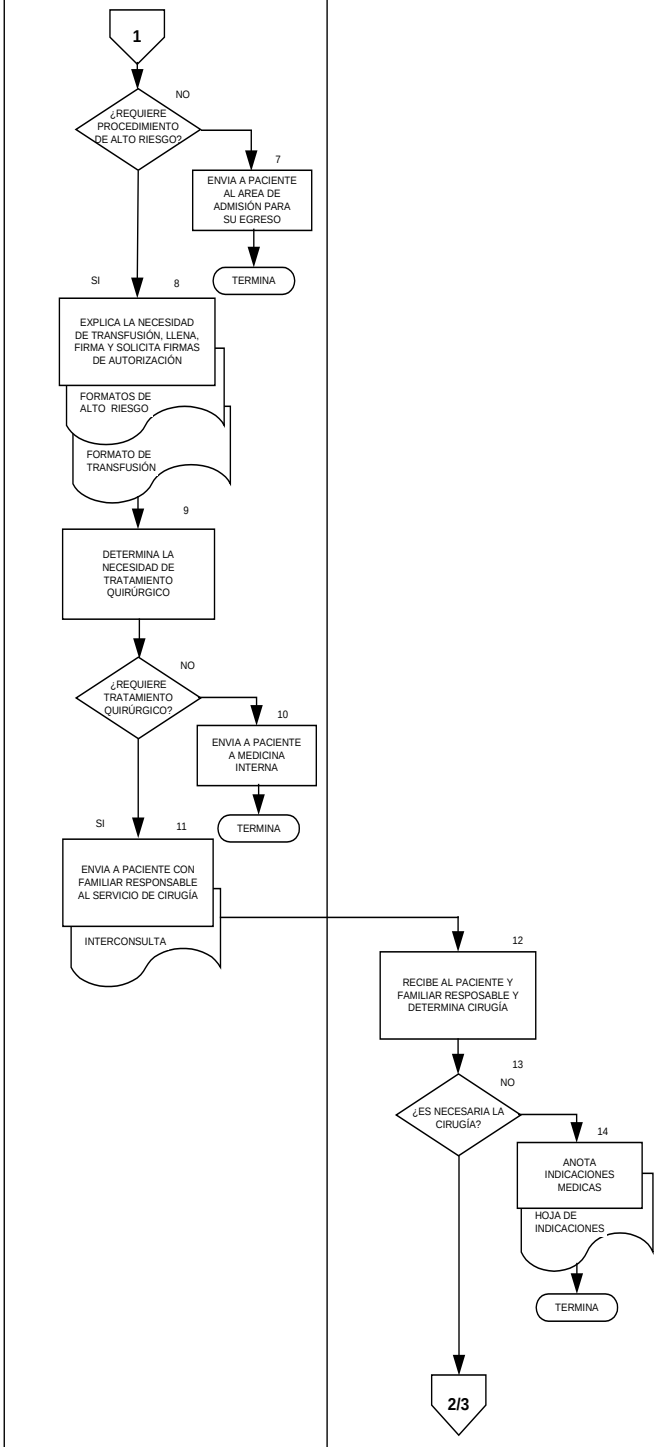
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Cirugía).	12	Recibe al paciente y familiar responsable, en caso de proceder de Urgencias, con la enfermera responsable y determina y/o confirma la necesidad de cirugía o procedimiento invasivo. ¿Es necesaria cirugía o procedimiento invasivo?	• Formato para cirugía. • Formato para alto riesgo. • Formato para marcaje quirúrgico. • Hoja de indicaciones
	13	NO: Anota indicaciones médicas y termina el procedimiento	
	14	SI: Explica los motivos de cirugía o procedimiento con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, el tipo de procedimiento a realizar, alternativas, riesgos, beneficios, complicaciones, secuelas y efectos secundarios.	
	15	Solicita el comprobante de identificación y firma correspondiente del formato de consentimiento bajo información para Cirugía y/o procedimiento de alto riesgo. Determina la necesidad de utilizar una técnica anestésica. ¿El paciente requiere del uso de anestesia?	
	16	NO: Realiza la cirugía con anestesia local y determina el procedimiento.	
	17	SI: Envía al paciente para valoración preanestésica.	
Médico de base tratante (Anestesiología)	18	Recibe al paciente para evaluación pre-anestésica y determina condiciones satisfactorias para realizar procedimiento anestésico. ¿El paciente está en condiciones para recibir anestesia?	• Formato para anestesia
	19	NO: Explica los motivos, solicita adecuación del estado clínico y regresa a la actividad 4.	
	20	SI: Explica la necesidad de anestesia, técnica(s) anestésica(s) a realizar, riesgos, beneficios, complicaciones, alternativas, firma el formato, solicita identificación con fotografía y firma de consentimiento bajo información para anestesia del paciente (representante legal en casos especiales), del familiar y de dos testigos presenciales. **TERMINA.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

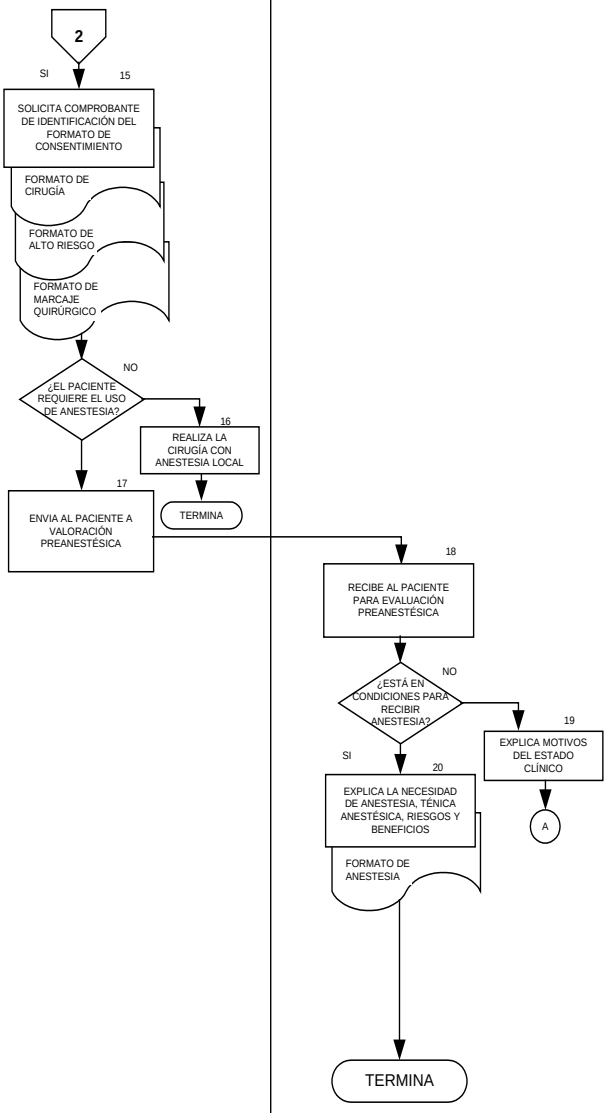
MEDICO DE BASE TRATANTE (CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS)	MEDICO DE BASE TRATANTE (CIRUGÍA)	MEDICO DE BASE TRATANTE (ANESTESIOLOGÍA)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIOS)



MEDICO DE BASE TRATANTE (CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS)	MEDICO DE BASE TRATANTE (CIRUGÍA)	MEDICO DE BASE TRATANTE (ANESTESIOLOGÍA)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIOS)



MEDICO DE BASE TRATANTE (CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS)	MEDICO DE BASE TRATANTE (CIRUGÍA)	MEDICO DE BASE TRATANTE (ANESTESIOLOGÍA)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIOS)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.3 Estándares Internacionales de Certificación de Hospitales: Derechos del Paciente y su familia PFR, estándar 6.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos de consentimiento bajo información (Expediente Clínico)	5 años	Archivo Central	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carta de Consentimiento Informado.- Documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal o el familiar más cercano, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos más frecuentes y de los beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico, rehabilitatorio. Paliativito o de investigación Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.2 Consulta pre-operatoria de anestesiología.- Protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente, para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y de ser posible, respetar la preferencia del paciente.

8.3 Evento.- Suceso importante y programado de índole social, médico, académica, artística o deportiva.

8.4 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.6 Ingreso.- El paciente que entra a un servicio del hospital e implica la ocupación de una cama censable; con fines de diagnóstico, tratamiento, o estudios; también se conoce como admisión.

8.7 Riesgo.- Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas ni relaciones directas y deterministas, sino una probabillidad de ocurrencia de éste.

8.8 Transfusión alogénica.- Aplicación de sangre o componentes sanguíneos de un individuo a otro.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2015	Readecuación del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listado de Procedimientos de alto riesgo.
10.2 Solicitud de internamiento. (Ver anexo del Procedimiento 7)
10.3 Hoja de Admisión Hospitalaria. (Ver anexo del Procedimiento 10)
10.4 Carta de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario.
10.5 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o cédulas progenitoras hematopoyéticas (receptor).
10.6 Carta de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo.
10.7 Carta de consentimiento bajo información para cirugía.
10.8 Carta de consentimiento bajo información de procedimiento anestésico.
10.9 Carta de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico.
10.10 Carta de consentimiento bajo información para la atención obstétrica.
10.11 Carta de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica.
10.12 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o cédulas progenitoras hematopoyéticas (donador).
10.13 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia.
10.14 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía.
10.15 Carta de consentimiento bajo información para el egreso voluntario.
10.16 Carta de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes.
10.17 Carta de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica.
10.18 Carta de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria.
10.19 Carta de consentimiento bajo información de colocación percutánea de catéter peritoneal para diálisis peritoneal.
10.20 Carta de consentimiento bajo información para autorización de trasplantes de órganos y/o tejidos (receptor).
10.21 Carta de consentimiento bajo información para realización de hemodiálisis.

10.1 Listado de Procedimientos de alto riesgo.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO
REQUIEREN LLENADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) Biopsias de músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal.
2) Colocación de sonda endotraqueal, en el caso de cirugía, el consentimiento para anestesia lo cubrirá.
3) Realización de toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal.
4) Colocación de marcapasos externo o definitivo.
5) Colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis.
6) Colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal.
7) Venodisección.
8) Bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analgésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares. (Clínica del Dolor)
9) Laringoscopías.
10) Crisis de anafilaxia.
11) Broncoscopía.
12) Cualquier procedimiento que requiera inyección de medio de contraste o para medicina nuclear.
13) Punción subclavia para colocación de catéter central.
14) Procedimientos de radiología intervencionista (cualquiera).
15) Punción lumbar.
16) Endoscopía gastrointestinal, colonoscopía, CPREs.
17) Braquiterapia.
18) Punción de médula ósea.
19) Hemodiálisis.
20) Terapia con láser.
21) Fluorangiografía.
22) Cateterismo cardíaco**.**

En los casos necesarios, se llenará el consentimiento bajo información para anestesia y para marcaje quirúrgico.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS "FUERA DE QUIROFANO "

I) PROCEDIMIENTOS VASCULARES

1) Malformaciones vasculares
   a) Arteriografía diagnostica
   b) Flebografía diagnóstica
   c) Embolización de malformaciones arterio-venosas en cara
   d) Embolización de malformaciones arterio-venosas en extremidades
   e) Embolización de tumores abdominales
   f) Escleroterapia y embolización percutánea
   g) Crioterapia
2) Patología de grandes vasos
   a) Arteriografía diagnóstica
   b) Panangiografía cerebral
   c) Colocación de stents pafa oclusión de aneurisma cerebral
   d) Embolización de tumores cerebrales
   e) Angioplastía
   f) Colocación de Stents recubiertos
   g) Colocación de endoprótesis

10.4 Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.

También me explicó ampliamente los beneficios _____, riesgos _____ y probables complicaciones_____, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.

Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento o quirúrgico para lo cual requiero **ingreso hospitalario** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el **ingreso hospitalario** que requiero para mi estudio, diagnóstico y tratamiento, por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, motivo por el cual doy con esta fecha por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.5 Carta de Consentimiento bajo Información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASPLANTE DE SANGRE, COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (RECEPTOR)

Nombre del paciente: _____ Sexo_____
Lugar y fecha:_____Edad: _____ Estado Civil _____

Diagnóstico_____
Identificado con: _____ Ocupación_____Servicio _____ Cama _____

Domicilio_____

Nombre de persona responsable que otorga el consentimiento: _____
Parentesco: _____ Identificado con: _____ Edad: _____
Domicilio: _____

Después de haber sido informado que la transfusión sanguínea es un trasplante celular y que la requiero para mi tratamiento, además de que me han hecho saber de los riesgos inmediatos y tardíos que conlleva la administración de sangre y/o sus componentes, es mi voluntad aceptar ser transfundido para salvaguardar mi salud.

Por tal motivo, autorizo a mi médico tratante Dr. _____ del Servicio de _____ para que se realicen todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones necesarias antes, durante y después de la transfusión que necestio; así como la atención de contingencias y/o urgencias que ocurriesen, lo anterior con fundamento en los Artículos 314, fracciones IV, VI, XII y XIV, 315 fracción II, 330, 332, 333, 336 y 341 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012., así como lo expresado en la NOM 253 SSA1 2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"

Nombre y Firma del receptor

Nombre y Firma del Familiar Responsable

_____
Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

_____
Testigo (Nombre y firma)

Que se identifica con: _____

_____
Testigo (Nombre y firma)

Que se identifica con:_____

Notas: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento transfusional**. **EN CASO DE MENORES DE EDAD, LO FIRMARA EL RESPONSABLE O EL REPRESENTANTE LEGAL.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **transfusión sanguínea (receptor)** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el **procedimiento de transfusión sanguínea (receptor)**, por tal motivo, no deseo proseguir con el procedimiento, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.6 Carta de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO

Nombre del paciente:_____ Edad:_____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento _____, considerado como de **alto riesgo** y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no q'uirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (_____) se encuentran: _____

_____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable	
Que se identifica con:	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Procedimentos de alto riesgo: biopsias: (músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal), Colocación de sonda endotraqueal, toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal, colocación de marcapasos externo o definitivo, colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis, colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal, venodisección, bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares, laringoscopías, crisis de anafilaxia, broncoscopía, cualquier procedimiento que requierea inyección de medio de contraste o para medicina nuclear, punción subclavia, colocación de catéter central, procedimientos de radiología intervencionista, punción lumbar, endoscopía gastrointestinal, colonoscopía, brquiterapia, CPREs, punción de médula ósea, hemodiálisis, terapia con láser, fluorangiografía, cateterismo cardíaco.

10.7 Carta de consentimiento bajo información para cirugía.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como_____:
_____
al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intervención quirúrgica denominada_____se encuentran: _____
_____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica, que son: _____
Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo estricta supervisión (enfermeras o médicos residentes de especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.8 Carta de consentimiento bajo información para Procedimiento Anestésico

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Nombre del paciente:_____ Edad:_____ Sexo _____

No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Anestesiología** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que estoy programado (a) para realizar el (a) procedimiento/cirugía: _____ para lo cual es conveniente utilizar la **técnica anestésica** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo, me explicó y entendí que todo acto anestésico-quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y/o después del procedimiento anestésico: _____ se encuentran: _____
Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica anestésica, que consisten en: _____

He comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad). Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica anestésica a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable Que se identifica con _____	Que se identifica con _____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo
_____ Que se identifica con	_____ Que se identifica con

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento anestésico a realizar**, sin excepción.

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la técnica anestésica** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.9 Carta de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico

SALUD

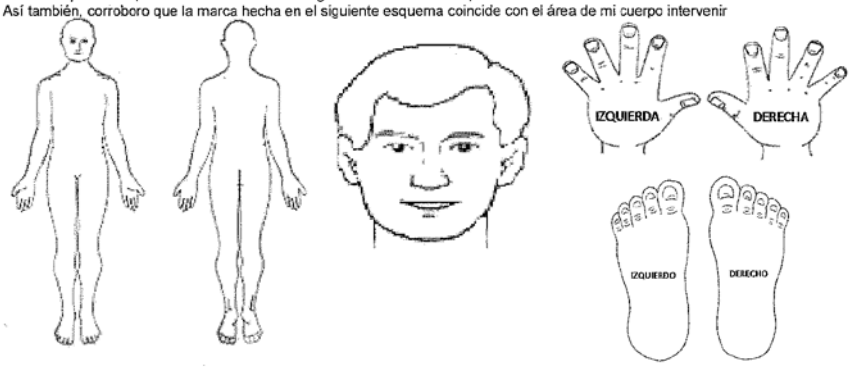
HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCAJE DE SITIO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Sexo_____ Edad _____
Lugar y fecha:_____ Estado Civil _____ Ocupación_____
Identificado con: _____ Domicilio_____
Nombre del familiar responsable_____Parentesco _____
Representante Legal_____
Cirugía programada: _____ el día _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informó que: El marcado del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en mi cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el área que será intervenida quirúrgicamente, por lo tanto, es conveniente realizarlo y me explicó que no existen complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento.
He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos residentes o enfermeras)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo negar o revocar el presente consentimiento. Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y autorizo al médico cirujano tratante para que marque en mi cuerpo el sitio para la realización de la cirugía de acuerdo a lo estipulado.
Así también, corroboro que la marca hecha en el siguiente esquema coincide con el área de mi cuerpo intervenir



Observaciones: _____

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Que se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de marcaje quirúrgico a realizar, sin excepción.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

1. EL PACIENTE HA CONFIRMADO:
   - SU IDENTIDAD ☐NO ☐SI ☐NA
   - EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI ☐NA
   - EL PROCEDIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
   - SU CONSENTIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
2. MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO
   ☐ NO ☐ SI
3. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO
   ☐ NO ☐ SI
4. MONITOREO CARDIACO Y OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
   ☐ NO ☐ SI ☐ NA
5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGÍAS CONOCIDAS?
   ☐ NO ☐ SI
6. ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?
   ☐ NO ☐ SI ☐NA
7. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS)
   ☐ NO ☐ SI ☐NA
8. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS?
   ☐ NO ☐ SI
9. HEMODERIVADOS DISPONIBLES (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
   ☐ NO ☐ SI ☐ NA
10. CRUCE DE SANGRE (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
    ☐ NO ☐ SI ☐NA
11. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS?
    ☐ NO ☐ SI ☐NA
12. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
    ☐ NO ☐ SI ☐NA

NA=No Aplica

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

INTERMEDIO QUIRÚRGICO

13. CONFIRMAR QUE EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE PRESENTE POR NOMBRE Y FUNCIÓN:
    - ENFERMERÍA ☐ NO ☐ SI
    - CIRUJANO ☐ NO ☐ SI
    - ANESTESIÓLOGO ☐ NO ☐ SI ☐NA (Anestesia Local)
14. ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE:
    - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE ☐NO ☐ SI
    - EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
    - EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR ☐NO ☐SI
15. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS
    EL CIRUJANO REVISA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE.
    ☐ NO ☐ SI
16. EL ANESTESIÓLOGO (A) REVISA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
    ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)
17. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO).
    ☐NO ☐SI
18. ¿SE PUEDEN VISUALIZAR ADECUADAMENTE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS Y/O DIAGNÓSTICAS?
    ☐NO ☐SI

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

19. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO.
    EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
    ☐NO ☐ SI
20. QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS Y AGUJAS SEA CORRECTO Y COMPLETO.
    ☐NO ☐ SI
21. LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
    ☐ NO ☐Si ☐ NA
22. SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.
    ☐NO ☐ SI
23. EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
    - CIRUJANO ☐NO ☐SI
    - ENFERMERÍA ☐NO ☐ SI
    - ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐ SI ☐ NA (Anestesia Local)
24. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?
    ☐NO ☐ SI
25. SE REALIZO REPORTE DEL EVENTO ADVERSO
    ☐NO ☐SI

26. EQUIPO QUIRURGICO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN
(especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre y cédula profesional	Firma
CIRUJANO:		
ANESTESIÓLOGO:		
INSTRUMENTISTA:		
CIRCULANTE:		

27. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

FECHA: _____

10.10 Carta de consentimiento bajo información para la atención obstétrica

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA ATENCION OBSTETRICA

Nombre de la paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Gineco Obstetricia** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado acerca de los diversos procedimentos obstétricos que se podrían requerir en mi persona y/o en el producto de mi embarazo, como son: _____, los cuales se adoptarán de acuerdo a la evolución del trabajo de parto que estoy cursando, por considerar que tiene los mayores beneficios para mi persona, como: _____ al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto obstétrico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte; que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de parto, del estado previo de la paciente, de los tratamientos médicos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la atención del parto se encuentran: _____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas, que son: _____
Por lo que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado. Lo anterior con apego a la NOM-007-SSA2-1994 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio".
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo los alcances y los riesgos de la técnica obstétrica a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados , sin excepción y **llenarse un formato para cada evento obstétrico** a realizar.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento o quirúrgicos que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de atención obstétrica y por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, el cual doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y sus colaboradores, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y firma del paciente

_____ Nombre, firma y cédula del médico tratante

_____ Nombre y firma del familiar responsable o representante legal

_____ Nombre y firma del Testigo

_____ Nombre y firma del Testigo

10.11 Carta de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA AMPUTACION QUIRURGICA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____ Identificado con: _____
Servicio _____ Cama _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____Edad_____
Identificado con: _____Domicilio _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: **Amputación quirúrgica de** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo o de posibles anomalías anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la **amputación quirúrgica** de_____se encuentran: _____, también se me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica como son: _____, por lo que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.** Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **amputación quirúrgica** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **amputación quirúrgica**, por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicadoy he entendido los alcances de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma de la paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____	_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____

10.12 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (donador)

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 TS 09 015 0004

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASPLANTE DE SANGRE, COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (DONADOR)

Nombre del donador: _____ Sexo_____
Lugar y fecha:_____ Edad: _____
Identificado con: _____ Estado Civil _____
Domicilio_____Ocupación_____
Donación: Voluntaria____ Altruista____ Familiar____ Designada____ Reposición____ Dirigida ____
Método de colecta _____ Volumen a extraer:_____mls

Por medio de la presente manifiesto que se me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo y entiendo que, de acuerdo a las Leyes vigentes en la materia, la venta de órganos, tejidos y sangre es un hecho ilícito; manifiesto que recibí y comprendí la información que se me ha explicado acerca de la transmisión del SIDA (causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH) y otras enfermedades infecciosas (Hepatitis, Sífilis, Chagas y Paludismo) a través de la sangre y el plasma.
Acepto donar sangre y sus componentes, que es de tipo: Regular___ Repetición____además, me han informado que mi sangre va a ser examinada en relación con el VIH y otros marcadores de enfermedades. Si estas pruebas indicaran que no debo donar sangre ni sus componentes debido al riesgo de trasmitir el virus del SIDA y/o de otras enfermedades infectocontagiosas, mi nombre ingresará a una lista de disponentes permanentemente excluidos, en tal caso, acepto no donar mi sangre o sus componentes para su transfusión a otra persona.
Así mismo autorizo al Dr. _____ para que realice todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones necesarias antes, durante y posterior a la donación de mi sangre o de sus componentes, así como la atención de contingencias y/o urgencias que se presentaran, de las posibles reacciones _____, efectos adversos_____lo anterior con fundamento en los Artículos 314 fracción VI, 315 fracción IV, 316, 320, 321, 322, 323 fracción II, 324 y 341 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012.
Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

_____ Nombre y Firma del donador

_____ Nombre y Firma del Familiar

_____ Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico (Banco de Sangre)

_____ Testigo (Nombre y firma)

_____ Testigo (Nombre y firma)

Nota: La presente Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento de donación sanguínea, sin excepción.**

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 TS 09 015 0004

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **donación sanguínea** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar la **donación sanguínea**, por tal motivo, no deseo proseguir con el procedimiento, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.13 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE SALPINGOCLASIA

Nombre de la paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal: _____
Edad_____parentesco:_____ Domicilio en: _____

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad para someterme al procedimiento de la oclusión tubaria uterina bilateral (Salpingoclasia) sin que haya mediado violencia, coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informada, por parte del Dr. _____ del Servicio de _____que se trata de un método anticonceptivo permanente, por lo que he comprendido perfectamente que ya no podré tener más hijos, además se me han explicado a mi satisfacción las posibles complicaciones _____ y riesgos _____de la misma.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, las cuales he comprendido totalmente; por lo que autorizo al médico y sus colaboradores, para que realicen la intervención quirúrgica denominada **Salpingoclasia**; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los artículos 67 y 68 fracciones I y II de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como en el Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-1993 de los Servicios de Planificación Familiar vigentes.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo los alcances y los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma de la paciente Que se identifica con:	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y llenarse **a petición expresa de la paciente y/o Representante Legal.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **salpingoclasia** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **salpingoclasia**, por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma de la paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

10.14 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE VASECTOMIA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____
Identificado con: _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____
Identificado con: _____Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad para someterme al procedimiento de ligadura de Conductos Deferentes **(Vasectomía)** sin que haya mediado violencia, coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informado por parte del Dr. _____ del Servicio de _____ que se trata de un método anticonceptivo permanente, por lo que he comprendido perfectamente que ya no podré tener más hijos, además se me han explicado a mi satisfacción y he comprendido las posibles complicaciones: _____ y riesgos de la misma como: _____.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, que he comprendido totalmente; por lo tanto autorizo al médico y sus colaboradores, para que realicen la intervención quirúrgica **(Vasectomía)**; así como para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los artículos 67 y 68 fracciones I y II de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como en el Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-1993 de los Servicios de Planificación Familiar vigentes.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

Nombre y Firma del paciente	Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico Tratante Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y llenarse **a petición expresa del paciente y/o Representante Legal,**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **vasectomía,** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **vasectomía,** por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma de la paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

10.15 Carta de consentimiento bajo información para el egreso voluntario

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA EL EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente:_____ Edad:_____ Sexo_____
Fecha y hora: _____ No de Exp.: _____ Identificado con: _____
Estado civil:_____ Servicio_____ Cama_____
Nombre de familiar o Representante legal: _____
Identificado con: _____ Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto mi deseo de egresar del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" de manera voluntaria, sin que haya mediado violencia, coacción física, psicológica o moral para hacerlo, después de haber sido informado y he comprendido los alcances de los riesgos que implica mi decisión, la cual he tomado por el (los) siguiente(s) motivo(s):

_____

Dejando a salvo los derechos que pudieran corresponderme.

Diagnóstico(s) establecido(s): _____

_____

He recibido y entendido la información, proporcionada por el médico tratante acerca de las medidas recomendadas para la protección de mi salud y/o la de mi paciente y para la atención de factores de riesgo, durante el egreso y traslado, como son: _____

_____

Lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo sin menoscabo de la atención médica a recibir.**

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico Tratante
	Quien se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	_____
_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción, llenarse **a petición expresa del paciente o Representante Legal y se acompañará del resumen clínico detallado del caso.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **egreso por alta voluntaria** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **egreso por alta voluntaria**, , por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, por considerar que por el momento no es necesario dicho procedimiento, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma de la paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

–

10.16 Carta de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CAUSADA POR MODELANTES

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____

Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____ Identificado con: _____

Nombre de familiar o Representante legal: _____ Edad_____

Identificado con: _____ Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que he acudido por presentar un cuadro clínico derivado de la aplicación de sustancias llamadas modelantes por personal completamente ajeno a este organismo, por lo cual, el (la) Dr(a). _____ del servicio de **Cirugía Plástica y Reconstructiva** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado ampliamente y he entendido que el tratamiento de esta enfermedad es complejo por los diversos sitios en los que el material modelante fue infiltrado, por lo que me propone realizar diversos tipos de manejo quirúrgico, como: **la resección amplia con reconstrucción ya sea con colgajos locales o microquirúrgicos**, así como la posible necesidad de amputación por daño extenso de los tejidos, pues considera que es el que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo me explicó y entendí que estos procedimientos son de tipo **paliativo, es decir que no son curativos,** sólo sirven para aliviar o mejorar mi situación, pero no impide el evance de la enfermedad y por tanto el pronóstico para la vida y la función es **reservado, de acuerdo a su evolución,** todo acto quirúrgico o no quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, los que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo o de posibles anomalias anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y cientificos de la práctica médica. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después del procedimiento se encuentran: _____.. Se me han explicado tambien las alternativas para mi tratamiento: _____

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, además que el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora presto.** Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento a realizar**, sin excepción.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.17 Carta de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA LA SUJECION TERAPEUTICA

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____ del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es conveniente realizar la sujeción terapéutica a mi paciente, la cual consiste en la aplicación de dispositivos restrictivos que limitan los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente, con la finalidad de evitar que se produzcan situaciones que pongan en riesgo la integriddad del paciente o la de su entorno.

Me explicó que este procedimento es necesario en situaciones médicas en las que no es posible controlar de manera voluntaria los movimientos corporales y que de no realizarse, existe un alto riesgo de lesiones, traumatismos, caídas, etc.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento de Sujeción terapéutica se encuentran: _____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo para la sujeción terapéutica a mi paciente con los riesgos que conlleva.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o tutor	
_____ Que se identifica con:	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada sujeción terapéutica a realizar.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.18 Carta de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA REALIZAR NECROPSIA HOSPITALARIA

Nombre del fallecido:_____ Edad: _____Sexo _____
No de Exp.: _____ Diagnóstico final _____
Fecha de defunción:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____Domicilio: _____

Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades mentales, sin que haya mediado violencia física o moral, manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado ampliamente en un lenguaje claro, sencillo y entendible, realizando todas las observaciones pertinente, aclarando todas las dudas que he planteado, mismas que he entendido a mi satisfacción y he comprendido que uno de los estudios que fortalecen el avance del conocimiento médico y la investigación es el estudio anatomopatológico post mortem o **necropsia**, principalmente para establecer las causas reales del fallecimiento de mi familiar, lo que contribuirá ampliamente a avanzar en el campo de la investigación, por tal motivo, autorizo para que se realice a mi _____ la **necropsia hospitalaria** en el cuerpo de mi familiar, lo anterior de acuerdo a los Artículos 314 fracciones VI y XVII, 315 Fracción I, 320, 321, 322, 323, 325, 350 bis2 y 350 bis3 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Familiar Responsable	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con: _____	Que se identifica con: _____
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo
Que se identifica con	Que se identifica con

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados, sin excepción y **llenarse una vez que sucedió el evento (muerte)**, solicitando la firma al familiar responsable.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE SE NIEGUE EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se realice la **necropsia hospitalaria** a mi familiar, la cual me fue explicada adecuadamente.

☐ **EN CASO QUE SE REVOQUE EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado para realizar la **necropsia hospitalaria**, a mi familiar, fallecido el día _____ por tal motivo, eximo de toda responsabilidad al médico tratante y/o a la Institución, sin que para ello exista razón alguna para que se retrase o niegue la entrega del cadáver de mi familiar, terminando así la relación institucional de atención médica.

Nombre del paciente fallecido	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.19 Carta de consentimiento bajo información de colocación percutánea de catéter peritoneal para diálisis peritoneal.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN PERCUTANEA DE CATETER PERITONEAL PARA DIALISIS PERITONEAL

Nombre del paciente_____**Edad**_____
ECU: _____ **Lugar y fecha:** _____
Nombre del familiar o representante legal:_____
_____
Edad: _____**Parentesco:**_____**Domilcilio**_____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que él (la) Dr. (a)_____
_____ **Del servicio de** _____ **del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, me informa que es conveniente colocar el catéter de diálisis peritoneal vía percutánea, para realizar diálisis peritoneal.**

Se me explico que todo acto médico, de diagnóstico o terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores como sangrado, laceración visceral, perforación intestinal u otros órganos y peritonitis; así mismo pueden suceder complicaciones consideradas menores tales como hematomas de pared abdominal o infección en herida quirúrgica o del sitio de salida del catéter. Así mismo mencionar que el catéter en un futuro tener una disfunción ya sea por atrapamiento con el epiplón o por migración del mismo, necesitándose en algunos casos ser removido para colocación de un nuevo catéter. Cabe señalar que las complicaciones mayores pueden ser potencialmente delicadas con alto riesgo de mortalidad derivado en si del procedimiento ó de las condiciones clínicas del paciente antes del procedimiento, por lo que la estancia hospitalaria puede prolongarse en caso de presentarse alguna de estas complicaciones.
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico me realizo todas las observaciones y me aclaro todas la dudas que he planteado Entiendo y acepto que por ser un hospital escuela, en algún momento podrá participar en mi atención personal en formación siempre bajo supervisión del médico a cargo del área. Se me informo también que en cualquier momento y sin dar explicación alguna, puedo revocar el consentimiento que actualmente otorgo. POR TODO ELLO, MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO(A) CON LA INFORMACION RECIBIDA Y QUE COMPRENDO LOS ALCANCES DE LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE.

Nombre y firma del paciente_____
Se identifica con:_____
Nombre y firma del familiar responsable_____
Se identifica con: _____
Médico Tratante: _____**Firma**_____**Cédula**_____

Testigos 1:
Nombre_____**Firma**_____

Testigos 2:
Nombre_____**Firma**_____

10.20 Carta de consentimiento bajo información para autorización de trasplantes de órganos y/o tejidos (receptor).

20

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA AUTORIZACION DE TRASPLANTE DE ORGANOS Y/O TEJIDOS (RECEPTOR)

México, D.F. a _____

Nombre del receptor: _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Domicilio _____

Edad: _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Domicilio_____ Edad_____Parentesco:_____

Por medio de la presente YO _____manifiesto que he sido debidamente informado que mi padecimiento: _____, requiere un trasplante de _____, por lo que teniendo la capacidad legal (goce y ejercicio), es mi voluntad aceptar el trasplante, el cual se llevara a cabo de forma altruista y sin ánimo de lucro, por lo que en este acto otorgo mi consentimiento para que el(los) Dr.(s). _____ _____ y demás profesionales de la salud del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" realicen el procedimiento quirúrgico de trasplante, expresando que he entendido y acepto plenamente las consecuencias médicas y legales de mi decisión, así como de sus riesgos inherentes tanto para mí como para el donador,.

Asimismo he sido informado que durante la intervención quirúrgica pueden presentarse imprevistos o contingencias que pueden alterar el tratamiento original y requerir procedimientos adicionales, no obstante ello, autorizo su realización.

Por último, declaro que el(los) Dr(es) ha(n) contestado todas y cada una de las dudas que representa el procedimiento quirúrgico y sus consecuencias, por lo que manifiesto en este acto que no existiendo duda ni vicios en mi voluntad (error, dolo, mala fe, violencia o intimidación) otorgo mi consentimiento en términos del presente documento, firmando de total conformidad.

_____ Nombre y Firma del receptor	_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo
_____ Que se identifica con	_____ Que se identifica con

"De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes"

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:

Yo _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Manifiesto que es mi voluntad revocar por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el trasplante de _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, el cual doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación de mi decisión y lo he comprendido.

Nombre y Firma del receptor	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.21 Carta de consentimiento bajo información para realización de hemodialisis

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA REALIZACION DE HEMODIALISIS

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____Parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **NEFROLOGIA** del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que padezco de **INSUFICIENCIA RENAL CRONICA** y que es conveniente realizar el procedimiento de **HEMODIALISIS CRONICA**, el cual es considerado como de **alto riesgo** y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, ya que mis riñones no funcionan adecuadamente, este proedimiento es para reemplazar esa función, al igual que la dialisis peritoneal, ninguno de ellos cura ni detiene la progresión de la enfermedad, es decir, son paliativos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (HEMODIALISIS) se encuentran: _____, sus ventajas son **mejora de la calidad de vida y recuperacion de algunas funciones renales** y los riesgos**: Infección en el sitio de acceso vascular, pérdidas sanguíneas por el circuito, enfermedades infecciosas debido a la disminución de las defensas.** Además puedo requerir de exámenes de laboraorio periódicos y estoy dispuesto a que me los realicen, incluyendo el Panel viral.

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: **TRASPLANTE RENAL** y que la negativa al procedimiento puede implicar riesgo de muerte.

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de hemodiálisis a realizar.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

18. PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE APOYO MECÁNICO VENTILATORIO.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que se deben realizar por el personal médico y paramédico en los casos en que se necesite utilizar un dispositivo de apoyo mecánico ventilatorio (ventiladores mecánicos) para los pacientes que cursen con patologías que ocasionen insuficiencia respiratoria y ameriten asistencia ventilatoria mecánica (AMV).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento tiene alcance para la Dirección General Adjunta Médica (Asistentes de la Dirección), para los Servicios de Terapia Médica Intensiva, Oncología, Gineco-Obstetricia, Neurología y Neurocirugía, Cardiología, Infectología, Pediatría y Neumología, además de los Servicios de hospitalización donde se encuentren pacientes que requieran asistencia mecánica ventilatoria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Médico de Base del servicio tratante realizar una valoración médica integral y/o solicitar la interconsulta correspondiente a los servicios que cuenten con Unidades de Terapia Intensiva para que la realicen, con el fin de determinar la necesidad de cuidados continuos, especializados y de apoyo mecánico ventilatorio a los pacientes que lo requieran, con apego al procedimiento vigente para tal caso. (Procedimiento No. 6: Para la solicitud y realización de interconsultas médicas de la Dirección General Adjunta Médica).

3.2 Es responsabilidad de los Médicos de Base adscritos a los Servicios que cuenten con unidades de Terapia Intensiva realizar la interconsulta y en caso necesario, el traslado a sus Unidades con objeto de brindar los cuidados continuos, especializados, además del apoyo ventilatorio a los pacientes que lo requieran, de acuerdo al procedimiento No 15: Para el traslado interno de pacientes a Terapia Médica Intensiva de la Dirección General Adjunta Médica.

3.3 En los casos de una situación impostergable de pacientes que amerite el apoyo ventilatorio en las áreas de hospitalización (paro cardiorrespiratorio) y/o en caso que los servicios de Terapia Intensiva se encuentren saturados, es responsabilidad del Médico de Base tratante utilizar aquellos dispositivos de apoyo ventilatorio **tipo barométrico** disponibles en el Servicio y continuar, en coordinación con los Asistentes de la Dirección, la búsqueda de cama en un Servicio que cuente con camas de Terapia Intensiva para su traslado.

3.4 Es responsabilidad del Jefe de Servicio donde se ubique un paciente con necesidad de apoyo ventilatorio solicitar la autorización a los Asistentes de la Dirección para utilizar un ventilador mecánico **tipo volumétrico** en áreas diferentes a las de Terapia Intensiva.

3.5 Es responsabilidad de los asistentes de la Dirección, una vez agotadas las disponibilidades de cama en Terapia Intensiva autorizar el uso de dispositivos de apoyo ventilatorio fuera de las mismas, además de coordinar las actividades enfocadas a lograr la optimización del recurso (cama no censable en Terapia Intensiva) en coordinación con los Jefes de Servicio de las Unidades de Terapia Intensiva, para que pueda ser utilizada en el menor tiempo posible por el paciente con apoyo ventilatorio localizado en áreas de hospitalización.

3.6 Es responsabilidad de los Asistentes de la Dirección autorizar la utilización de dispositivos de apoyo ventilatorio **tipo volumétrico** e indicar el procedimiento para el préstamo del equipo al médico de base o residente.

3.7 Es responsabilidad del Médico de Base o residente del Servicio de Hospitalización indicar al Delegado Administrativo que realice y firme el vale correspondiente para la solicitud del ventilador, de acuerdo al formato anexo.

3.8 Es responsabilidad del Delegado Administrativo llenar el formato correspondiente y firmarlo, además de enviar al personal de Intendencia o camillería de su Servicio que acuda por el ventilador mecánico; en los servicios que no cuenten con Delegado administrativo, el vale lo realizará y firmará la Jefe de Enfermeras o la Encargada de Enfermería.

3.9 En los turnos vespertino, nocturno, fines de semana y días festivos, la enfermera del servicio responsable del paciente llenará y firmará el formato correspondiente, el cual se canjeará en la Unidad de Terapia Intensiva del Servicio por el ventilador.

3.10 El Delegado Administrativo y/o la Jefa de Enfermeras se responsabilizarán de canjear el vale firmado por la Enfermera de turnos vespertino, nocturno, fines de semana y días festivos por uno nuevo con su firma en un lapso no mayor al día hábil siguiente al préstamo.

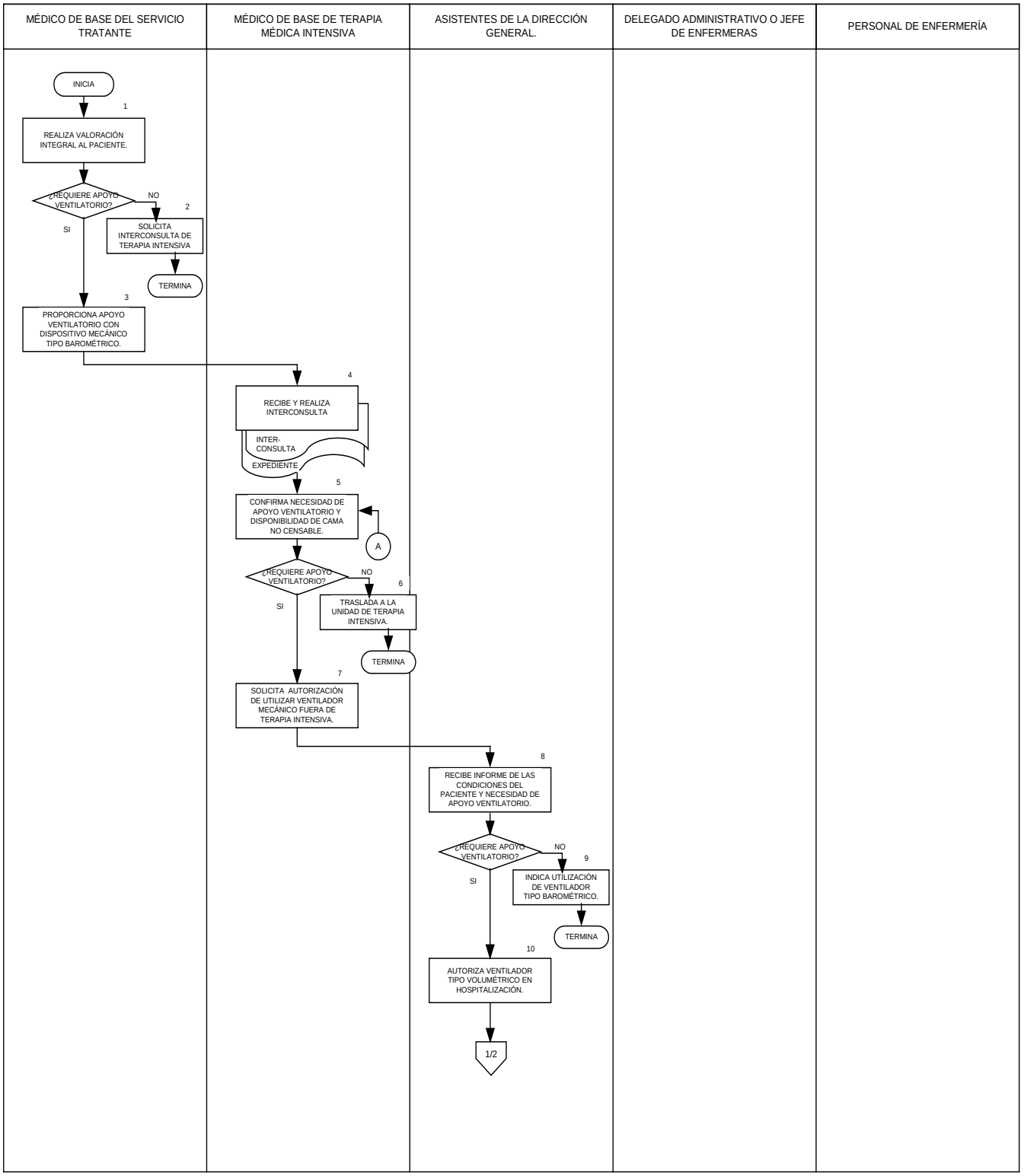
3.11 Es responsabilidad del Servicio solicitante mantener y entregar en óptimas condiciones el equipo prestado, con los aditamentos limpios, funcionales y completos, y entregarlos en óptimas condiciones de uso.

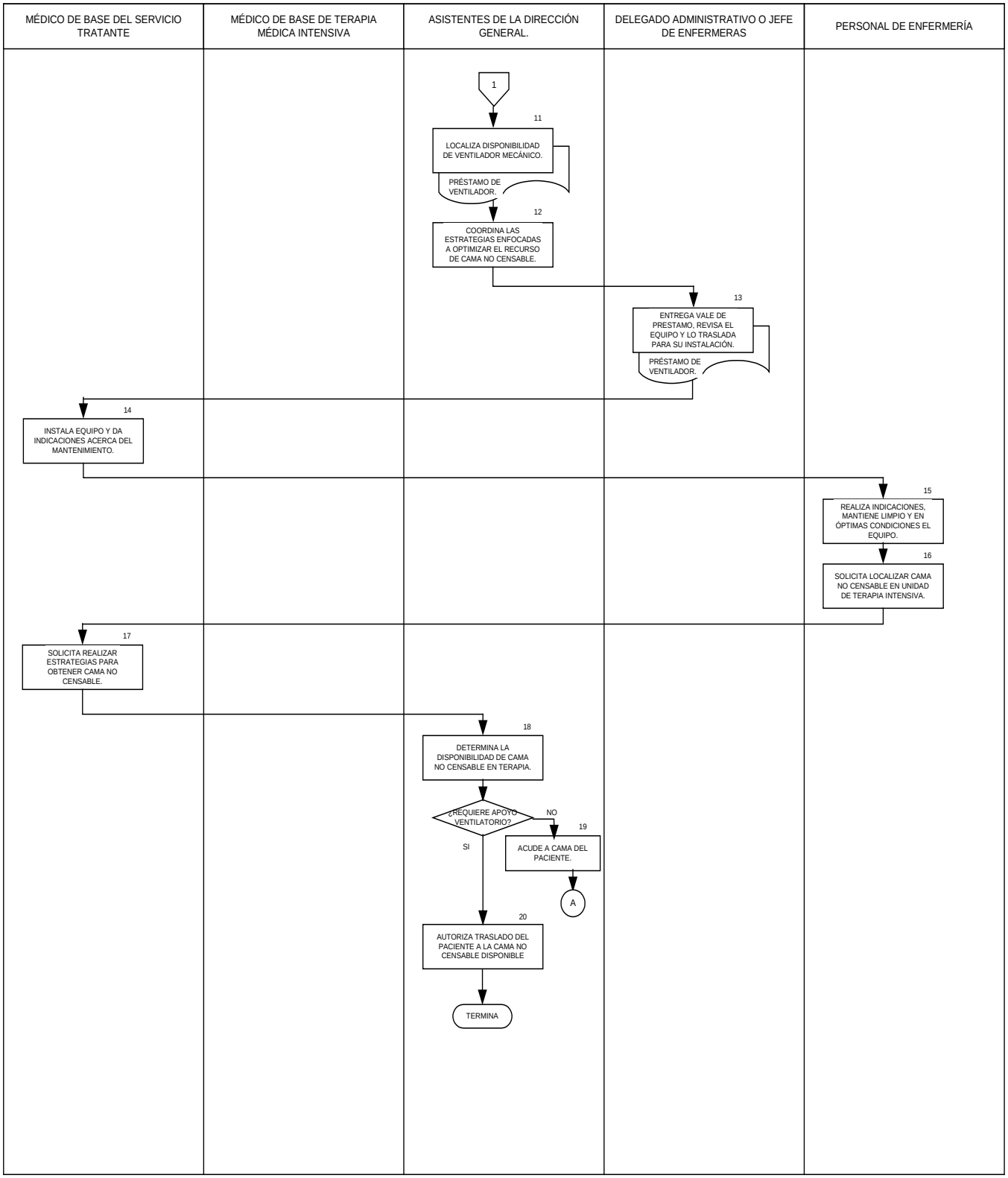
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio Tratante.	1	Realiza valoración integral al paciente a su cargo y determina la necesidad de ventilador mecánico. ¿Requiere apoyo ventilatorio?	• Interconsulta • Expediente.
	2	NO: Solicita interconsulta a cualquier Unidad de Terapia Intensiva con apego al procedimiento No. 6: Para la solicitud y realización de Interconsultas médicas de la Dirección General Adjunta Médica y termina el procedimiento.	
	3	SI: Realiza intubación orotraqueal y proporciona apoyo ventilatorio en su Servicio con dispositivo mecánico tipo barométrico.	
Médico de Base de Terapia Médica Intensiva.	4	Recibe solicitud de interconsulta, revisa al paciente de hospitalización de manera inmediata, valora estado clínico y realiza nota en el expediente clínico.	• Interconsulta • Expediente.
	5	Confirma necesidad de apoyo ventilatorio y disponibilidad de cama no censable con ventilador mecánico. ¿Requiere apoyo ventilatorio fuera de Terapia Intensiva?	
	6	NO: Autoriza traslado a la Unidad de Terapia Intensiva, con apego al procedimiento No. 15: Para el traslado interno de pacientes a la Terapia Médica Intensiva de la Dirección General Adjunta Médica y Termina el procedimiento.	
	7	SI: Solicita al Médico de Base tratante que gestione apoyo con los Asistentes de la Dirección para autorización de utilizar ventilador mecánico fuera de Terapia Intensiva.	
Asistentes de la Dirección General.	8	Recibe vía telefónica el informe acerca de las condiciones del paciente y la NO disponibilidad de ventilador volumétrico y acude a la cama del paciente para verificar sus condiciones clínicas y necesidad de apoyo ventilatorio. ¿Requiere apoyo ventilatorio en Hospitalización?	
	9	NO: Indica continuar con utilización de ventilador mecánico tipo barométrico y termina el procedimiento.	
	10	SI: Autoriza el uso de ventilador tipo volumétrico en hospitalización.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Asistentes de la Dirección General.	11	Localiza disponibilidad de ventilador mecánico en alguna Unidad de Terapia Intensiva y solicita al Delegado Administrativo o Jefe de Enfermeras que se realice el llenado correcto del formato correspondiente para su préstamo y acuda al Servicio que lo prestará.	• Formato préstamo de ventilador.
	12	Continúa, en coordinación con el Jefe de Unidad de Terapia Intensiva, las estrategias enfocadas a optimizar el recurso de cama no censable.	
Delegado Administrativo o Jefe de Enfermeras	13	Realiza el llenado del formato de solicitud de dispositivos de apoyo mecánico ventilatorio y se presenta en el Servicio con disponibilidad, entrega el vale, recibe y revisa el equipo y lo traslada para entrega al médico de base tratante para su instalación.	• Formato préstamo de ventilador.
Médico de Base del Servicio Tratante.	14	Instala equipo y da indicaciones al personal de Enfermería acerca del mantenimiento del apoyo mecánico ventilatorio.	
Personal de Enfermería	15	Realiza indicaciones, mantiene limpio y en óptimas condiciones el ventilador durante el tiempo que se utilice.	
	16	Solicita al Médico de Base tratante continúe en coordinación con el Asistente de la Dirección para localizar cama no censable en Unidad de Terapia Intensiva.	
Médico de Base del Servicio Tratante.	17	Solicita al Asistente de la Dirección continúe realizando estrategias para la optimización del recurso (cama no censable en Terapia Intensiva).	
Asistentes de la Dirección General.	18	Determina la disponibilidad de cama no censable en la Unidad de Terapia Intensiva. ¿Se dispone de cama censable en Terapia Intensiva?	
	19	NO: Acude a cama del paciente y regresa a la actividad 5.	
	20	SI: Autoriza e indica traslado del paciente a la cama no censable disponible, con apego al procedimiento No. 15: Para el traslado interno de pacientes a la Terapia Médica Intensiva de la Dirección General Adjunta Médica. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO.




MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO TRATANTE
MÉDICO DE BASE DE TERAPIA MÉDICA INTENSIVA
ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL.
DELEGADO ADMINISTRATIVO O JEFE DE ENFERMERAS
PERSONAL DE ENFERMERÍA
1
11
LOCALIZA DISPONIBILIDAD DE VENTILADOR MECÁNICO.
PRÉSTAMO DE VENTILADOR.
12
COORDINA LAS ESTRATEGIAS ENFOCADAS A OPTIMIZAR EL RECURSO DE CAMA NO CENSABLE.
13
ENTREGA VALE DE PRESTAMO, REVISA EL EQUIPO Y LO TRASLADA PARA SU INSTALACIÓN.
PRÉSTAMO DE VENTILADOR.
14
INSTALA EQUIPO Y DA INDICACIONES ACERCA DEL MANTENIMIENTO.
15
REALIZA INDICACIONES, MANTIENE LIMPIO Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES EL EQUIPO.
16
SOLICITA LOCALIZAR CAMA NO CENSABLE EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.
17
SOLICITA REALIZAR ESTRATEGIAS PARA OBTENER CAMA NO CENSABLE.
18
DETERMINA LA DISPONIBILIDAD DE CAMA NO CENSABLE EN TERAPIA.
¿REQUIERE APOYO VENTILATORIO?
NO
SI
19
ACUDE A CAMA DEL PACIENTE.
A
20
AUTORIZA TRASLADO DEL PACIENTE A LA CAMA NO CENSABLE DISPONIBLE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Servicio de Terapia Intensiva Central	No Aplica
6.5 Código de Bioética del Hospital General de México.	No Aplica
6.6 Manuales de Operaciones de los equipos de apoyo ventilatorio mecánico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato para solicitud de Dispositivos de apoyo mecánico ventilatorio	3 a 6 meses	Delegado Administrativo o Jefe de Enfermeras	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asistencia mecánica ventilatoria**: Es el procedimiento de sustitución temporal de la función ventilatoria normal, se emplea en situaciones en que ésta, por diversos motivos no cumple con los objetivos fisiológicos que le son propios, de tal manera que se requiere ser ejercido por medio de los ventiladores mecánicos que permiten garantizar un soporte ventilatorio ante situaciones de insuficiencia respiratoria aguda, independientemente de cual sea el origen de ésta.

8.2 **Ventiladores o respiradores:** Los ventiladores mecánicos son equipos electromecánicos que brindan soporte o asistencia respiratoria a pacientes que no pueden respirar por su propia cuenta o que necesitan asistencia ventilatoria para mantener una ventilación adecuada que les permita mantener un nivel de oxigenación compatible con la vida en sangre. Este soporte o asistencia a la respiración es llevado a cabo mediante la entrega de gas a los pulmones del paciente por medio de una fuente de presión positiva, en este caso el ventilador mecánico.

8.3 **Ventilador controlado por volumen (volumétrico).-** Es aquel que suministra flujo inspiratorio hasta alcanzar el volumen corriente fijado previamente.

8.4 **Ventilador controlado por presión (barométrico).-** Es aquel que suministra flujo inspiratorio hasta alcanzar la presión establecida previamente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de vale para la solicitud de dispositivos de apoyo mecánico ventilatorio.

10.1 Formato de vale para la solicitud de dispositivos de apoyo mecánico ventilatorio.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

VALE PARA LA SOLICITUD DE DISPOSITIVOS DE APOYO MECÁNICO VENTILATORIO

SERVICIO SOLICITANTE_____**FECHA**_____

EQUIPO_____**MARCA**_____**MODELO**_____

INVENTARIO_____**ACCESORIOS**_____

SOLICITANTE_____

NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE INSTALARÁ_____

OBSERVACIONES_____

19. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico de los Servicios quirúrgicos para realizar cirugía mayor ambulatoria en los pacientes que sean candidatos a ella y cumplan con los requisitos establecidos en la NOM 205-SSA1-2002 para la práctica de cirugía mayor ambulatoria con la finalidad de obtener la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento aplica a todos los Servicios del Hospital General de México que cuenten con pacientes candidatos para la realización de cirugía mayor ambulatoria y que cuenten con los requisitos que se establecen en la NOM 205-SSA1-2002 para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, a la Subdirección de Enfermería, a los departamentos de Trabajo Social y de Admisión.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Médico cirujano tratante será el responsable de realizar el estudio clínico de los pacientes con necesidades quirúrgicas cirugía y determinar si son candidatos para el programa, de acuerdo a los criterios establecidos en la NOM-026-SSA3-2012 Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

3.2 En los casos de ser requerida la intervención del Servicio de Anestesiología, el médico anestesiólogo de la consulta preanestésica será el responsable de realizar ésta, de acuerdo a los criterios establecidos en la NOM-006-SSA3-2007 para la práctica de la anestesiología, una vez que el paciente ha sido estudiado integralmente por el médico cirujano tratante.

3.3 Una vez determinada la necesidad de cirugía ambulatoria mayor, el Médico cirujano tratante será el responsable de solicitar el ingreso del paciente el día de la cirugía al personal de Admisión a través del formato de ingreso, el cual estará señalado con una característica determinada que lo identificará como paciente del programa de cirugía ambulatoria mayor (formato de otro color, línea identificatoria de color, etc.).

3.4 El personal de Trabajo Social será el responsable de realizar el ingreso y egreso del paciente, en base a los procedimientos correspondientes establecidos en el manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

3.5 El personal de Trabajo Social será el responsable de informar ampliamente y de acuerdo al ámbito de su competencia sobre el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria y trámites a seguir, así como de la importancia de presentar los requisitos cubiertos el día de la cirugía ambulatoria (recibos de pago y comprobante de una (1) donación de sangre).

3.6 El personal Administrativo de las cajas (cajeros) será el responsable de solicitar el pago de la cirugía programada, de acuerdo al nivel socioeconómico previamente establecido por Trabajo Social.

3.7 El personal Administrativo del Servicio tratante será el responsable de, una vez identificado al paciente como parte del programa, realizar su ingreso en las camas asignadas al programa, a través del formato especial y del recibo único de pago (RUI) que ampare el pago de la cirugía a realizar (El tiempo máximo establecido para el ingreso será de 30 minutos).

3.8 El personal de Enfermería del Servicio será el responsable de recibir al paciente, verificando las condiciones preoperatorias, con apego al procedimiento No. 3.- “Para la atención de pacientes en el área de hospitalización” de los Manuales de los Servicios Quirúrgicos.

3.9 El médico cirujano tratante será el responsable de realizar el procedimiento quirúrgico programado en los quirófanos asignados para ello, además de realizar el dictado operatorio y enviar al paciente a la cama asignada, una vez que se determinó su alta de recuperación.

3.10 El personal de Enfermería será el responsable de recibir al paciente, verificar que el expediente esté completo, verificar la firma del alta del paciente y de avisar al Departamento de Trabajo Social del egreso del paciente.

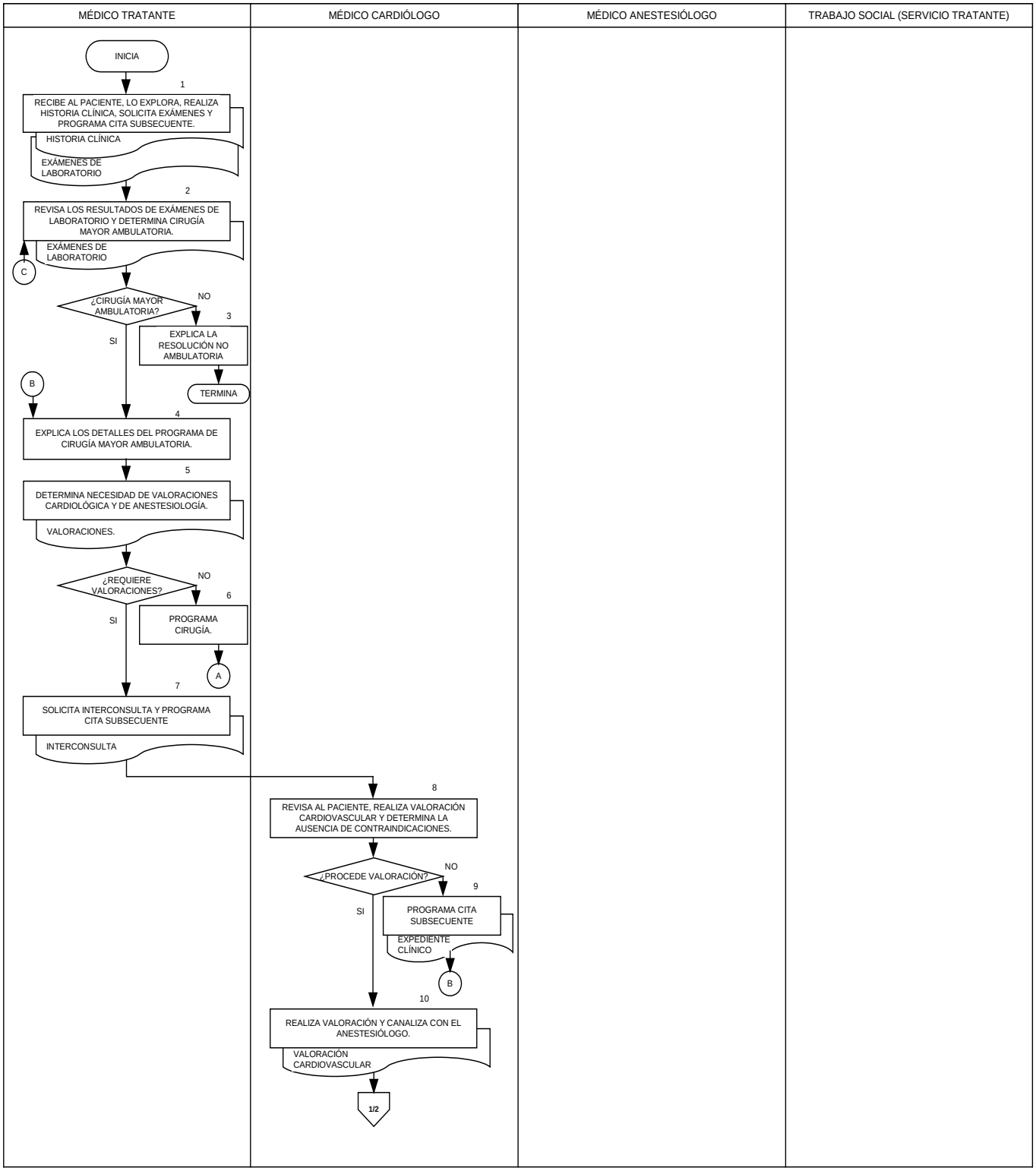
3.11 El personal de Trabajo Social será el responsable de realizar el egreso del paciente de acuerdo al procedimiento correspondiente del Departamento.

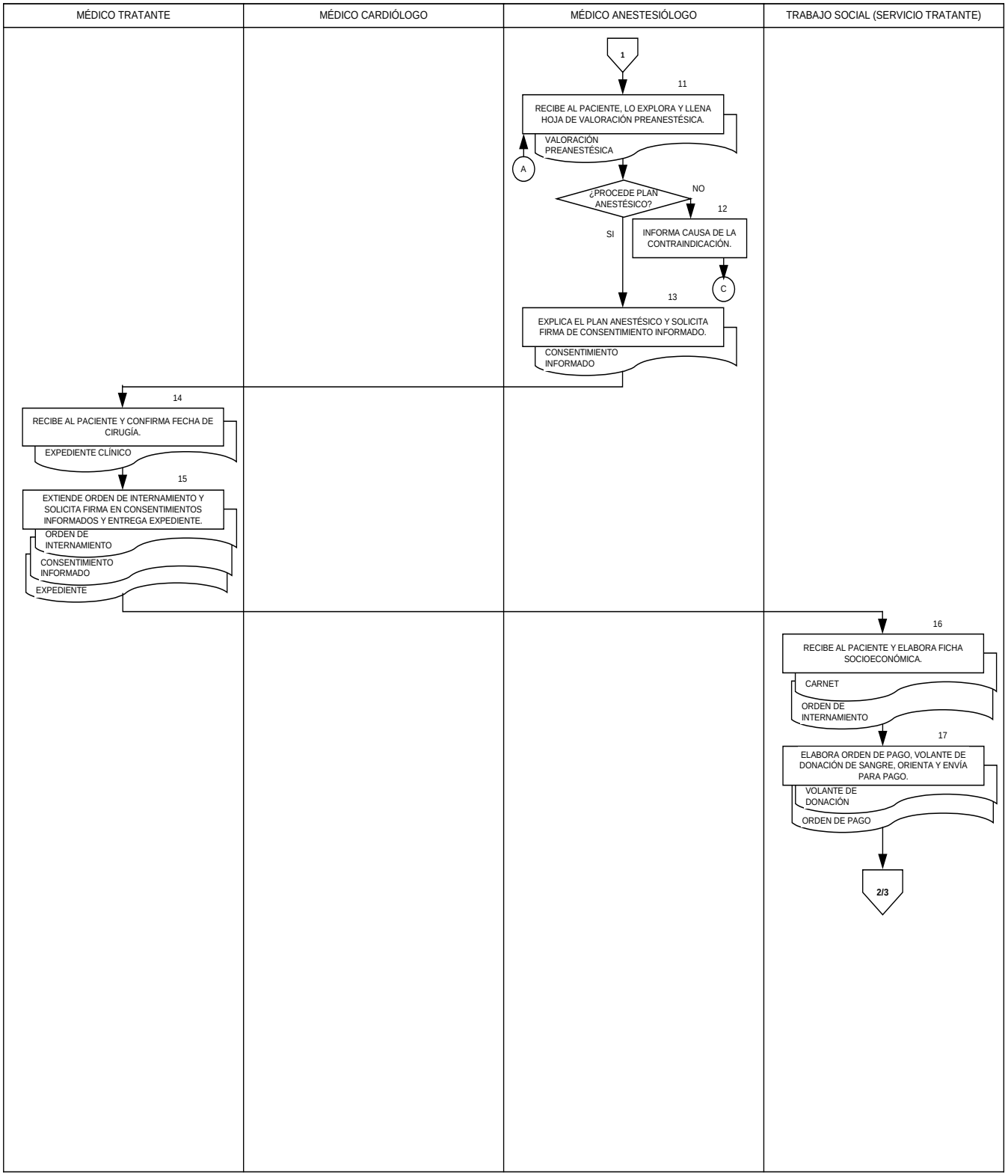
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

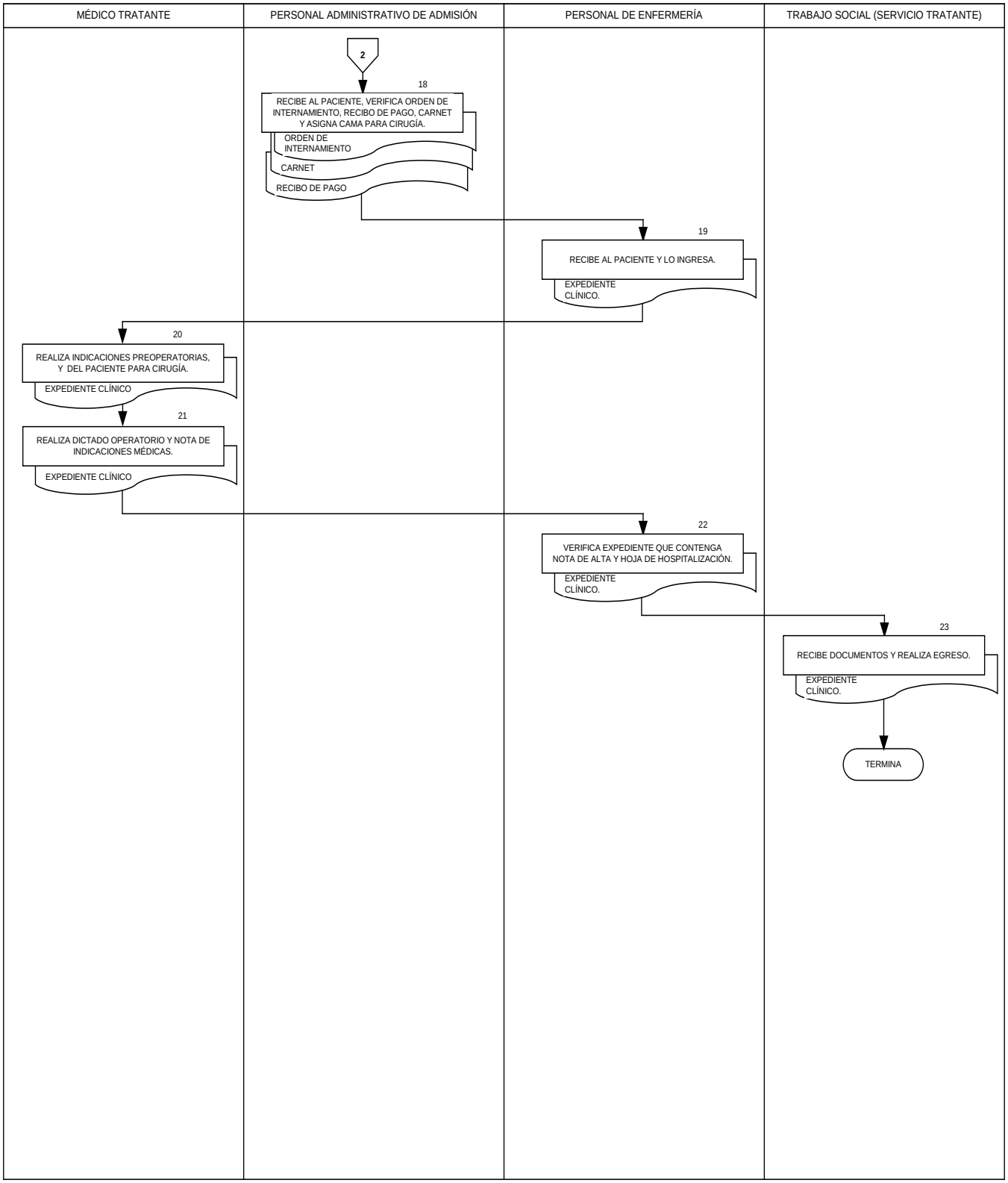
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Tratante	1	Recibe al paciente, lo explora, realiza historia clínica, solicita exámenes de laboratorio y gabinete para confirmar diagnóstico, con apego al procedimiento No 1.- "Para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa" de los Servicios Quirúrgicos y programa al paciente para cita subsecuente.	• Historia clínica • Exámenes de laboratorio.
	2	Recibe al paciente, revisa los resultados de exámenes de laboratorio, con apego al procedimiento No. 2.- "Para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa" de los Servicios quirúrgicos y determina posibilidad de ser candidato al programa de cirugía mayor ambulatoria. ¿Es candidato a cirugía mayor ambulatoria?	• Exámenes de laboratorio.
	3	NO: Explica la resolución no ambulatoria del padecimiento, hospitaliza y programa al paciente de acuerdo a los procedimientos No. 3.- "Para la atención del paciente en el área de hospitalización" y 4.- "Para la atención del paciente que va a ser sometido a intervención quirúrgica electiva" de los Servicios quirúrgicos y termina el procedimiento.	
	4	SI: Explica al paciente detalles del programa de cirugía mayor ambulatoria.	
	5	Determina necesidad de valoraciones cardiológica y de anestesiología. ¿Requiere valoraciones cardiológica y de anestesiología?	• Valoración cardiovascular y de anestesiología. • Formato de interconsulta
	6	NO: Programa la cirugía de acuerdo a la disponibilidad de turno. Pasa a la actividad 11.	
	7	SI: Solicita interconsulta a los servicios de Cardiología y Anestesiología y canaliza al paciente a ambos Servicios, con apego al procedimiento 6.- "Para la solicitud y realización de interconsultas médicas" y programa cita subsecuente con resultados de valoraciones solicitadas.	
Médico Cardiólogo	8	Revisa al paciente, lo explora, realiza valoración cardiovascular y determina la ausencia de contraindicaciones. ¿Procede valoración?	• Expediente clínico • Formato Valoración cardiovascular.
	9	NO: Prescribe tratamiento, lo asienta en el expediente clínico, programa citas subsecuentes hasta el alta y regresa a la actividad 4.	
	10	SI: Realiza valoración en formato y canaliza al paciente con el anestesiólogo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Anestesiólogo	11	Recibe al paciente, lo interroga, lo explora y realiza el llenado de hoja de valoración preanestésica y determina. ¿Procede plan anestésico?	• Valoración preanestésica. • Consentimiento informado.
	12	NO: Informa la causa de la contraindicación y canaliza al paciente con su médico tratante y regresa a la actividad 2.	
	13	SI: Explica el plan anestésico al paciente y lo canaliza con su médico tratante y solicita firma del formato de consentimiento informado para anestesia.	
Médico Tratante	14	Recibe al paciente en cita subsecuente, revisa ausencia de contraindicaciones y confirma fecha de cirugía.	• Expediente clínico • Orden de Internamiento • Consentimiento informado.
	15	Extiende orden de internamiento y solicita firma en formatos de consentimiento informado para ingreso, cirugía, para realización de procedimientos de alto riesgo y de estudio histopatológico, canaliza al paciente con Trabajo Social para su orientación y entrega expediente.	
Trabajo Social (Servicio tratante)	16	Recibe al paciente, solicita carnet y hoja de internamiento, entrevista al paciente, elabora ficha socioeconómica de ingreso y consigna el nivel de clasificación, coloca sello personal y firma en el carnet de citas.	• Carnet • Orden de internamiento • Volante de donación de sangre • Orden de pago.
	17	Elabora orden de pago, volante de donación de sangre y entrega al paciente, orienta y envía al módulo de cajas para el pago correspondiente y enfatiza la importancia de presentar el recibo pago a su ingreso hospitalario.	
Personal Administrativo de Admisión	18	Recibe al paciente, verifica la orden de internamiento, recibo de pago, carnet, asigna cama para Cirugía Ambulatoria disponible, y lo envía con personal de Enfermería del Servicio correspondiente.	• Orden de internamiento • Carnet • Recibo de pago
Personal de Enfermería	19	Recibe al paciente, lo ingresa con apego al procedimiento No 3.- “Para la atención del paciente en el área de hospitalización” de los servicios quirúrgicos.	• Expediente clínico.
Médico Tratante	20	Realiza indicaciones preoperatorias y preparación del paciente para cirugía, con apego al procedimiento 4.- “Para la atención del paciente que va a ser sometido a intervención quirúrgica electiva” de Servicios Quirúrgicos.	• Expediente clínico
	21	Realiza dictado operatorio, nota de indicaciones médicas con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y solicita traslado al área de recuperación.	• Expediente clínico
Personal de Enfermería	22	Verifica expediente completo que contenga nota de alta y hoja de hospitalización debidamente requisitada y avisa a Trabajo Social para que inicie trámites de egreso.	• Expediente clínico
Personal de Trabajo Social	23	Recibe documentos y realiza egreso con base en el procedimiento correspondiente (ver manual del Departamento de Trabajo Social). **TERMINA**	• Expediente clínico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO TRATANTE
MÉDICO CARDIÓLOGO
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
TRABAJO SOCIAL (SERVICIO TRATANTE)
1
11
RECIBE AL PACIENTE, LO EXPLORA Y LLENA HOJA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA.
VALORACIÓN PREANESTÉSICA
A
¿PROCEDE PLAN ANESTÉSICO?
NO
12
INFORMA CAUSA DE LA CONTRAINDICACIÓN.
C
SI
13
EXPLICA EL PLAN ANESTÉSICO Y SOLICITA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
CONSENTIMIENTO INFORMADO
14
RECIBE AL PACIENTE Y CONFIRMA FECHA DE CIRUGÍA.
EXPEDIENTE CLÍNICO
15
EXTIENDE ORDEN DE INTERNAMIENTO Y SOLICITA FIRMA EN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ENTREGA EXPEDIENTE.
ORDEN DE INTERNAMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
EXPEDIENTE
16
RECIBE AL PACIENTE Y ELABORA FICHA SOCIOECONÓMICA.
CARNET
ORDEN DE INTERNAMIENTO
17
ELABORA ORDEN DE PAGO, VOLANTE DE DONACIÓN DE SANGRE, ORIENTA Y ENVÍA PARA PAGO.
VOLANTE DE DONACIÓN
ORDEN DE PAGO
2/3


MÉDICO TRATANTE
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
PERSONAL DE ENFERMERÍA
TRABAJO SOCIAL (SERVICIO TRATANTE)
2
18
RECIBE AL PACIENTE, VERIFICA ORDEN DE INTERNAMIENTO, RECIBO DE PAGO, CARNET Y ASIGNA CAMA PARA CIRUGÍA.
ORDEN DE INTERNAMIENTO
CARNET
RECIBO DE PAGO
19
RECIBE AL PACIENTE Y LO INGRESA.
EXPEDIENTE CLÍNICO.
20
REALIZA INDICACIONES PREOPERATORIAS, Y DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA.
EXPEDIENTE CLÍNICO
21
REALIZA DICTADO OPERATORIO Y NOTA DE INDICACIONES MÉDICAS.
EXPEDIENTE CLÍNICO
22
VERIFICA EXPEDIENTE QUE CONTENGA NOTA DE ALTA Y HOJA DE HOSPITALIZACIÓN.
EXPEDIENTE CLÍNICO.
23
RECIBE DOCUMENTOS Y REALIZA EGRESO.
EXPEDIENTE CLÍNICO.
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 NOM-006-SSA3-2007 Para la práctica de la Anestesiología	No Aplica
6.4 NOM-026-SSA3-2012 Para la práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria	No Aplica
6.5 Manuales de Procedimientos de los Servicios Quirúrgicos	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Libreta de programación de Cirugía Ambulatoria	5 años	Archivo del Servicio	No Aplica
7.2 Hoja diaria de Consulta Externa	5 años	Archivo de Consulta Externa	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cirugía Mayor Ambulatoria.- Procedimientos de cirugía mayor que deben realizarse en salas de cirugía y que por no haber producido invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria inmediata; requiere únicamente de hospitalización en cama no censable y ser dados de alta en un lapso no mayor a 24 horas, a partir del ingreso a la unidad quirúrgica.

8.2 Egreso de corta estancia.- A la acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.

8.3 Formato.- Conjunto de características técnicas y de presentación de una publicación periódica o de un programa de televisión o radio.

8.4 Interconsulta.- Solicitud que se hace a un médico de la misma o de diferente especialidad, con la finalidad de recabar una segunda opinión acerca del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad en que se tienen dudas al respecto, con la finalidad de otorgar una atención médica de manera oportuna, eficiente y segura.

8.5 Manual de Procedimientos.- Instrumento para documentar y sistematizar el funcionamiento de una organización. De acuerdo a su contenido, los manuales administrativos pueden ser clasificados como manuales de organización, de procedimientos, de objetivos y políticas, de contenido múltiple o de puestos, entre otros.

8.6 Procedimiento.- Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

8.7 Recibo Único de Ingresos (RUI).- Documento que comprueba la cantidad que se solicita a la paciente o su familiar como pago por los servicios que otorga el Hospital, se determina de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico que se realiza y al nivel de clasificación de pago especificado por Trabajo Social.

8.8 Valoración cardiovascular.- Revisión exhaustiva de las condiciones de un paciente, en este caso del sistema cardiovascular

8.9 Valoración Preanestésica .- Protocolo de Estudios que permite la realización de una historia clínica en anestesiología para recabar información acerca del paciente y que el mismo tenga conocimiento del riesgo que puede presentar durante el preanestésico, transanestésico, postanestésico, así como manejo de analgesia temprana, también conocido como Medicina Perioperatoria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. Anexos

10.1 Carnet de citas. (Ver formato del procedimiento 7)
10.2 Recibo de pago. (Ver formato del procedimiento 12)
10.3 Hoja de alta. (Ver formato del procedimiento 12)
10.4 Formato de interconsulta. (Ver formato del procedimiento 6)
10.5 Formato de ingreso hospitalario (cirugía ambulatoria). (Ver formato del procedimiento 7)
10.6 Formato de consentimiento informado. (Ver formato del procedimiento 10)
10.7 Orden de internamiento. (Ver formato del procedimiento 7)
10.8 Volante de donación de sangre.
10.9 Formato de valoración cardiovascular y de anestesia.

10.8 Volante de donación de sangre.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 TS 09 015 0004
BANCO DE SANGRE
FOLLETO DE AUTOEXCLUSION

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

¿Se enteraran los demás de lo que yo le diga al médico?

¡No!

Sus respuestas son muy importantes, su honestidad es cuestión de vida o muerte para nuestros pacientes si tiene una duda pregunte al médico.

¡GRACIAS POR VENIR A DONAR SANGRE!

Lea con cuidado y ayúdenos a obtener Sangre Segura

Su sangre puede salvar una vida y también puede causar la muerte por la posibilidad de transmitir enfermedades como sida y hepatitis, ya que no es posible detectarlas por las pruebas de laboratorio cuando la infección es reciente.

Su sangre será estudiada para detectar sida, hepatitis, sífilis, chagas y así determinar si es útil para otras personas.

En ocasiones puede usted sentirse comprometido a donar sangre para algún familiar o amigo y no puede decirles que su sangre no es segura.

¡¡¡¡¡¡¡ **NO SE PREOCUPE!!!!!!!!!!**

Conteste con honestidad y conciencia, la información es absolutamente confidencial

¿Correré algún riesgo al donar sangre?

¡No!

El donador no corre ningún riesgo ya que todo el material que usamos es nuevo y desechable

PRO-28-B

Su Donación de Sangre es vital para todos, por lo que tu Donación de Sangre debe ser segura.
Por lo que le pedimos contestes las siguientes preguntas,
La información es completamente confidencial
Marque con una X su respuesta.

		SI	NO
1	HA UTILIZADO DROGAS?		
2	HA TENIDO HEPATITIS?		
3	SE HA INYECTADO CON JERINGA HERVIDA EN EL ULTIMO AÑO?		
4	HA PERDIDO PESO SIN CAUSA APARENTE EN EL ULTIMO AÑO?		
5	HA TENIDO DIARREA, FIEBRE, HERPES, GANGLIOS, MANCHAS COLOR VINO EN LA PIEL?		
6	HA TENIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO GONORREA, SÍFILIS, CHANCROS O PAPILOMA?		
7	HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE TENGAN SIDA O HEPATITIS?		
8	HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PERSONA EN EL ULTIMO AÑO?		
9	HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS O PAREJAS OCASIONALES?		
10	HA TENIDO O TIENE RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN DE SU MISMO SEXO?		
11	SE HA DEDICADO O SE DEDICA A LA PROSTITUCION?		
12	CONSIDERO QUE MI SANGRE ES SEGURA		

Gracias por donar un poco de tu sangre, que ayuda a salvar vidas

Número de Unidad
(Uso exclusivo de Banco de Sangre)

Hospital General de México, O.D.
Dirección General Adjunta Médica
Banco de Sangre
Lic. Sanitaria 2006018801

La Donación de Sangre está regulada por leyes y normas.

Por lo que:

Está prohibido el comercio de sangre y está penalizado. (Art. 327 de la Ley General de Salud) .

La sangre es vital para el ser humano:

Oxigena nuestro cuerpo y transporta elementos indispensables para la vida.

"La Sangre es un regalo muy especial"

¡Su donación ayuda a salvar vidas!

Atención a Donadores de Sangre
Hospital General de México.
Banco de Sangre

ENTRADA POR LA PUERTA DE URGENCIAS

Horario:
Los 365 días del Año

Lunes a Viernes
7:00 a 12:00 y de 15:00 a 18:00 horas.

Sábados, Domingos y Días Festivos
8:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00 Horas.

¿Dudas, Sugerencias, Reconocimientos o Quejas?
Favor de comunicarse con el Responsable de Banco de Sangre.
1er. Piso Banco de Sangre 401-B
ó al teléfono: 27892000
extensión 1847-1309-1310
Lunes a Viernes de 8:00 a 23:00 horas.
Sábados, Domingos y Días Festivos de 8:00 a 20:00 horas

Información importante para el Donador de Sangre
En el Banco de Sangre del Hospital General de México,
Usted será valorado por enfermeras y médicos especializados para:
Evaluar su estado de salud y si es considerado apto o no para **Donar Sangre.**

Fecha: _____

Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Expediente: _____

Cama: _____

Sello de Trabajo Social

Dr. Balmis N° 148 Col. Doctores. Delegación Cuauhtémoc. C.P. 06726. México D. F. Tel. 27892000 ext. 1309, 1310

Requisitos Obligatorios para Donar Sangre

Ayuno Mínimo 6 horas y NO mayor a 10 horas

Horario matutino: Ingerir previo a la valoración: Jugos de Frutas, Gelatina de Agua, Fruta **SIN** granola o chantilly. En su cena deberá ingerir abundantes Jugos, Frutas y Verduras.

Vespertino: 6 horas antes de la donación ingerir: Agua natural, Frutas **SIN** granola o chantilly, Verduras Frescas o Hervidas, Jugo de frutas o Gelatina de Agua.

1. Presentar Original de la Credencial de Elector (INE) ó pasaporte ó cartilla SMN, Licencia de conducir VIGENTES con fotografía.

2. Edad mínima de 18 años y 65 máximo.

3. Peso mínimo de 50 Kg
(Sin contar ropa y zapatos).

4. No Ingerir Alimentos ricos en grasas, No lácteos, NO bebidas alcohólicas el día anterior a la donación

5. Estar en buen estado de salud.
-No estar en Tratamiento Médico y/o Dental
-No tener ninguna Infección o Enfermedad
-No tomar Medicamentos ni Analgésicos ni estar bajo tratamiento anticonceptivo hormonal (cualquier método)
- Haber dormido un mínimo de 6hrs
-No haber sido Vacunado (un mes antes).

Mujeres
a) No estar embarazadas
b) No estar lactando

Para cualquier aclaración o duda médica para la donación de sangre, marque 2789 2000 ext 1309 ó 1847 y 1308

Procedimiento para Donar

Duración aproximada: Todo el proceso 2 **horas.**

Acceso por Urgencias, Personal de Seguridad le Permitirá la entrada con identificación oficial.

↓

Registro de Datos, en Módulo de Banco de Sangre (Primer piso, Consulta Externa)

↓

Toma de Muestra, con Personal de Enfermería (Primer Piso, Consulta Externa)

↓

Valoración Médica
Consultorios de Banco de Sangre (1er. Piso Consulta Externa)
El Donador será evaluado por cuestionario y revisión médica y se le notificará si es apto o no.

↓

Entrega de Documentos, en Oficina Administrativa,

↓

Área de Sangrado,
Donará aprox; 450 ml de sangre y contestará talón de seguridad sanguínea.

↓

Comedor, se le proporciona un Refrigerio, para que lo consuma en su totalidad para evitar descompensaciones.

↓

Entrega de Comprobante de Donación en oficina administrativa.
FIN

¡Gracias por Donar Sangre!,

¡Gracias por ayudar a salvar vidas!

No Podrán Ser Donadores

1. Personas con prácticas sexuales de riesgo.
2. Quienes ejercen la Prostitución.
3. Personas que usan Drogas.
4. Personas con antecedentes de Hepatitis después de los 10 años de edad.
5. Quienes hayan estado en tratamiento de: Endodoncia, Acupuntura o haberse realizado Tatuajes o Perforaciones en los últimos doce meses.

Recuerde:

1 **Presentar Original de la Credencial de Elector (INE) ó pasaporte ó cartilla SMN, Licencia de conducir VIGENTES con fotografía.**

2. No se permite el acceso a menores de edad y/o acompañantes.

3. Antes de la donación, ingerir jugo de frutas, gelatina de agua y frutas frescas.

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN (REGISTRO INICIAL)

Uso Exclusivo Enfermería

P: _____ **Kg**

T: _____ **cm**

FC: _____ **X´**

T/A: _____ **mmHg**

Temp: _____ **°C**

Formato PRO 26-B

10.9 Formato de valoración cardiovascular y de anestesia.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCUIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
CONSLTA EXTERNA CARDIOLOGIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

VALORACION PREOPERATORIA DEL APARATO CARDIOVASCULAR

No. DE EXPEDIENTE_____

NOMBRE DEL ENFERMO (A)_____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

EDAD_____ **SEXO**_____ **FECHA**_____

PAB_____ **CAMA** _____ **EXTERNO** _____

DIAGNOSTICO _____

1.- EXISTEN MANIFESTACIONES DE INSUFICIENCIA CARDIACA ACTUAL _____
2.- EXISTEN MANIFESTACIONES DE VALVULOPATIAS ORGANICAS _____
3.- EXISTEN MANIFESTACIONES DE INSUFICIENCIA CORONARIA ACTUAL _____
4.- EXISTEN MANIFESTACIONES DE HIPERTENSION ARTERIAL _____
5.- EN EL ELECTROCARDIOGRAMA SE ENCONTRO _____

RESULTADO_____

PRACTICO EL ESTUDIO

_____
NOMBRE Y FIRMA

MEDICO SOLICITANTE

_____
NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtemoc C.P 06726 Tel. 2789-2000.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
EXAMEN PREOPERATORIO - ANESTESIA - RECUPERACION

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE: _____ HORA: _____ FECHA: _____

SEXO _____ EDAD _____ EXPEDIENTE NO. _____ DIAGNOSTICO QUIRURGICO _____

UNIDAD _____ CAMA _____ CIRUGIA PLANEADA _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	INICIO	FRECUENCIA	TIPO DE DROGA	OTROS
TABAQUISMO				Índice Tabáquico:
ALCOHOLISMO				
DROGADICCION				
TRANQUILIZANTES				
PSICOTROPICOS				
HEREDITARIOS				

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	DIAGNOSTICO	EVOLUCION	TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL
ALERGICOS				
CARDIOVASCULARES				
ENDOCRINOS				
HEPATICOS				
HEMATOLOGICOS				
INMUNOLOGICOS				
NEUROLOGICOS				
MUSCULO ESQUELETICO				
PULMONARES				
RENALES				
TRANSFUSIONALES				
INFECCIOSOS				
CONGENITOS				
GINECOOBSTÉTRICOS				
PERINATALES				
TRAUMATICOS				
QUIRURGICOS				
OTROS (Miastenia Gravis, Hipertermia Maligna, Porfiria, etc)				

MEDICAMENTOS	TIPO	INICIO	DOSIS	ULTIMA ADMINISTRACION
ANTIBIOTICOS				
ANTIARRITMICOS				
ANTICONVULSIVOS				
ANTICOAGULANTES				
BETA BLOQUEADORES				
BRONCODILATADORES				
DIGITALICOS				
DIURETICOS				
INHIBIDORES M.A.O.				
INSULINA				
VASOPRESORES				
OTROS				

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO, CÉDULA Y FIRMA: _____

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
EXAMEN PREOPERATORIO – ANESTESIA – RECUPERACION

EXPLORACION FISICA

ESTADO DE CONCIENCIA: GLASGOW _____ OBESIDAD _____ PALIDEZ _____ ICTERICIA _____ CIANOSIS _____

SIGNOS VITALES : TA _____ / _____ mmHg FC: _____ x' FR: _____ x' $SatO_2$: _____% TEMP. ____°C PESO: _____ Kg TALLA: _____ cm

IMC: _____ Kg/m^2 PESO IDEAL: _____ Kg

CABEZA: PUPILAS CENTRALES _____ REFLEJOS _____ LENTES _____ CONJUNTIVAS _____

NARIZ FORMA _____ DESVIADA _____ PATOLOGIA AGREGADA _____
BOCA: APERTURA NORMAL _____ LIMITADA _____ AMPLIA _____ MICROGNATIA _____ MACROGLOSIA: _____ PALADAR NORMAL SI ____
NO____ HIGIENE BUCAL: BUENA _____ MALA _____ FARINGE _____ PIEZAS FLOJAS SI ____ NO ____

PIEZAS DENTARIAS FALTANTES SUPERIORES WWW HHHH VV XXXX VV HHHH WWW
INFERIORES MMM HHHH VV XXXX VV MMM

PROTESIS SUPERIOR _____ INFERIOR _____ ADONCIA: TOTAL ☐ PARCIAL ☐ NO ☐ PIEZA CENTINELA: _____

MICROGNATIA: _____ MACROGLOSIA: _____ MALLAMPATI: _____ DISTANCIA INTERINCISIVA > 3 CMS _____ <3 CMS _____
PROTRUSIÓN MANDIBULAR: _____ RONQUIDO: _____

CUELLO: NORMAL _____ CORTO _____ LARGO _____ HIPEREXTENSION BUENA _____ LIMITADA _____ SIMÉTRICO: _____
PATIL ALDRETI: _____ DISTANCIA ESTERNOMENTONIANA: _____ cm DISTANCIA ESTERNOTIROIDEA: _____cm
BELLHOUSE-DORÉ: _____ TRAQUEA MOVIL SI _____ NO _____ FIJA SI _____ NO _____ DESVIADA SI _____ NO _____
TIROIDES NORMAL SI _____ NO _____ PALPABLE SI _____ NO _____ TAMAÑO _____

TORAX FORMA _____ AMPLEXION _____ AMPLEXACION _____ VIBRACIONES VOCALES _____
CAMPOS PULMONARES _____ DIAGNOSTICO CLINICO _____
AREA CARDIACA FRECUENCIA CARDIACA _____ RITMICO SI ____ NO ____ THRILL _____ CHOQUE DE LA PUNTA _____
SOPLO SISTOLICO _____ DIASTOLICO _____ AORTICO _____ PULMONAR _____ TRICUSPIDEO _____ MITRAL _____

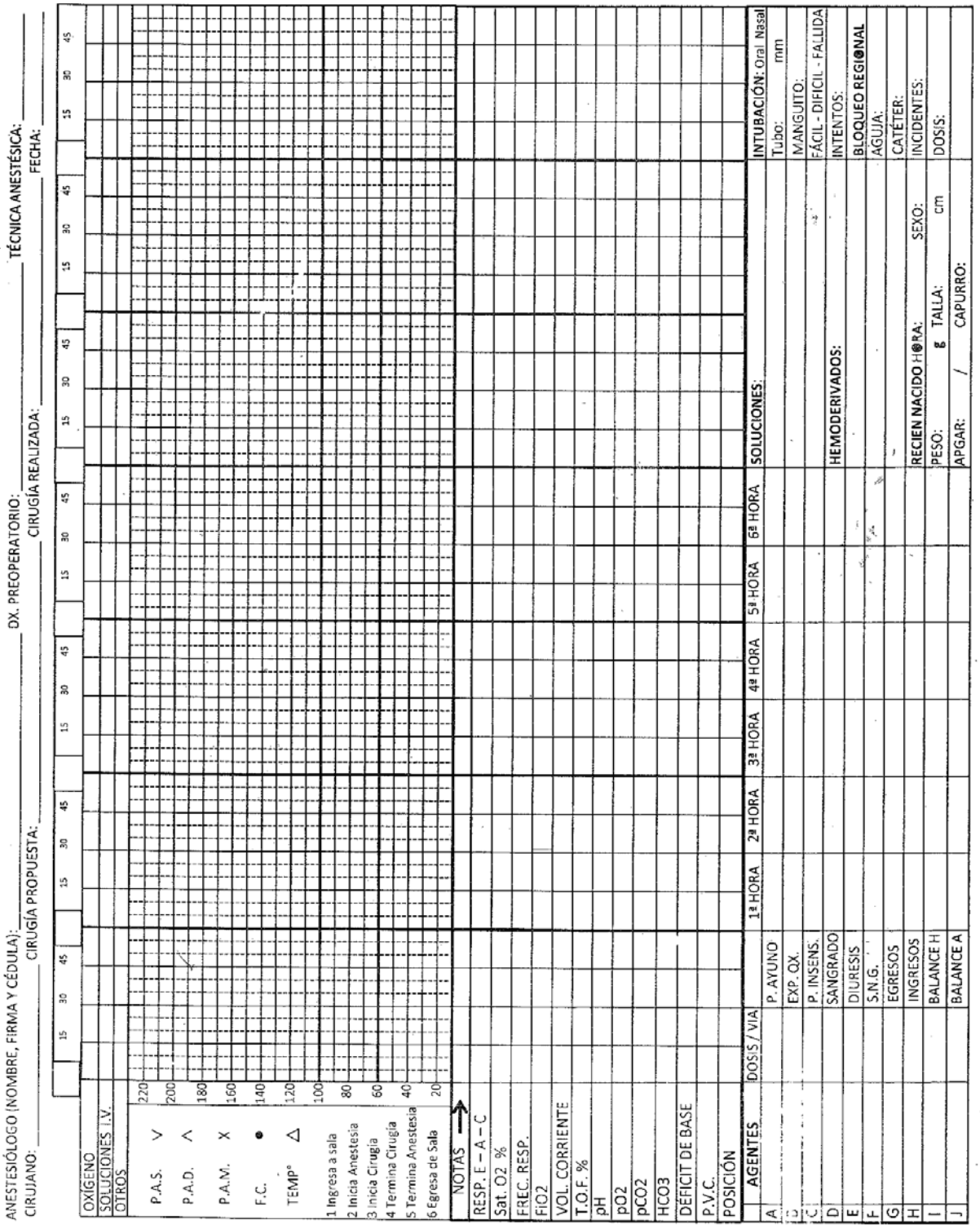
ABDOMEN _____

COLUMNA VERTEBRAL PIEL NORMAL _____ HIPERTRICOSIS _____ PADECIMIENTOS DERMATOLOGICOS _____
XIFOSIS SI _____ NO_____ LORDOSIS SI _____ NO _____ ESCOLIOSIS _____ LUMBALGIA NO _____ SI _____

MIEMBROS TORACICOS _____ **MIEMBROS PELVICOS** _____

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: Hemoglobina _____g% Hematocrito _____% Leucocitos _____mm^3
Plaquetas _____ Grupo Sanguíneo _____ Glucosa _____mg% Urea _____mg% Creatinina _____mg% Ácido Úrico _____mg%
Sodio _____ Potasio _____ Cloro _____ Calcio _____ Tiempo protrombina _____ TPT _____ Examen general de orina _____
OTROS EXÁMENES : _____ ELECTROCARDIOGRAMA _____ RX DE TORAX _____
ESTADO FISICO DE LA A.S.A. I II III IV V VI **NOTA PREANESTESICA E INDICACIONES MEDICAS:** _____
N.Y.H.A. I II III IV _____
GOLDMAN I II III IV _____
RIESGO TROMBOEMBÓLICO _____ _____

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SI ____ NO ____
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL MEDICO: _____
NOTA DE CONSULTA SUBSECUENTE _____


ANESTESIÓLOGO (NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA):
DX. PREOPERATORIO:
TÉCNICA ANESTÉSICA:
CIRUJANO:
CIRUGÍA PROPUESTA:
CIRUGÍA REALIZADA:
FECHA:
OXÍGENO
SOLUCIONES I.V.
OTROS
P.A.S. V
P.A.D. ^
P.A.M. X
F.C. •
TEMP° Δ
1 Ingresa a sala
2 Inicia Anestesia
3 Inicia Cirugía
4 Termina Cirugía
5 Termina Anestesia
6 Egresa de Sala
NOTAS
RESP. E – A – C
Sat. O2 %
FREC. RESP.
FiO2
VOL. CORRIENTE
T.O.F. %
pH
pO2
pCO2
HCO3
DÉFICIT DE BASE
P.V.C.
POSICIÓN
AGENTES
DOSIS / VIA
1ª HORA
2ª HORA
3ª HORA
4ª HORA
5ª HORA
6ª HORA
A
P. AYUNO
EXP. QX.
P. INSENS.
SANGRADO
DIURESIS
S.N.G.
EGRESOS
INGRESOS
BALANCE H
BALANCE A
SOLUCIONES:
HEMODERIVADOS:
INTUBACIÓN: Oral Nasal
Tubo: mm
MANGUITO:
FÁCIL - DIFICIL - FALLIDA
INTENTOS:
BLOQUEO REGIONAL
AGUJA:
CATÉTER:
INCIDENTES:
DOSIS:
RECIEN NACIDO HORA:
SEXO:
PESO: g TALLA: cm
APGAR: / CAPURRO:

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
EXAMEN PREOPERATORIO – ANESTESIA – RECUPERACION

NOTA POSTANESTÉSICA Fecha_____ Hora_____

Tipo y duración de la anestesia aplicada _____

Dosis totales y medicamentos utilizados _____

Incidentes, accidentes ó eventos adversos _____

Total de soluciones intravenosas aplicadas (incluyendo sangre) _____

Balance hídrico: Sangrado: _____ ml Diuresis: _____ ml Egresos: _____ ml Ingresos: _____ Total: _____ ml

Estado clínico del paciente a su egreso de quirófano incluyendo balance hídrico _____

Plan de manejo y tratamiento inmediato _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del anestesiólogo responsable _____

Escala de Ramsay: _____ Escala de Bromage: _____ Escala visual análoga: _____

Hora:

VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA			QUIRÓFANO	UNIDAD DE CUIDADOS POST-ANESTÉSICOS				
			AL SALIR	0 MIN	20 MIN	60 MIN	90 MIN	120 MIN
ACTIVIDAD MUSCULAR	MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS (4 EXTREMIDADES) MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS (2 EXTREMIDADES) COMPLETAMENTE INMOVIL	= 2 = 1 = 0						
RESPIRACIÓN	RESPIRACIONES AMPLIAS Y CAPAZ DE TOSER RESPIRACIONES LIMITADAS Y TOS DÉBIL APNEA	= 2 = 1 = 0						
CIRCULACIÓN	TENSIÓN ARTERIAL ± 20% DE CIFRAS BASALES TENSIÓN ARTERIAL ± 20 - 50% DE CIFRAS BASALES TENSIÓN ARTERIAL ± 50% DE CIFRAS BASALES	= 2 = 1 = 0						
ESTADO DE CONCIENCIA	COMPLETAMENTE DESPIERTO RESPONDE AL LLAMADO NO RESPONDE	= 2 = 1 = 0						
COLORACIÓN	MUCOSAS SONROSADAS PALIDEZ CIANOSIS	= 2 = 1 = 0						
ALTA A SU PISO_____ MÉDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA)		TOTAL						

20. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTO MEZCLADO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico en los casos que se requiera solicitar medicamento mezclado (antibióticos, oncológicos y nutrición parenteral) al área de farmacia (compañía SAFE) con la finalidad de proporcionarlos a los pacientes hospitalizados a través del personal de salud de los servicios médicos que se encuentran involucrados en este proceso para cumplir con los requerimientos de tratamiento establecido en las indicaciones médicas y así obtener así la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios al Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina el cumplimiento y realización adecuada del procedimiento, las Direcciones de Área y sus Subdirecciones correspondientes supervisan el cumplimiento del procedimiento a los Servicios Médico-Quirúrgicos realizan la solicitud de las mezclas, los Comités de Soporte Nutricio y de Antibióticos supervisan y autorizan las solicitudes de los medicamentos mezclados tipo antimicrobianos y nutrición parenteral, las Jefaturas de enfermería reciben el medicamento y lo ministran y los Delegados Administrativos, colaboran en la gestión del trámite para la solicitud de medicamentos mezclados.

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica al Área de Mezclas de la empresa SAFE proporciona los medicamentos solicitad y los entrega en los servicios solicitantes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 El Jefe de Servicio, será responsable de supervisar el desarrollo de este procedimiento, así como verificar que la Jefa de Enfermeras y el Delegado Administrativo coordinen el cumplimiento del mismo.

3.2 Será responsabilidad del Médico de Base realizar las indicaciones médicas en donde se especifique el medicamento mezclado a solicitar, así como verificar y firmar la solicitud de medicamento en los formatos oficiales vigentes, con los requisitos completos, autorizado por el jefe de servicio, o del personal autorizado, de acuerdo al catálogo vigente de firmas autorizadas (Antibióticos, oncológicos y de nutrición parenteral).

3.3 Será responsabilidad del Jefe de Servicio o de Unidad designar a la persona autorizada para la firma de las solicitudes a la central de mezclas, en el caso de los antibióticos de “alto valor biológico”, deberán solicitar la autorización expresa del Jefe de Servicio de Infectología o del médico de base que se designe, para que sean surtidos a través del área de mezclas.

3.4 Será responsabilidad del (a) Médico (a) Oncólogo (a) o Hematólogo (a) autorizado en el catálogo vigente de firmas autorizadas, firmar la solicitud en el caso de medicamentos de quimioterapia al área de mezclas, la cual deberá contar con la firma del Jefe de Servicio o Jefe de Unidad.

3.5 Será responsabilidad del Jefe de Servicio o Jefe de Unidad o algún miembro del Comité de Soporte Nutricio firmar la solicitud a la central de mezclas de Nutrición Parenteral para su autorización y abasto.

3.6 En ausencia de personal autorizado en el Servicio, podrá firmar invariablemente médico (a) con rango igual o mayor a Subdirector de la Dirección Médica a la que pertenezca el Servicio o de otra Dirección Médica en caso extraordinario y en horario vespertino, veladas y sábados, domingos y días festivos, podrá firmar invariablemente los Asistentes de la Dirección General.

3.7 Será responsabilidad del personal del área de mezclas verificar la solicitud de medicamentos, si el paciente se encuentra en pre-alta y/o verificar el Registro Único de Ingreso (RUI) en el sistema, así como capturar la solicitud y realizar el pedido de los medicamentos.

3.8 El personal de enfermería será el responsable de conservar el medicamento mezclado en condiciones adecuadas y administrarlo, en caso de que no se administre, devolverlo a la Jefa de Enfermeras por escrito (en el formato correspondiente).

3.9 El Departamento de Farmacia Hospitalaria verificará periódicamente el proceso y seguimiento de las solicitudes de mezclas que el médico genere.

3.10 La solicitud de medicamento al área de mezclas, deberá realizarse en el siguiente horario.

ANTIBIOTICOS Y ONCOLOGIA			
HORARIOS DE TRASMISION	ENTREGA AL CLIENTE	TIEMPO DISPONIBLE	ENTREGA A DISTRIBUCIÓN
08:00-10:30	13:30	2 HORAS	12:30
10:31-12:30	16:00	2.5 HORAS	15:00
12:31-14:30	18:00	2.5 HORAS	17:00
14:31-17:30	20:00	1.5 HORAS	19:00
17:31-19:00	21:30	1.5 HORAS	20:00
19:00-08:00	07:00 (DEL DIA SIGUIENTE)	10.5 HORAS	05:30

NUTRICION PARENTERAL			
HORARIOS DE TRANSMISIÓN	ENTREGA AL CLIENTE	TIEMPO DISPONIBLE	ENTREGA A DISTRIBUCIÓN
08:00-10:30	13:30	2 HORAS	12:30
10:31-12:30	16:00	2.5 HORAS	15:00
12:31-14:30	18:00	2.5 HORAS	17:00
14:31-17:30	20:00	1.5 HORAS	19:00
19:00-08:00	07:00 (DEL DIA SIGUIENTE)	10.5 HORAS	05:30

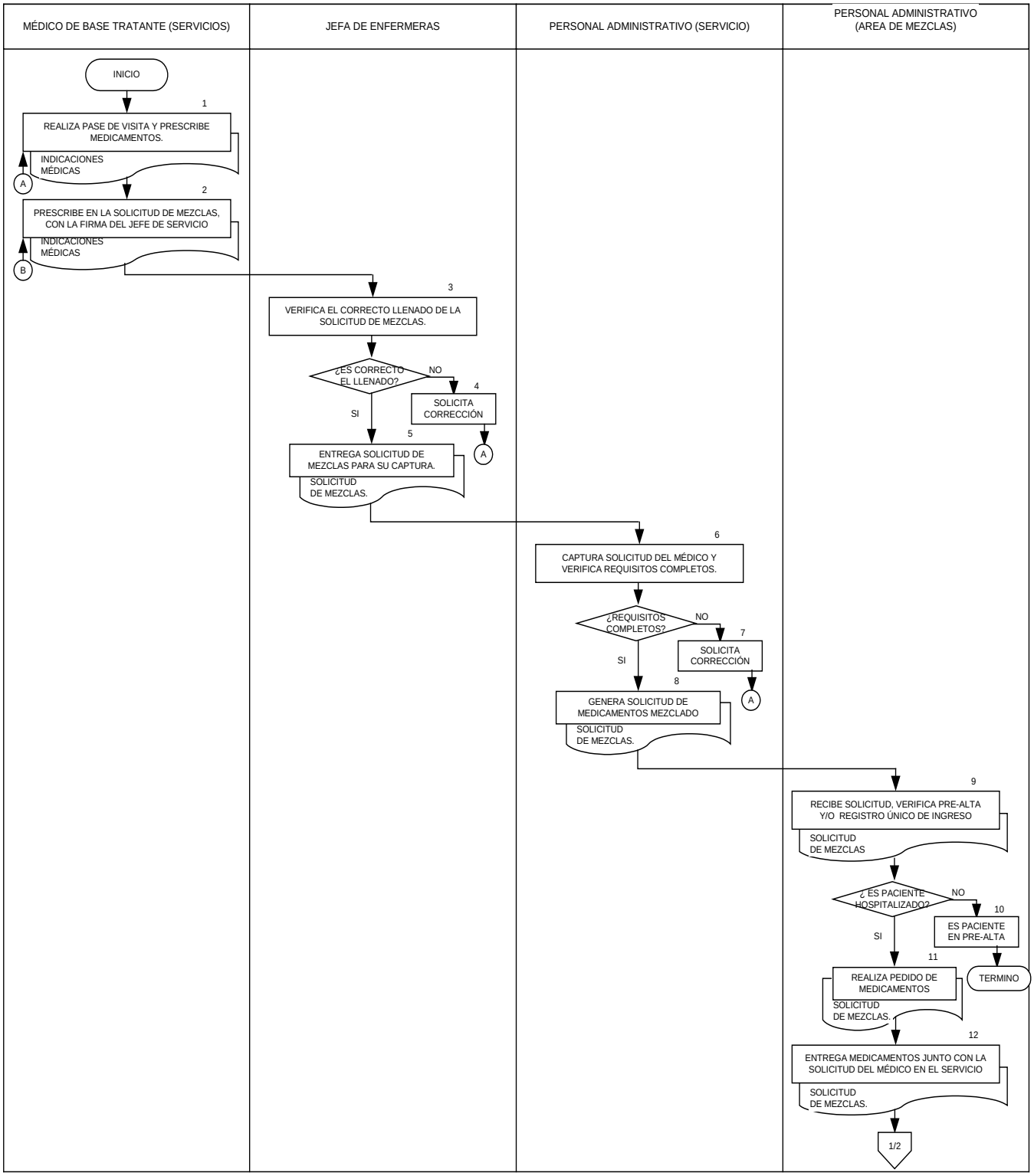
3.11 Será responsabilidad del área de mezclas verificar que los formatos de las solicitudes de mezclas (Antibióticos, oncológicos y de nutrición parenteral) que el médico prescribe, no contenga alguna de las siguientes anomalías:

- La dosis del medicamento no sea la correcta.
- La solicitud que el médico prescribe (Antibióticos, oncológicos y de nutrición parenteral), tenga tachaduras, enmendaduras o datos superpuestos.
- Omisión del nombre, firma y cedula profesional del médico que autorizó.
- Las solicitudes que no se encuentren autorizadas por médicos de base.

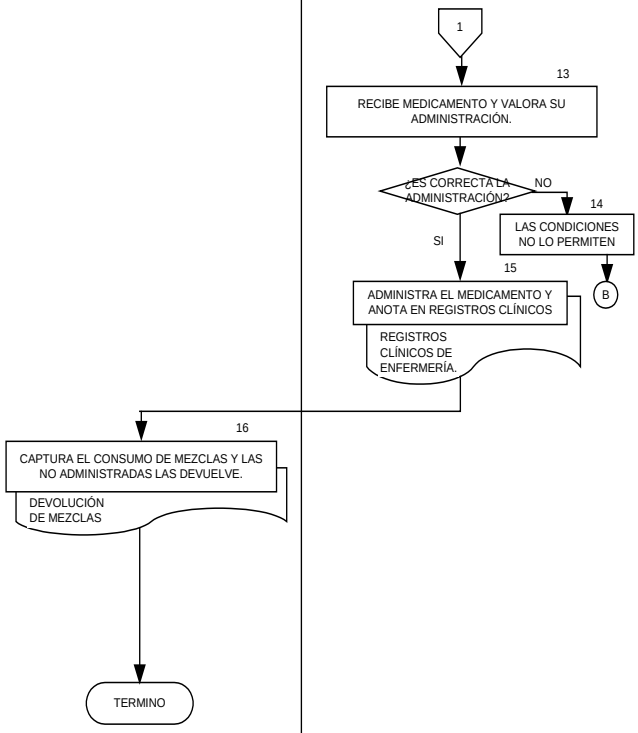
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Servicios)	1	Realiza pase de visita y prescribe los medicamentos en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico.	• Indicaciones médicas
	2	Prescribe en la solicitud de mezclas (Antibióticos, oncológicos y de nutrición parenteral), con la firma del Jefe de Servicio (catálogo vigente de firmas autorizadas)	• Solicitud de mezclas.
Jefa de Enfermeras	3	Verifica el correcto llenado de la solicitud de mezclas. ¿Es correcto el llenado de la solicitud?	
	4	NO: Solicita corrección y regresa a la actividad 1.	
	5	SI: Entrega la solicitud de mezclas al personal administrativo para su captura.	• Solicitud de mezclas.
Personal Administrativo (Servicio)	6	Captura la prescripción del formato de solicitud del médico, en el sistema de mezclas, verifica que los requisitos estén completos y con las firmas de autorización correspondientes. ¿Los requisitos están completos?	
	7	No: Solicita corrección y regresa a la actividad 1.	
	8	Si: Captura información en el sistema de mezclas, genera solicitud de medicamentos mezclado y entrega en el área de mezclas SAFE (junto con solicitud del médico).	• Solicitud de medicamentos.
Personal Administrativo (Area de mezclas)	9	Recibe la solicitud de mezclas, verifica pre-alta y/o Registro Único de Ingreso (RUI) en el sistema y registra. ¿Es paciente hospitalizado?	• Solicitud de medicamentos
	10	No: Es paciente en pre-alta y termina procedimiento.	
	11	Si: Firma de recibido, regresa la solicitud de mezclas y realiza el pedido de los medicamentos.	
	12	Entrega a la Jefa de Enfermeras los medicamentos junto con la solicitud del médico en el Servicio, dentro del horario establecido y solicita firma de recibido	
Jefa de Enfermeras	13	Recibe medicamento y valora su administración. ¿Es correcta la administración del medicamento?	
	14	No: Las condiciones del paciente no lo permiten de acuerdo al criterio del médico, entrega al Delegado Administrativo y regresa a la actividad 2.	
	15	Si: Administra el medicamento y anota en registros clínicos de enfermería.	• Registros clínicos de enfermería
Personal Administrativo (Servicios)	16	Captura en el sistema el consumo de mezclas y las mezclas no administradas las devuelve al área de mezclas, en el formato de orden de devolución al almacén. **TERMINA**	• Devolución de mezclas

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MÉDICO DE BASE TRATANTE (SERVICIOS)	JEFA DE ENFERMERAS	PERSONAL ADMINISTRATIVO (SERVICIO)	PERSONAL ADMINISTRATIVO (AREA DE MEZCLAS)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes	No aplica
6.3 Proceso para la administración y control de mezclas	No aplica
6.4 Procedimiento para solicitar medicamentos al almacén de la Subdirección de Enfermería.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas (expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.2 Formato de solicitud de antibióticos / quimioterapia / nutrición parenteral. (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.3 Solicitud de mezclas (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.4 Recibo Único de Ingresos (Expediente clínico	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.5 Registros clínicos de enfermería (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Área de mezclas: Área que se encuentra físicamente en almacenes y proviene de un servicio subrogado.

8.2 Hoja de indicaciones médicas: Formato donde realiza la prescripción del medicamento por el medico autorizado. Por ser parte importante del expediente clínico, se anexa en el contenido del mismo.

8.3 Medicamento: Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

8.4 Medicamento de mezclas: Son los antibióticos, la quimioterapia y la nutrición parenteral.

8.5 Módulo de mezclas: Módulo informático diseñado para llevar acabo la solicitud de mezclas suministradas a los pacientes.

8.6 Prescripción: Arte y oficio de recetar un medicamento.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas.
10.2 Formato de solicitud de antibióticos/ quimioterapia/ nutrición parenteral.
10.3 Solicitud de mezclas.
10.4 Registros clínicos de enfermería.
10.5 Formato de orden de devolución al almacén
10.6 Recibo Único de Pago (Ver anexo del procedimiento 12)

10.1 Hoja de indicaciones médicas.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
NOTAS DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO
(Hoja del Médico)

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Nombre del paciente: _____

Servicio de: _____ Expediente: _____ Cama: _____

Fecha y Hora Sigos vitales	OBSERVACIONES:

Todas las notas deberán apegarse a la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico y llevar: Nombre completo, cédula profesional y firma del medico tratante. **SIN EXCEPCION**

10.2 Formato de solicitud de antibióticos/ quimioterapia/ nutrición parenteral.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD:

FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE:

FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ANTIBIOTICOS							
CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD:

FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE:

FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ANTIBIOTICOS							
CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD:

FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE:

FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ONCOLOGICOS							
CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD:

FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE:

FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ONCOLOGICOS							
CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

10.3 Solicitud de mezclas.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
SOLICITUD DE MEZCLAS
RECETA MÉDICA

UNIDAD: FECHA Y HORA:

FOLIO:

SERVICIO TRATANTE:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION

NUTRICION

CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LA MEZCLA	DOSIS	U.M.	DOSIS	ml.	APLICACIONES
951-905	AMINOÁCIDOS CRISTALINOS SIN ELECTROLITOS 10% (ML)	990.00	Ml.	990.00	Ml.	1
951-909	BOLSA EVA 3000	1.00	Pz.	1.00	Pz.	1
951-911	CLORURO DE POTASIO (ML)	40.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-912	CLORURO DE SODIO A 17.7% (ML)	30.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-914	DEXTROSA AL 50% (ML)	510.00	Ml.	510.00	Ml.	1
951-915	FOSFATO DE POTASIO (ML)	20.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-917	GLUCONATO DE CALCIO (ML)	11.00	mEq	23.66	Ml.	1
951-919	HEPARINA (ML)	2,000.00	U.I.	2.00	Ml.	1
951-920	INSULINA (ML)	20.00	U.I.	0.20	Ml.	1
951-922	LÍPIDOS CADENA MEDIA / LARGA 20% (ML)	215.00	Ml.	215.00	Ml.	1
951-925	MULTIVITAMINAS ADULTO (ML)	10.00	Ml.	10.00	Ml.	1
951-927	OLIGOMETALES ENDOVENOSOS (ML)	20.00	Ml.	20.00	Ml.	1
951-931	SULFATO DE ZINC (ML)	5.00	mg	5.00	Ml.	1
951-932	SULFATO DE MAGNESIO (ML)	8.00	mEq	9.88	Ml.	1

VOLUMEN TOTAL 1830 ml.

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

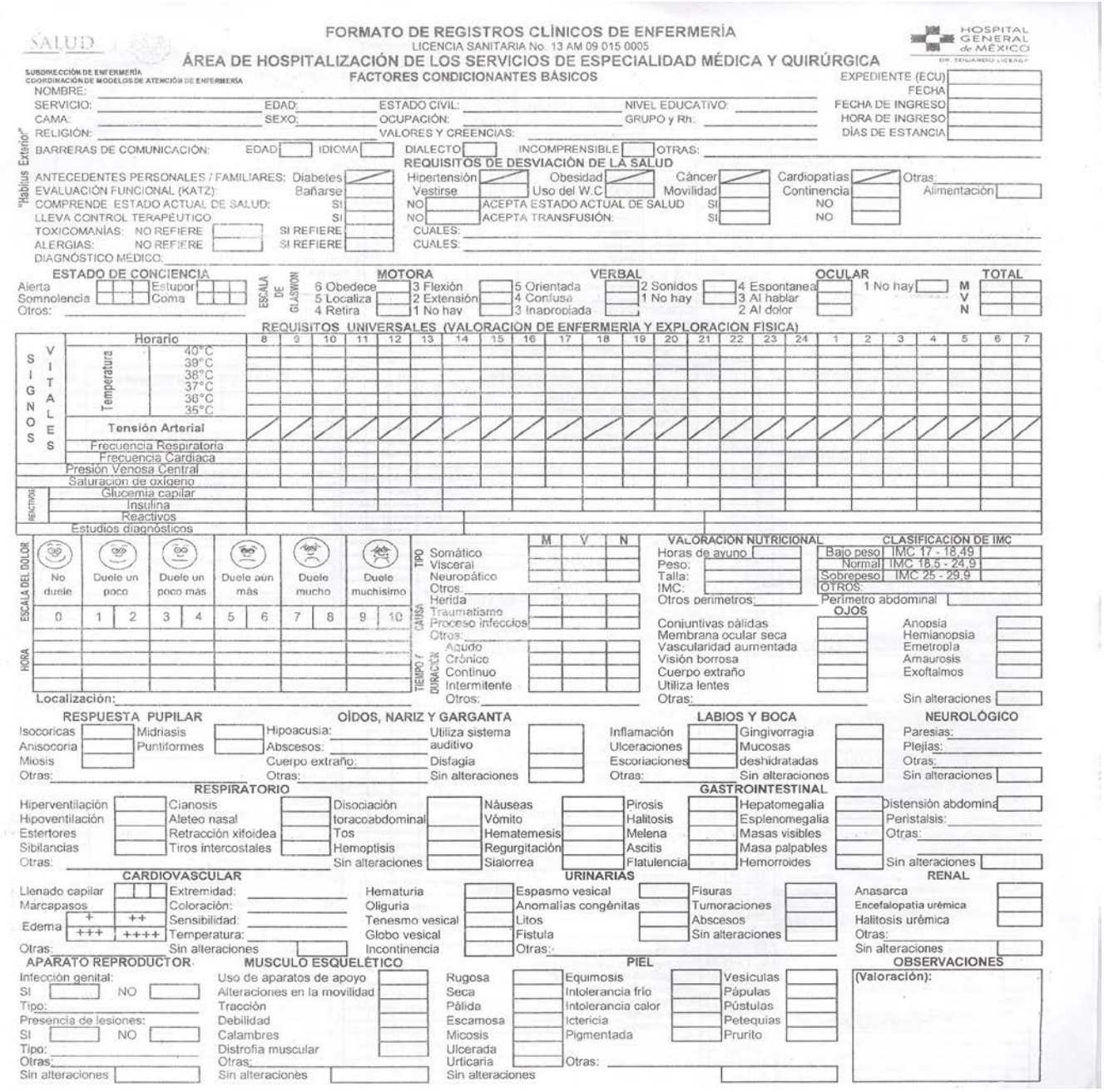
NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGIA:

10.4 Registros clínicos de enfermería.



FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA Y QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

NOMBRE:
SERVICIO: EDAD: ESTADO CIVIL: NIVEL EDUCATIVO:
CAMA: SEXO: OCUPACIÓN: GRUPO y Rh:
RELIGIÓN: VALORES Y CREENCIAS:
BARRERAS DE COMUNICACIÓN: EDAD IDIOMA DIALECTO INCOMPRENSIBLE OTRAS:

EXPEDIENTE (ECU)
FECHA
FECHA DE INGRESO
HORA DE INGRESO
DÍAS DE ESTANCIA

"Habitus Exterior"

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES: Diabetes Hipertensión Obesidad Cáncer Cardiopatías Otras:
EVALUACIÓN FUNCIONAL (KATZ): Bañarse Vestirse Uso del W.C Movilidad Continencia Alimentación
COMPRENDE ESTADO ACTUAL DE SALUD: SI NO ACEPTA ESTADO ACTUAL DE SALUD SI NO
LLEVA CONTROL TERAPÉUTICO: SI NO ACEPTA TRANSFUSIÓN: SI NO
TOXICOMANÍAS: NO REFIERE SI REFIERE CUALES:
ALERGIAS: NO REFIERE SI REFIERE CUALES:
DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta, Somnolencia, Otros: Estupor, Coma

ESCALA DE GLASGOW

MOTORA: 6 Obedece, 5 Localiza, 4 Retira, 3 Flexión, 2 Extensión, 1 No hay
VERBAL: 5 Orientada, 4 Confusa, 3 Inapropiada, 2 Sonidos, 1 No hay
OCULAR: 4 Espontanea, 3 Al hablar, 2 Al dolor, 1 No hay
TOTAL: M V N

REQUISITOS UNIVERSALES (VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA)

SIGNOS VITALES

Horario	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Temperatura 40°C																								
Temperatura 39°C																								
Temperatura 38°C																								
Temperatura 37°C																								
Temperatura 36°C																								
Temperatura 35°C																								
Tensión Arterial																								
Frecuencia Respiratoria																								
Frecuencia Cardiaca																								
Presión Venosa Central																								
Saturación de oxígeno																								
Glucemia capilar																								
Insulina																								
Reactivos																								
Estudios diagnósticos																								

ESCALA DEL DOLOR

No duele	Duele un poco	Duele un poco más	Duele aún más	Duele mucho	Duele muchísimo
0	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10

HORA

Localización:

TIPO: Somático, Visceral, Neuropático, Otros:
CAUSA: Herida, Traumatismo, Proceso infeccioso, Otros:
TIEMPO / DURACIÓN: Agudo, Crónico, Continuo, Intermitente, Otros:

M V N

VALORACIÓN NUTRICIONAL
Horas de ayuno
Peso:
Talla:
IMC:
Otros perímetros:

CLASIFICACIÓN DE IMC
Bajo peso IMC 17 - 18.49
Normal IMC 18.5 - 24.9
Sobrepeso IMC 25 - 29.9
OTROS:
Perímetro abdominal

OJOS
Coniuntivas pálidas
Membrana ocular seca
Vascularidad aumentada
Visión borrosa
Cuerpo extraño
Utiliza lentes
Otras:
Anopsia
Hemianopsia
Emetropía
Amaurosis
Exoftalmos
Sin alteraciones

RESPUESTA PUPILAR
Isocóricas, Anisocoria, Miosis, Midriasis, Puntiformes, Otras:

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
Hipoacusia:
Abscesos:
Cuerpo extraño:
Otras:
Utiliza sistema auditivo
Disfagia
Sin alteraciones

LABIOS Y BOCA
Inflamación, Ulceraciones, Escoriaciones, Otras:
Gingivorragia, Mucosas deshidratadas, Sin alteraciones

NEUROLÓGICO
Paresias:
Plejías:
Otras:
Sin alteraciones

RESPIRATORIO
Hiperventilación, Hipoventilación, Estertores, Sibilancias, Otras:
Cianosis, Aleteo nasal, Retracción xifoidea, Tiros intercostales
Disociación toracoabdominal, Tos, Hemoptisis, Sin alteraciones

GASTROINTESTINAL
Náuseas, Vómito, Hematemesis, Regurgitación, Sialorrea
Pirosis, Halitosis, Melena, Ascitis, Flatulencia
Hepatomegalia, Esplenomegalia, Masas visibles, Masa palpables, Hemorroides
Distensión abdominal, Peristalsis:, Otras:, Sin alteraciones

CARDIOVASCULAR
Llenado capilar, Marcapasos, Edema + ++ +++ ++++, Otras:
Extremidad:
Coloración:
Sensibilidad:
Temperatura:
Sin alteraciones

URINARIAS
Hematuria, Oliguria, Tenesmo vesical, Globo vesical, Incontinencia
Espasmo vesical, Anomalías congénitas, Litos, Fístula, Otras:
Fisuras, Tumoraciones, Abscesos, Sin alteraciones

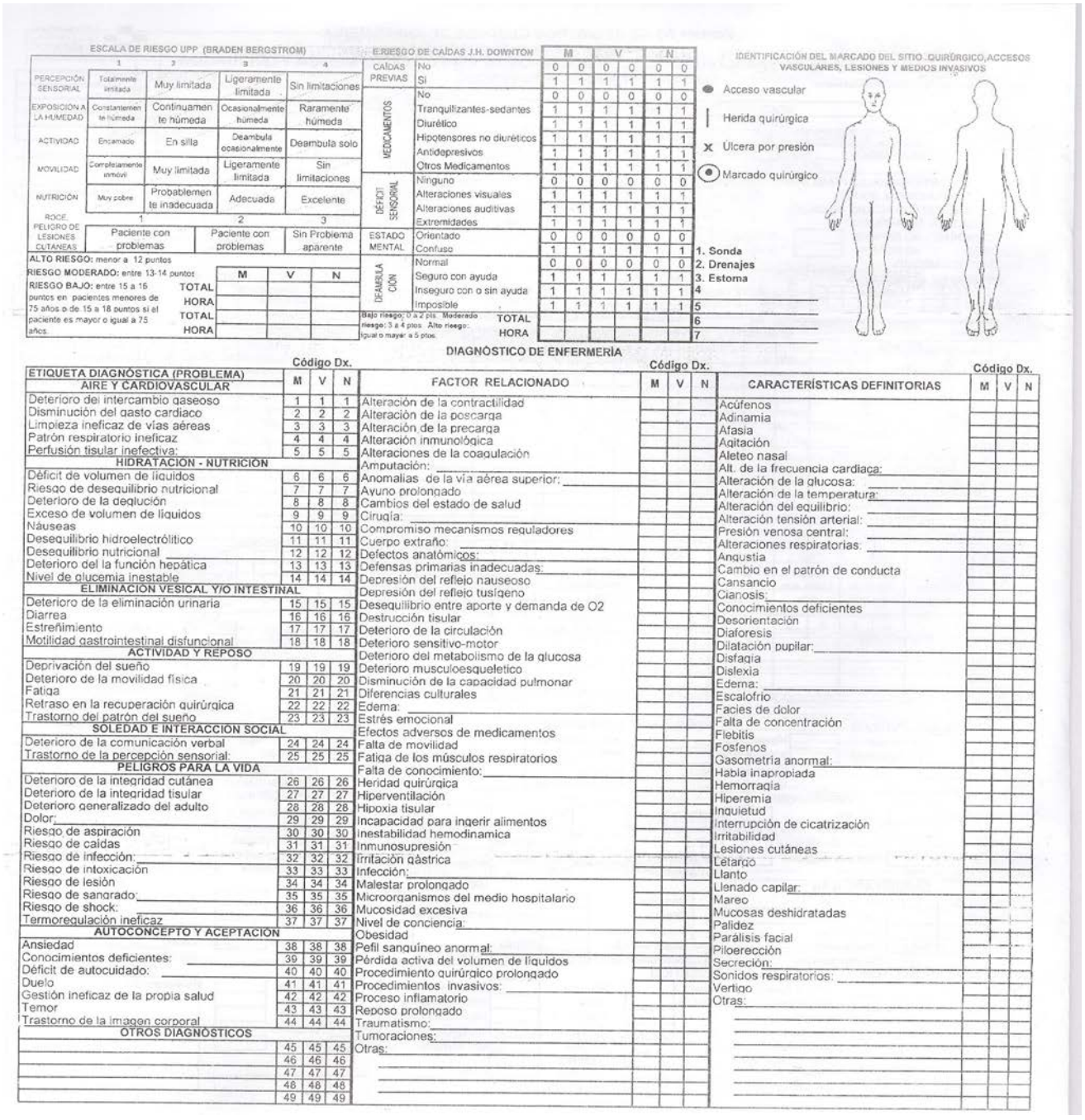
RENAL
Anasarca
Encefalopatía urémica
Halitosis urémica
Otras:
Sin alteraciones

APARATO REPRODUCTOR
Infección genital: SI NO
Tipo:
Presencia de lesiones: SI NO
Tipo:
Otras:
Sin alteraciones

MUSCULO ESQUELÉTICO
Uso de aparatos de apoyo
Alteraciones en la movilidad
Tracción
Debilidad
Calambres
Distrofia muscular
Otras:
Sin alteraciones

PIEL
Rugosa, Seca, Pálida, Escamosa, Micosis, Ulcerada, Urticaria
Equimosis, Intolerancia frío, Intolerancia calor, Ictericia, Pigmentada
Vesículas, Pápulas, Pústulas, Petequias, Prurito
Otras:
Sin alteraciones

OBSERVACIONES
(Valoración):



ESCALA DE RIESGO UPP (BRADEN BERGSTROM)

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Totalmente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	Continuamente húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula solo
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
	1	2	3	
ROCE, PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	Paciente con problemas	Paciente con problemas	Sin Problema aparente	

ALTO RIESGO: menor a 12 puntos
RIESGO MODERADO: entre 13-14 puntos
RIESGO BAJO: entre 15 a 16 puntos en pacientes menores de 75 años o de 15 a 18 puntos si el paciente es mayor o igual a 75 años.

	M	V	N
TOTAL			
HORA			
TOTAL			
HORA			

E.RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON

		M		V		N	
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	0	0	0	0
	Si	1	1	1	1	1	1
MEDICAMENTOS	No	0	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1	1
	Diurético	1	1	1	1	1	1
	Hipotensores no diuréticos	1	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1	1
	Otros Medicamentos	1	1	1	1	1	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1	1
	Extremidades	1	1	1	1	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0	0	0	0	0	0
	Seguro con ayuda	1	1	1	1	1	1
	Inseguro con o sin ayuda	1	1	1	1	1	1
	Imposible	1	1	1	1	1	1
Bajo riesgo: 0 a 2 pts. Moderado riesgo: 3 a 4 ptos. Alto riesgo: igual o mayor a 5 ptos.	TOTAL						
	HORA						

IDENTIFICACIÓN DEL MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO, ACCESOS VASCULARES, LESIONES Y MEDIOS INVASIVOS

- Acceso vascular
- Herida quirúrgica
- X Úlcera por presión
- Marcado quirúrgico

1. Sonda
2. Drenajes
3. Estoma
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (PROBLEMA)	Código Dx. M	V	N
AIRE Y CARDIOVASCULAR			
Deterioro del intercambio gaseoso	1	1	1
Disminución del gasto cardiaco	2	2	2
Limpieza ineficaz de vías aéreas	3	3	3
Patrón respiratorio ineficaz	4	4	4
Perfusión tisular inefectiva:	5	5	5
HIDRATACIÓN - NUTRICIÓN			
Déficit de volumen de líquidos	6	6	6
Riesgo de desequilibrio nutricional	7	7	7
Deterioro de la deglución	8	8	8
Exceso de volumen de líquidos	9	9	9
Náuseas	10	10	10
Desequilibrio hidroelectrolítico	11	11	11
Desequilibrio nutricional	12	12	12
Deterioro de la función hepática	13	13	13
Nivel de glucemia inestable	14	14	14
ELIMINACIÓN VESICAL Y/O INTESTINAL			
Deterioro de la eliminación urinaria	15	15	15
Diarrea	16	16	16
Estreñimiento	17	17	17
Motilidad gastrointestinal disfuncional	18	18	18
ACTIVIDAD Y REPOSO			
Deprivación del sueño	19	19	19
Deterioro de la movilidad física	20	20	20
Fatiga	21	21	21
Retraso en la recuperación quirúrgica	22	22	22
Trastorno del patrón del sueño	23	23	23
SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL			
Deterioro de la comunicación verbal	24	24	24
Trastorno de la percepción sensorial:	25	25	25
PELIGROS PARA LA VIDA			
Deterioro de la integridad cutánea	26	26	26
Deterioro de la integridad tisular	27	27	27
Deterioro generalizado del adulto	28	28	28
Dolor:	29	29	29
Riesgo de aspiración	30	30	30
Riesgo de caídas	31	31	31
Riesgo de infección:	32	32	32
Riesgo de intoxicación	33	33	33
Riesgo de lesión	34	34	34
Riesgo de sangrado:	35	35	35
Riesgo de shock:	36	36	36
Termorregulación ineficaz	37	37	37
AUTOCONCEPTO Y ACEPTACIÓN			
Ansiedad	38	38	38
Conocimientos deficientes:	39	39	39
Déficit de autocuidado:	40	40	40
Duelo	41	41	41
Gestión ineficaz de la propia salud	42	42	42
Temor	43	43	43
Trastorno de la imagen corporal	44	44	44
OTROS DIAGNÓSTICOS			
	45	45	45
	46	46	46
	47	47	47
	48	48	48
	49	49	49

FACTOR RELACIONADO	Código Dx. M	V	N
Alteración de la contractilidad			
Alteración de la poscarga			
Alteración de la precarga			
Alteración inmunológica			
Alteraciones de la coagulación			
Amputación:			
Anomalías de la vía aérea superior:			
Ayuno prolongado			
Cambios del estado de salud			
Cirugía:			
Compromiso mecanismos reguladores			
Cuerpo extraño:			
Defectos anatómicos:			
Defensas primarias inadecuadas:			
Depresión del reflejo nauseoso			
Depresión del reflejo tusígeno			
Desequilibrio entre aporte y demanda de O2			
Destrucción tisular			
Deterioro de la circulación			
Deterioro sensitivo-motor			
Deterioro del metabolismo de la glucosa			
Deterioro musculoesqueletico			
Disminución de la capacidad pulmonar			
Diferencias culturales			
Edema:			
Estrés emocional			
Efectos adversos de medicamentos			
Falta de movilidad			
Fatiga de los músculos respiratorios			
Falta de conocimiento:			
Herida quirúrgica			
Hiperventilación			
Hipoxia tisular			
Incapacidad para ingerir alimentos			
Inestabilidad hemodinamica			
Inmunosupresión			
Irritación gástrica			
Infección:			
Malestar prolongado			
Microorganismos del medio hospitalario			
Mucosidad excesiva			
Nivel de conciencia:			
Obesidad			
Perfil sanguíneo anormal:			
Pérdida activa del volumen de líquidos			
Procedimiento quirúrgico prolongado			
Procedimientos invasivos:			
Proceso inflamatorio			
Reposo prolongado			
Traumatismo:			
Tumoraciones:			
Otras:			

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Código Dx. M	V	N
Acúfenos			
Adinamia			
Afasia			
Agitación			
Aleteo nasal			
Alt. de la frecuencia cardiaca:			
Alteración de la glucosa:			
Alteración de la temperatura:			
Alteración del equilibrio:			
Alteración tensión arterial:			
Presión venosa central:			
Alteraciones respiratorias:			
Angustia			
Cambio en el patrón de conducta			
Cansancio			
Cianosis:			
Conocimientos deficientes			
Desorientación			
Diaforesis			
Dilatación pupilar:			
Disfagia			
Dislexia			
Edema:			
Escalofrío			
Facies de dolor			
Falta de concentración			
Flebitis			
Fosfenos			
Gasometría anormal:			
Habla inapropiada			
Hemorragia			
Hiperemia			
Inquietud			
Interrupción de cicatrización			
Irritabilidad			
Lesiones cutáneas			
Letargo			
Llanto			
Llenado capilar:			
Mareo			
Mucosas deshidratadas			
Palidez			
Parálisis facial			
Piloerección			
Secreción:			
Sonidos respiratorios:			
Vertigo			
Otras:			

APOYO NUTRICIONAL

Nutrición Parenteral Total	
Nutrición Parenteral Parcial	
Nutrición Enteral	

Otros: _____

EVALUACIÓN DE LAS HERIDAS

HERIDA	SI	NO	CUBIERTA	SI	NO

CURACIÓN:

ETIOLOGÍA	Quirúrgica	Quemadura
	Ulcera por presión	Otras

BORDES	Afrontados	Inflamados	Dehiscente

CANTIDAD EXUDADO	Sin exudado	Moderado
	Escaso	Abundante
EXUDADO	Seroso	Serohematico
	Hematico	Purulento

DATOS DE INFECCIÓN	Sin datos	Dolor	Eritema
	Calor		Edema

Otras: _____

ACCESO VASCULAR	CALIBRE	SITIO	FECHA INSTALACIÓN	CARACTERÍSTICAS

SONDAS, DRENES, OSTOMÍAS, CATETERES PERCUTÁNEOS U OTROS

TIPO/CALIBRE	FECHA DE INSTALACIÓN	DIAS PERMANENCIA	CARACTERÍSTICAS

RESULTADOS INTERVENCIONES Y EVALUACIÓN

RESULTADO ESPERADO NOC	Código Dx. M	V	N	P. DIANA INICIAL	INTERVENCIONES/ACCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	Código Dx. M	V	N	Sistema Enf. T.C	P.C	A.E	RESULTADOS OBTENIDOS / EVALUACIÓN (NOC)	P.DIANA FINAL
					Administración medicamentos:								
					Asistencia en la alimentación:								
					Ayuda con los autocuidados:								
					Baño / higiene personal								
					Colocación de sonda:								
					Cuidado de las heridas:								
					Cuidados a catéteres:								
					Cuidados uso de orinal y/o comodo								
					Cuidados pre-operatorios								
					Enseñanza individual / familiar:								
					Manejo de la glucemia:								
					Manejo de la volemia:								
					Manejo de las convulsiones								
					Manejo de líquidos y electrolitos								
					Manejo del dolor								
					Monitorización de signos vitales								
					Monitorización neurológica: Vigilar alteraciones del lenguaje								
					Monitorización neurológica: Valoración de escala de Glasgow								
					Monitorización neurológica: Evaluar funciones mentales								
					Monitorización neurológica: Vigilar niveles de conciencia								
					Monitorización respiratoria: Aspiración de secreciones:								
					Monitorización respiratoria: Fisioterapia pulmonar								
					Monitorización respiratoria: Oxigenoterapia:								
					Monitorización respiratoria: Precauciones paras evitar la aspiración								
					Monitorización respiratoria: Auscultar ruidos respiratorios								
					Prevención de ulceras por presión: Cambios de posición:								
					Prevención de ulceras por presión: Movilización asistida								
					Prevención de ulceras por presión: Mantener la piel limpia, seca,lubricada y protegida								
					Prevención de ulceras por presión: Evitar zonas de presión								
					Prevención de ulceras por presión: Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
					Prevención de ulceras por presión: Manejo recursos disponibles (colchon de agua,protectores)								
					Prevención de caidas: Identificar factores de riesgo								
					Prevención de caidas: Utilizar barandales								
					Prevención de caidas: Sujeción terapéutica								
					Prevención de caidas: Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
					Prevención de caidas: Manejo recursos disponibles (barandales, luz, pasamanos, etc.)								
					Control temp: Regulación de temperatura (curva térmica)								
					Control temp: Tratamiento de la fiebre								
					Control temp: Aplicación de calor o frío								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Realizar la fijación de acuerdo al sexo								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Realizar y colocar el membrete de identificacion								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Mantener el drenaje permanentemente conectado								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Verifica el funcionamiento de la sonda								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Lleva el control de los dias de instalacion								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Registra signos y sintomas de evidencia de infección								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Realiza medidas higiénicas								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical): Orienta al paciente o familia								
					Manejo del codigo de emergencia: Asistolia hora:								
					Manejo del codigo de emergencia: Cuidados en la emergencia								
					Manejo del codigo de emergencia: Maniobras de RCP avanzado								
					Hora de defunción:								
					Cuidados post-mortem(Amortajamiento)								
					Hora de recepción del cuerpo a patologia:								
					Otras:								

PLAN TERAPEÚTICO

FECHA DE INICIO	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	HORARIO	OBSERVACIONES

APORTE NUTRICIONAL

PRIMER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

SEGUNDO TURNO

Tipo de Dieta:

Comida: Cena:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

TERCER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

LÍQUIDOS PARENTERALES

SOLUCIONES/PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CANTIDAD	MEDICAMENTO	PARA/HORAS	INICIO	TÉRMINO	SOLUCIÓN PARA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES	VOLUMEN INFUNDIDO	VOLUMEN RESTANTE

	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
INGRESOS I.V			
TOTAL DE INGRESOS			

EGRESOS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS
DIURESIS						
EVACUACIONES						
VOMITO						
SUCCIÓN						
SONDAS						
DRENES						
OTROS						
SANGRADO						
TOTAL EGRESOS						

BALANCE PARCIAL	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO	BALANCE TOTAL	

ENSEÑANZA PARA EL AUTOCUIDADO / PLAN DE ALTA

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

Nombre (s), apellidos completos de la enfermera (o) y firma

Enfermera(o).1er. Turno:	Enfermera(o). 2do. Turno:	Enfermera(o). 3er. Turno:

10.5 Formato de orden de devolución al almacén

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE MEZCLAS

ORDEN DE DEVOLUCIÓN AL ALMACEN

(ALMACEN)

Página 1 de 1

Fecha y Hora de Emisión: 13/02/2015 13:57

FOLIO DE DEVOLUCION : 128500

FECHA : 13/02/2015

UNIDAD: 307A CIRUGIA GENERAL 307

RFC: **ECU:** **NOMBRE:**

F.SOL	CLAVE	INSUMO	CANT.	DOSIS	U.M.	MOTIVO	UNIDADES	UTIL
1150906	950-914	CIPROFLOXACINO (MG)	2	400	Mg.	3 - EGRESO ALTA POR TRANSLADO	800	

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA EN ALMACÉN

SELLO RECIBIDO ALMACEN

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE MEZCLAS

ORDEN DE DEVOLUCIÓN AL ALMACEN

(ADMINISTRATIVO)

Página 1 de 1

Fecha y Hora de Emisión: 13/02/2015 13:57

FOLIO DE DEVOLUCION : 128500

FECHA : 13/02/2015

UNIDAD: 307A CIRUGIA GENERAL 307

RFC: **ECU:** **NOMBRE:**

F.SOL	CLAVE	INSUMO	CANT.	DOSIS	U.M.	MOTIVO	UNIDADES	UTIL
1150906	950-914	CIPROFLOXACINO (MG)	2	400	Mg.	3 - EGRESO ALTA POR TRANSLADO	800	

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA EN ALMACÉN

SELLO RECIBIDO ALMACEN

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE MEZCLAS

ORDEN DE DEVOLUCIÓN AL ALMACEN

(TRABAJO SOCIAL)

Página 1 de 1

Fecha y Hora de Emisión: 13/02/2015 13:57

FOLIO DE DEVOLUCION: 128500

FECHA: 13/02/2015

UNIDAD: 307A CIRUGIA GENERAL 307

NOMBRE:

RFC: **ECU:**

F.SOL	CLAVE	INSUMO	APL	DOSIS	U.M.	C.U.	UNIDADES	RUI	MOTIVO	SUBTOTAL
******	950-914	CIPROFLOXACINO (MG)	2	400	Mg.	0.02	800	0	3 - EGRESO ALTA POR TRANSLADO	15

TOTAL: **15**

VELAZQUEZ RAMIREZ GUADALUPE (MARIA)

ELABORÓ

SELLO DE RECIBIDO ALMACEN

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE MEZCLAS

ORDEN DE DEVOLUCIÓN AL ALMACEN

(ENFERMERIA)

Página 1 de 1

Fecha y Hora de Emisión: 13/02/2015 13:57

FOLIO DE DEVOLUCION: 128500

FECHA: 13/02/2015

UNIDAD: 307A CIRUGIA GENERAL 307

ECU: **NOMBRE:**

RFC:

F.SOL	CLAVE	INSUMO	APL	DOSIS	U.M.	C.U.	UNIDADES	RUI	MOTIVO	SUBTOTAL
******	950-914	CIPROFLOXACINO (MG)	2	400	Mg.	0.02	800	0	3 - EGRESO ALTA POR TRANSLADO	15

TOTAL: **15**

ELABORÓ

SELLO DE RECIBIDO ALMACEN

21. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTO MEZCLADO PARA PACIENTES AMBULATORIOS.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico en los casos que se requiera solicitar medicamento mezclado (oncológicos) al área de farmacia (compañía SAFE) con la finalidad de proporcionarlos a los pacientes ambulatorios a través del personal de salud de los servicios médicos que se encuentran involucrados en este proceso para cumplir con los requerimientos de tratamiento establecido en las indicaciones médicas y así obtener así la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios al Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina el cumplimiento y realización adecuada del procedimiento, las Direcciones de Área y sus Subdirecciones correspondientes supervisan el cumplimiento del procedimiento a los Servicios de Oncología y Hematología. realizan la solicitud de las mezclas, los Asistentes de la Dirección verifican y autorizan, previo cotejo de las indicaciones médicas, las solicitudes de los medicamentos mezclados tipo oncológicos (en caso de requerirse), las Jefaturas de enfermería reciben el medicamento y lo ministran, el Departamento de Trabajo Social orienta en el trámite correspondiente a realizar y los Delegados Administrativos, colaboran en la gestión del trámite para la solicitud de medicamentos mezclados tipo oncológicos para quimioterapia ambulatoria.

2.2 A nivel externo: El Área de Mezclas de la empresa SAFE proporciona los medicamentos solicitados y los entrega en los Servicios solicitantes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 El Jefe de Servicio, será responsable de supervisar el desarrollo de este procedimiento, así como verificar que la Jefe de Enfermeras y el Delegado Administrativo coordinen el cumplimiento del mismo.

3.2 Será responsabilidad del Médico tratante realizar las indicaciones médicas en donde se especifique el medicamento a solicitar, así como verificar y firmar la solicitud de medicamento en los formatos oficiales vigentes, debidamente requisitados, autorizado por el jefe de servicio, o del personal autorizado, de acuerdo al catálogo vigente de firmas autorizadas (Oncológicos para quimioterapia ambulatoria).

3.3 Será responsabilidad del Jefe de Servicio o de Unidad de Oncología y/o Hematología designar a la persona autorizada para la firma de las solicitudes a la central de mezclas, para el caso de medicamentos oncológicos.

3.4 Será responsabilidad del (a) Médico (a) Oncólogo (a) o Hematólogo (a) autorizado en el catálogo vigente de firmas autorizadas, firmar la solicitud en el caso de medicamentos de quimioterapia al área de mezclas, la cual deberá contar con la firma del Jefe de Servicio o Jefe de Unidad.

3.5 Será responsabilidad del Personal Administrativo recibir la solicitud de medicamentos y verificar si se encuentra con los requisitos completos, además de generar la orden pago correspondiente a los medicamentos Oncológicos.

3.6 Será responsabilidad de Trabajo Social informar el monto a pagar de los medicamentos solicitados por el médico y trasladar el recibo de pago al personal administrativo un día antes de las 12 hrs., para generar la solicitud de medicamentos Oncológicos. En casos especiales (pacientes foráneos) la consulta se otorgará el mismo día temprano para que el medicamento se administre el mismo día y el paciente pueda regresar a su lugar de origen. (Pediatría)

3.7 Será responsabilidad del Personal del Área de Mezclas verificar la solicitud de medicamentos, verificar el Registro Único de Ingreso (RUI) en el sistema, así como capturar la solicitud y realizar el pedido de los medicamentos.

3.8 En ausencia de personal autorizado en el Servicio, podrá firmar invariablemente un (a) médico (a) con rango igual o mayor a Subdirector de la Dirección Médica a la que pertenezca el servicio o de otra Dirección Médica en caso extraordinario, en horario vespertino, veladas y sábados, domingos y días festivos, podrá firmar invariablemente los Asistentes de la Dirección General.

3.9 El personal de enfermería será el responsable de conservar el medicamento mezclado en condiciones adecuadas y administrarlo, en caso de que no se administre, se devolverá a la Jefa de Enfermeras por escrito (en el formato correspondiente).

3.10 El Departamento de Farmacia Hospitalaria verificará periódicamente el proceso y seguimiento de las solicitudes de mezclas que el área médica genere.

3.11 La solicitud de medicamento al área de mezclas, deberá realizarse en el siguiente horario.

ONCOLOGICOS (Quimioterapia)			
HORARIOS DE TRASMISION	ENTREGA AL CLIENTE	TIEMPO DISPONIBLE	ENTREGA A DISTRIBUCIÓN
08:00-10:30	13:30	2 HORAS	12:30
10:31-12:30	16:00	2.5 HORAS	15:00
12:31-14:30	18:00	2.5 HORAS	17:00
14:31-17:30	20:00	1.5 HORAS	19:00
17:31-19:00	21:30	1.5 HORAS	20:00
19:00-08:00	07:00 (DEL DIA SIGUIENTE)	10.5 HORAS	05:30

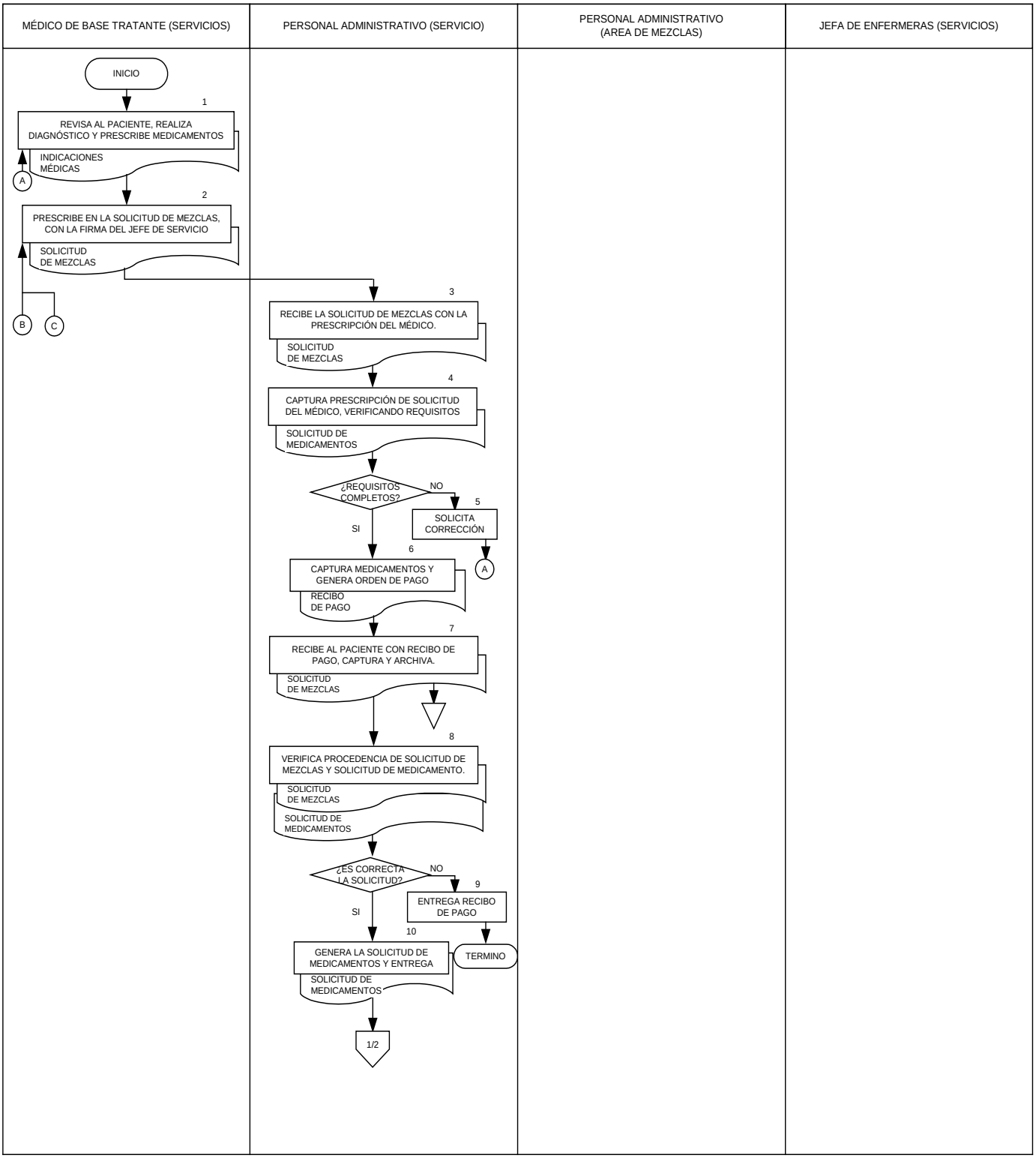
3.12 Será responsabilidad del Área de Mezclas verificar que los formatos de las solicitudes de mezclas (Oncológicos) que el médico prescribe, no contenga alguna de las siguientes anomalías:

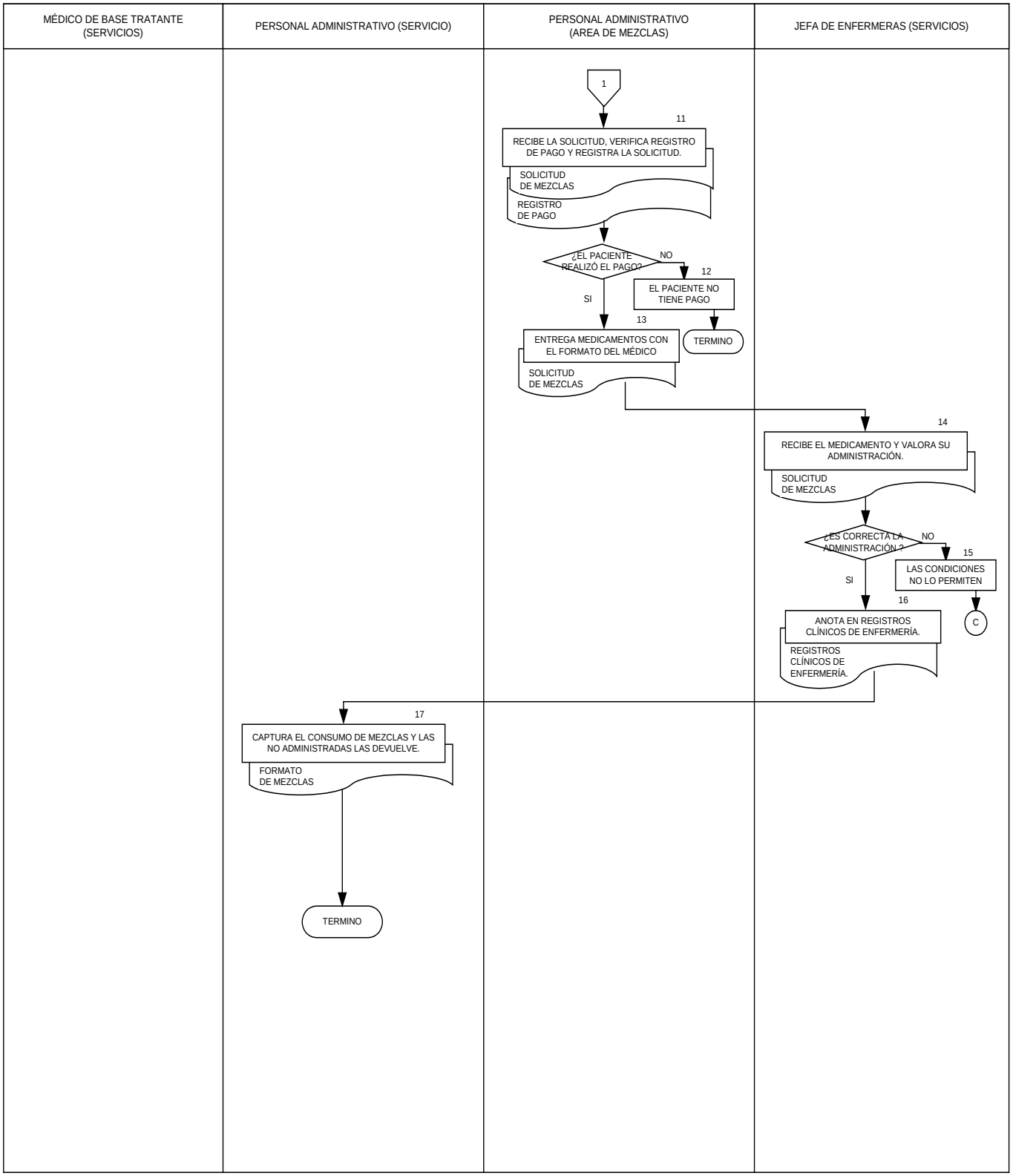
- La dosis del medicamento no sea la correcta.
- La solicitud que el médico prescribe medicamentos oncológicos, tenga tachaduras, enmendaduras o datos superpuestos.
- Omisión de nombre, firma y cedula profesional del médico que autorizó.
- Las solicitudes que no se encuentren autorizadas por médicos de base.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Servicios)	1	Revisa al paciente, realiza diagnóstico y determina la necesidad de prescribir los medicamentos en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico. (paciente ambulatorio).	• Indicaciones médicas
	2	Prescribe en formato de solicitud de mezclas (Oncológicos) con la firma del Jefe de Servicio (catálogo vigente de firmas autorizadas) y lo entrega al Delegado Administrativo.	• Solicitud de mezclas.
Personal Administrativo (Servicio)	3	Recibe la solicitud de mezclas del paciente o familiar, con la prescripción del médico.	• Solicitud de mezclas.
	4	Captura la prescripción del formato de solicitud del médico, en el sistema de mezclas verificando que los requisitos están completos y con firmas de autorización. ¿Los requisitos están completos?	• Solicitud de medicamentos
	5	No: Solicita corrección y regresa a la actividad 1.	
	6	Si: Captura en el sistema de mezclas los medicamentos solicitados, genera la orden de pago y envía al paciente a los cajeros para que efectúe el pago.	• Recibo de pago
	7	Recibe al paciente con recibo de pago, captura y archiva.	
	8	Verifica la procedencia de la solicitud de mezclas y formato de solicitud de medicamento. ¿Es correcta la solicitud de mezclas?	
	9	No: Entrega recibo de pago y termina procedimiento.	
	10	Si: Genera la solicitud de medicamentos y entrega al área de mezclas.	
Personal Administrativo (Area de mezclas)	11	Recibe la solicitud de mezclas, verifica el Registro de Pago y registra la solicitud. ¿El paciente realizó el pago?	• Solicitud de mezclas • Recibo de pago
	12	No: El Paciente no tiene pago y termina procedimiento.	
	13	Si: Entrega a la Jefa de Enfermeras los medicamentos junto con el formato del médico en el Servicio, dentro del horario establecido y solicita firma de recibido.	• Solicitud de medicamentos
Jefa de Enfermeras (Servicios)	14	Recibe el medicamento y valora su administración. ¿Es correcta la administración del medicamento?	Solicitud de medicamentos
	15	No: Las condiciones del paciente no lo permiten de acuerdo al criterio del médico, entrega al Delegado Administrativo y regresa a la actividad 2.	
	16	Si: Administra el medicamento y anota en registros clínicos de enfermería.	• Registros clínicos de enfermería.
Personal Administrativo (Servicio)	17	Captura en el sistema el consumo de mezclas y las mezclas no administradas las devuelve al área de mezclas, a través del formato de mezclas. **TERMINA**	• Formato de mezclas

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE TRATANTE (SERVICIOS)
PERSONAL ADMINISTRATIVO (SERVICIO)
PERSONAL ADMINISTRATIVO (AREA DE MEZCLAS)
JEFA DE ENFERMERAS (SERVICIOS)
1
11
RECIBE LA SOLICITUD, VERIFICA REGISTRO DE PAGO Y REGISTRA LA SOLICITUD.
SOLICITUD DE MEZCLAS
REGISTRO DE PAGO
¿EL PACIENTE REALIZÓ EL PAGO?
NO
12
EL PACIENTE NO TIENE PAGO
SI
13
ENTREGA MEDICAMENTOS CON EL FORMATO DEL MÉDICO
SOLICITUD DE MEZCLAS
TERMINO
14
RECIBE EL MEDICAMENTO Y VALORA SU ADMINISTRACIÓN.
SOLICITUD DE MEZCLAS
¿ES CORRECTA LA ADMINISTRACIÓN ?
NO
15
LAS CONDICIONES NO LO PERMITEN
C
SI
16
ANOTA EN REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA.
REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA.
17
CAPTURA EL CONSUMO DE MEZCLAS Y LAS NO ADMINISTRADAS LAS DEVUELVE.
FORMATO DE MEZCLAS
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes	No aplica
6.3 Nuevo proceso para la administración y control de mezclas.	No aplica
6.4 Procedimiento para solicitar medicamentos al almacén de la Subdirección de Enfermería.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas (expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.2 Formato de solicitud de quimioterapia (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.3 Solicitud de mezclas (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.4 Orden de pago (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.5 Recibo Único de Ingresos (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.6 Registros clínicos de enfermería (Expediente clínico)	5 años	Archivo clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Área de mezclas: Área que se encuentra físicamente en almacenes y proviene de un servicio subrogado.

8.2 Hoja de indicaciones médicas: Formato donde realiza la prescripción del medicamento por el medico autorizado. Por ser parte importante del expediente clínico, se anexa en el contenido del mismo.

8.3 Medicamento: Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

8.4 Medicamento de mezclas: Son los antibióticos, la quimioterapia y la nutrición parenteral.

8.5 Módulo de mezclas: Módulo informático diseñado para llevar acabo la solicitud de mezclas suministradas a los pacientes.

8.6 Prescripción: Arte y oficio de recetar un medicamento.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. *
10.2 Formato de solicitud de quimioterapia. *
10.3 Solicitud de mezclas. *
10.4 Registros clínicos de enfermería. *
10.5 Recibo de Pago. *

* Ver formatos del procedimiento 20.

22. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

1. PROPÓSITO

1.1 Identificar de forma correcta al paciente mediante el uso de dos datos de identificación (Nombre Completo del Paciente y Número de Expediente Clínico Único) a fin de cumplir con la MISP.1. Identificar correctamente a los pacientes, cuyo propósito es doble, en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona, antes de: la administración de medicamentos, la transfusión de sangre y hemocomponentes, la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, la realización de estudios de gabinete, la realización de procedimientos o tratamientos así como en la dotación de dietas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica asesora y evalúa las acciones médicas de la Dirección Quirúrgica y Dirección Médica responsables de programar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones para cumplir con los lineamientos que establece el Programa Nacional de Salud; la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, facilita las acciones relacionadas a actividades preventivas, curativas y de rehabilitación del paciente; la Dirección de Recursos Financieros, planea, organiza y supervisa los recursos financieros para coadyuvar al logro de los programas, proyectos y metas institucionales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para el Hospital los dos identificadores oficiales serán el Nombre Completo del Paciente (Nombre/s, Apellido Paterno y Apellido Materno) y el Número del Expediente Clínico Único.

3.2 El Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo son responsables de:

- Supervisar el apego a este procedimiento antes de: la administración de medicamentos, transfusión de sangre y hemocomponentes, la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, la realización de estudios de gabinete, la realización de procedimientos o tratamientos y en la dotación de dietas.

- Promover acciones que garanticen la identificación correcta del paciente.

- Identificar, analizar y priorizar riesgos para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

- Conocer y difundir el “Procedimiento para Identificar Correctamente a los Pacientes” entre el personal a su cargo.

- Gestionar insumos o medios gráficos (se consideran medios gráficos: brazalete, tarjeta de identificación, kardex, expediente clínico, entre otros) que coadyuven a la identificación correcta del paciente según requerimientos de cada Servicio.

3.3 El prestador de atención médica es responsable de:

- Verificar que el procedimiento o tratamiento coincida con el paciente correcto (hospitalizado o ambulatorio).

- Identificar (verbal y gráficamente los identificadores institucionales) al paciente por Nombre Completo (NC) y Expediente Clínico Único (ECU) antes de: la administración de medicamentos, transfusión de sangre y hemocomponentes, la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, la realización de estudios de gabinete, la realización de procedimientos o tratamientos y la dotación de dietas.

- Confirmar la identidad del paciente pediátrico, geriátrico, con alteraciones del estado de conciencia (sedado, desorientado, etc.) o con alguna discapacidad sensorial (auditiva, visual, etc.), preguntando a familiar responsable o tutor el nombre completo del paciente (identificación verbal); comparando la información proporcionada con algún medio gráfico (brazalete, tarjeta de identificación y/o expediente clínico).

- Verificar que el paciente tenga colocado brazalete de identificación y éste contenga de forma legible como mínimo los dos identificadores institucionales.

- Verificar que el número de ECU del paciente corresponda en brazalete, tarjeta de identificación, expediente clínico, carnet u otro medio gráfico según corresponda.

- En caso de requerir cambio de brazalete de identificación en paciente geriátrico, pediátrico o con alteraciones del estado de conciencia deberá estar presente el familiar responsable o tutor.

- Confirmar identidad del paciente ambulatorio con identificación oficial o carnet, salvo en situaciones de urgencias.

- Corroborar identidad del paciente en situaciones de urgencias por nombre completo, fecha de nacimiento, fecha y hora de ingreso.

- En caso de paciente desconocido o inconsciente que no cuente con familiar se deberá identificar a través de los siguientes datos: sexo, la leyenda o palabra desconocido más número progresivo (con letra), fecha (dd/mm/año) y hora de ingreso (Hora: minutos).

- Ejemplo: **Masculino+ desconocido uno + 22 /09/ 2015 + 14:30 h.**

- Identificar a recién nacido colocando brazalete en alguna de sus extremidades superiores o inferiores al momento del nacimiento el cual deberá contener: Nombre completo de la madre, RN (Recién Nacido), Expediente Clínico Único de la madre, Sexo (masculino o femenino), Vivo o Muerto, Distócico o Eutócico, ; en el caso de productos de embarazos múltiples se agregara la leyenda producto “uno”, producto “dos” (y así sucesivamente) fecha de nacimiento (dd/mm/ año, hora de nacimiento, peso y talla al nacer.

- Ejemplo: **Nombre completo (madre) + ECU (madre) + RN + Sexo + Vivo o Muerto + Eutócico o Distócico + Producto dos + Fecha de Nacimiento + Hora de Nacimiento+ Peso y Talla al nacer**

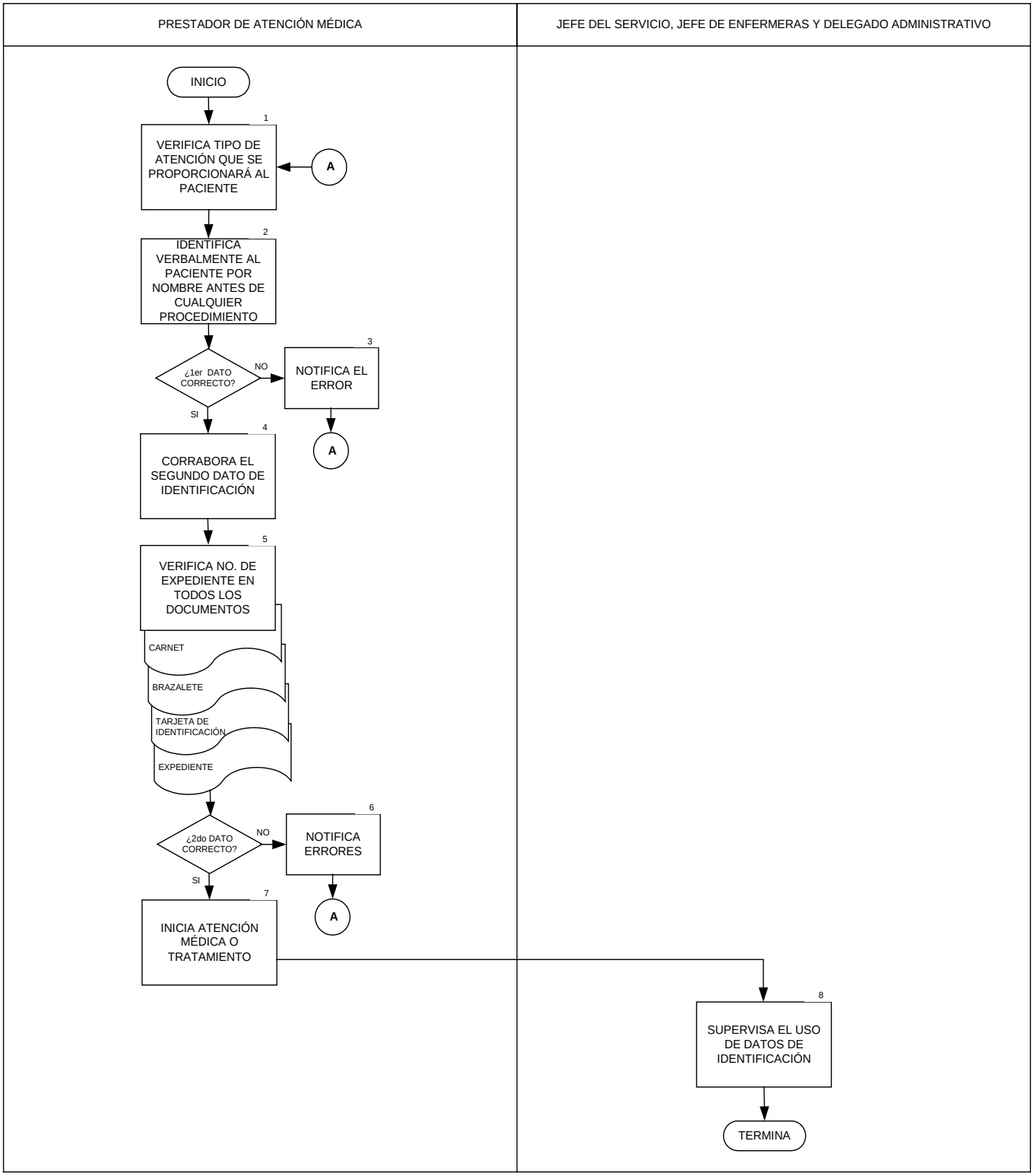
- Los identificadores en el brazalete deberán de realizarse con tinta negra (bolígrafo).

- Promover una cultura de seguridad del paciente informando al Jefe Inmediato y el equipo de calidad cuando se presenten problemas o riesgos en la identificación del paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Prestador de Atención Médica	1	Verifica el servicio de atención médica, tratamiento o procedimiento que se va al otorgar al paciente (hospitalizado o ambulatorio).	• Carnet • Brazalete • Tarjeta de identificación • Expediente clínico
	2	Identificar verbalmente al paciente por Nombre Completo (primer dato de identificación) antes de: * Ministrar medicamentos, sangre o hemoderivados. * Extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos. * Realizar exámenes de laboratorio y gabinete. * Realizar tratamientos o procedimientos. * La dotación de dietas. ¿El primer dato de identificación corresponde al paciente correcto?	
	3	No: Notifica error y regresa a la actividad 1.	
	4	Si: Procede a corroborar el segundo dato de identificación.	
	5	Corrobora Número de Expediente Clínico Único (segundo dato de identificación) con los medios gráficos disponibles: carnet, brazalete, tarjeta de identificación, expediente clínico, etc. ¿El segundo dato de identificación corresponde al paciente correcto en todos los documentos?	
	6	No: Notifica los errores y regresa a la actividad 1.	
	7	Si: Procede al inicio de la atención médica o tratamiento.	
Jefe del Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo	8	Supervisan el uso de los dos datos para identificar correctamente a los pacientes. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.3 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.4 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.5 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo General	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Brazalete de identificación: Pulsera de tela u otro material que rodea la muñeca y en casos especiales el tobillo y que sirve como distintivo fijo reconocible por el personal de salud. El brazalete contiene los siguientes datos: nombre (s) y apellidos completos, Expediente clínico único, edad, sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico médico, número de cama y fecha de ingreso.

8.2 Carnet: Tarjeta que emite la institución y contiene en la parte frontal nombre completo del paciente, número de Expediente clínico único, edad, fecha de nacimiento y especialidad que solicita el carnet.

8.3 Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Hemoderivados: Componentes o sustancias derivadas de la sangre, fracciones separadas de una unidad de sangre como son el plasma, albumina, concentrado de eritrocitos y plaquetas.

8.5 Identificación del paciente: Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

8.6 Identificador institucional: Dato informativo (nombre completo y expediente clínico único) que permite confirmar la identidad de una persona.

8.7 Identificación oficial: Documento oficial emitido por un organismo oficial que contiene datos únicos de la persona.

8.8 Identificación verbal: Es la emisión verbal y en tono alto del nombre del paciente y número de expediente clínico único entre otros datos. Esta identificación se realiza teniendo un **emisor** de la comunicación que es la persona que realiza el procedimiento y un **receptor** de la comunicación que puede ser el paciente o el familiar.

8.9 Identificación gráfica: Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos de identificación que pueden ser: identificación oficial, brazalete de identificación, tarjeta de identificación del paciente, Expediente clínico único, carnet, kardex, entre otros.

8.10 Personal administrativo: Personal que labora en la institución y desempeña funciones secretariales.

8.11 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapía, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

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

8.13 Tarjeta de identificación del paciente: Medio gráfico que consiste en una tarjeta colocada en la cabecera del paciente y contiene datos como nombre (s) y apellidos completo, Expediente clínico único, edad, sexo y diagnóstico médico.

8.14 Verificación cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de atención identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como ejemplo: verbal y brazalete de identificación o verbal e identificación oficial.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver formato de procedimiento 7).

23. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con agua y jabón, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: “Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica” y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General; norma, conduce y evalúa la ejecución de programas que se realizan en el Hospital, en las áreas Médicas, Quirúrgicas, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; el Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería evalúa y supervisa el cumplimiento al indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos; el SCOCASEPSE es responsable de la metodología y emisión de resultados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos, será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.

3.2 Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.

3.3 Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsable de:

- Conocer y difundir la técnica de higiene de manos con agua y jabón entre el personal a su cargo.
- Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con agua y jabón.
- Informar al personal a su cargo los resultados e implementar acciones de mejora en cada medición.
- Supervisar que los prestadores de atención médica den cumplimiento a las políticas del procedimiento.
- Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con agua y jabón.

3.4 El prestador de atención médica es responsable de:

- Apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial “Una atención limpia es una atención más segura”.
- No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
- Mantener uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
- Evitar usar agua caliente, ya que el riesgo de dermatitis es mayor (categoría IB).
- Evitar tocar el lavabo o tarja con el uniforme.
- Realizar el procedimiento agua y jabón durante 40 a 60 segundos.
- El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado (categoría IB).
- Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con agua y jabón (ver anexo 1).
- Ejecutar los 5 momentos que marca la campaña Institucional “Una atención limpia es una atención más segura” de la siguiente manera:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente.

3.5 El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

- Dar a conocer la metodología para la medición del indicador.
- Preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Elaborar informes de resultados
- Dar continuidad a las actividades del Ciclo de Gestión de Calidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones.

3.6 Es responsabilidad del personal evaluador:

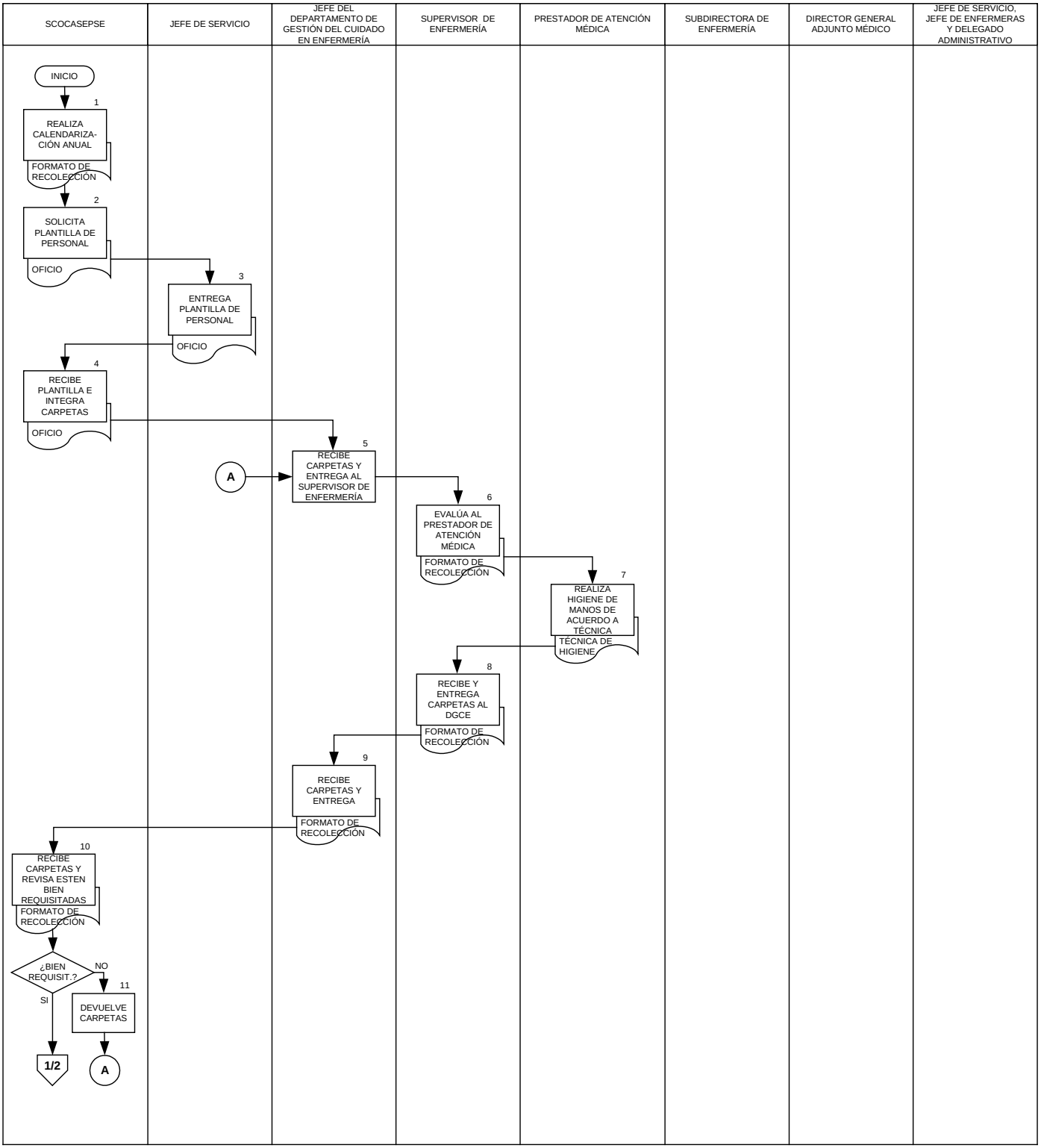
- Conocer la técnica de higiene de manos con agua y jabón
- Conocer la metodología del indicador MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos.
- Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
- Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

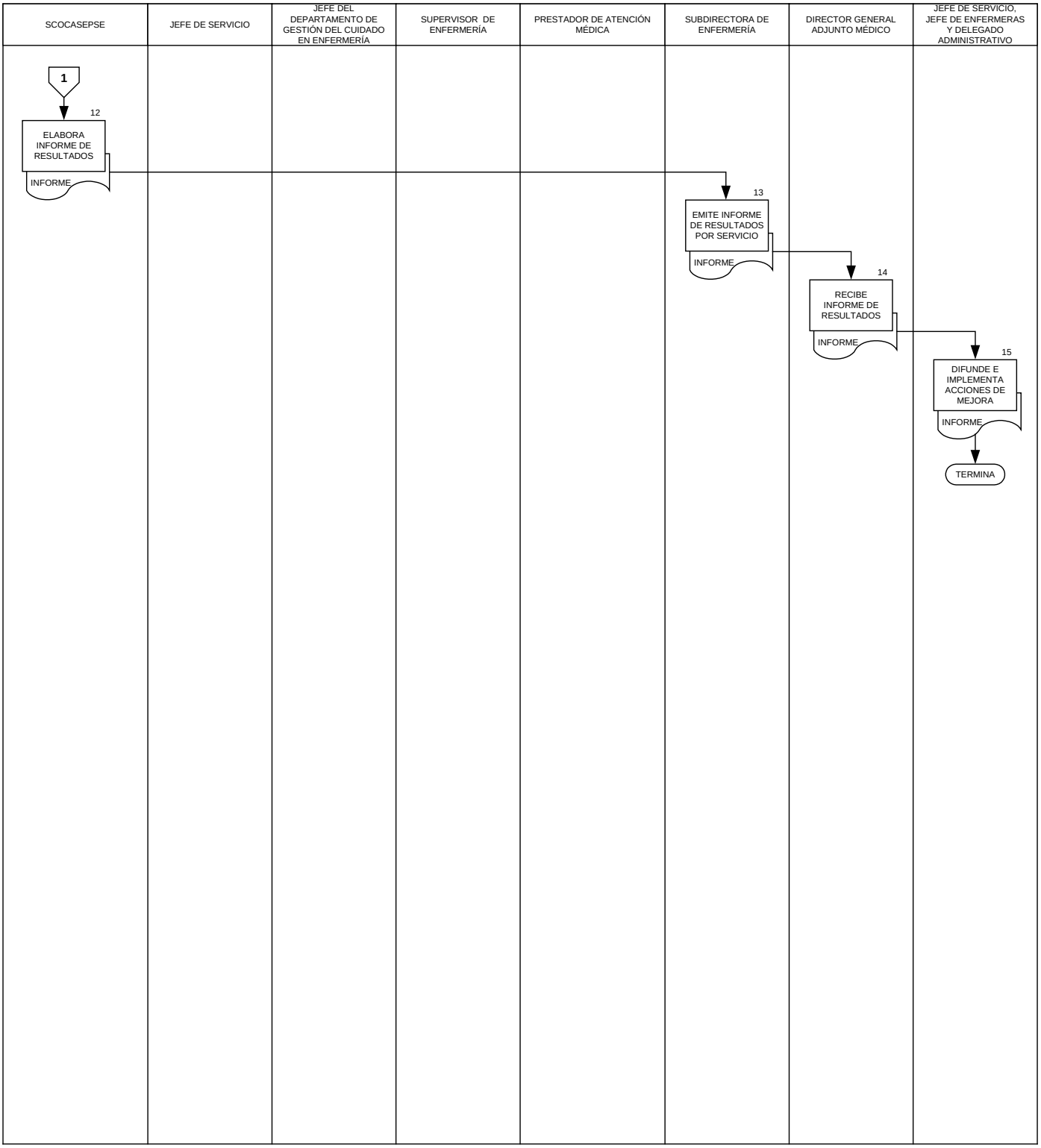
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	1	Realiza calendarización anual para evaluar de forma cuatrimestral el indicador MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	• Formato de recolección • Oficio
	2	Solicita por oficio al Jefe de Servicio, la plantilla del personal adscrito al servicio.	
Jefe de Servicio	3	Entrega por oficio al SCOCASEPSE la plantilla de personal adscrito al Servicio.	• Oficio
SCOCASEPSE	4	Recibe plantilla e Integra carpetas por servicio con el Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos e instructivo de llenado, para evaluación y entrega por oficio al DGCE.	• Oficio
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	5	Recibe carpetas y entrega al Supervisor de Enfermería para que realice la evaluación.	
Supervisor de Enfermería	6	Evalúa al prestador de atención médica que al momento de la evaluación realice procedimientos que involucra alguno de los cinco momentos para la higiene de manos.	• Formato de recolección
Prestador de Atención Médica	7	Realiza higiene de manos con agua y jabón: a) Prepara con anticipación la toalla de papel para el secado. b) Abre el grifo y mojar las manos. c) Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos. d) Frota: - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. e) Enjuaga las manos con agua. f) Seca con papel para secado de manos.	• Técnica de higiene
Supervisor de Enfermería	8	Recibe y entrega carpetas requisitadas al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.	• Formato de recolección

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	9	Recibe carpetas y entrega al SCOCASEPSE.	• Formato de recolección
SCOCASEPSE	10 11 12	Recibe carpetas y revisa que se encuentren requisitadas correctamente y que se haya cumplido con la muestra solicitada. ¿Están requisitadas correctamente y cumplen con el número de casos? No: Se devuelven carpetas al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería y regresa a la actividad 5. Si: Elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería.	• Formato de recolección • Informe
Subdirectora de Enfermería	13	Emite informe de resultados generales y por servicio, y entrega a la Dirección General Adjunta Médica, al Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo.	• Informe
Director General Adjunto Médico	14	Recibe informe de resultados generales.	• Informe
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, y Delegado Administrativo	15	Reciben informe de resultados, difunden e implementan acciones de mejora entre el personal a su cargo. **TERMINA**	• Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SCOCASEPSE
JEFE DE SERVICIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
JEFE DE SERVICIO, JEFE DE ENFERMERAS Y DELEGADO ADMINISTRATIVO
1
12
ELABORA INFORME DE RESULTADOS
INFORME
13
EMITE INFORME DE RESULTADOS POR SERVICIO
INFORME
14
RECIBE INFORME DE RESULTADOS
INFORME
15
DIFUNDE E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA
INFORME
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención, y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.4 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	5 años	SCOCASEPSE	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Campaña Sectorial "Esta en tus manos": Consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) durante los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.

8.2 Cinco momentos: Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

8.3 Difusión: Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.

8.4 Fluidos corporales: Sangre; excreciones (por ejemplo, orina, heces, vómitos); meconio; secreciones tales como saliva, lágrimas, esperma, calostro, leche, secreciones mucosas, cerumen, vérnix; exudados y trasudados como, por ejemplo, fluido linfático, pleural, líquido cefalorraquídeo, fluido ascítico, fluido articular, pus (excepto sudor); muestras orgánicas de tejidos, células, órganos, médula ósea, placenta.

8.5 Higiene de las manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

8.6 Indicador: Una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

8.7 Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

8.8 Infección nosocomial: El proceso infecciosos que se presenta después de 48 hrs del ingreso del paciente al hospital o después de transcurridas 48 a 72 hrs. del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio.

8.9 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes y usuarios.

8.10 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente. Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.11 SCOCASEPSE: Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería. Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería y está integrado por personal de la Subdirección de Enfermería.

8.12 Supervisión: Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

10.1 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN.

CONCEPTO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta), con la finalidad de cumplir con el objetivo 5, de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención medica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

POLÍTICAS Y/O NORMAS.

Es responsabilidadd de todos los prestadores de atención médica cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:

3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta lineamientos para la hgiene de las manos de una fuente de autoridad.

Es responsabilidad del Delegado Administrativo verificar que en el servicio exista, (permanentemente) jabón líquido y papel para secado de manos.

El Jefe Médico del Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsables de conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos en el personal a su cargo.

El prestador de atención médica es responsable de:

1. No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
2. Mantener las uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
3. Evitar usar agua caliente, ya que el riesgo de dermatitis es mayor (categoría IB)
4. Evitar tocar el lavabo o tarja con el uniforme.

- Realizar el procedimiento durante 40 a 60 segundos.

Es responsabilidad del prestador de la atención médica ejecutar los 5 momentos que marca la Campaña Institucional "Una atención más limpia es una atención más segura" de la siguiente manera:

- Antes y después del contacto directo con pacientes (categoría IB).
- Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas (categoría IA) así como, al manipular un dispositivo, aún cuando se utilicen guantes. (categoría IB)
- Al preparar y ministrar medicación o soluciones parenterales (categoría IB).
- Después del contacto con objetos en el entorno del paciente.

EQUIPO Y MATERIAL

Jabón líquido (de preferencia).
Toalla de papel para secado de manos (en dispensador).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Preparar con anticipación la toalla de papel para el secado.

2. Abrir el grifo y mojar las manos.

3. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.

   Frotar:

6 Las palmas de las manos entre sí.

7 La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
8 Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
9 El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
10 La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
4. Enjuagar las manos con agua.

5. Secar con papel para secado de manos.
6. Cerrar el grifo con la toalla de papel.

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptada para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

Medición:_____ Servicio/Área: _____

Clave de personal	1. Observe y marque con "✔" el momento a evaluar:					2. ¿Realiza la higiene de manos?		3. ¿Cuál técnica emplea?		4. ¿Cumple con las políticas institucionales?				5. Observe la técnica empleada y marque las áreas que abarca durante la higiene de manos												6. ¿Prepara, seca manos y cierra grifo con papel desechable?		
	1.Antes del contacto directo con el paciente.	2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes	3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales	4. Después del contacto con el paciente	5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente	si	no	**AGUA Y JABÓN**	**SOL. ALCOHOL**	4.1Mantiene uñas naturales, cortas y sin esmalte		4.2 Se retira anillos, reloj y pulseras de manos y brazos		5.1 Palma de mano derecha e izq.		5.2 Dorso de mano derecha e izq.		3 Superficies interdigitales		5.4 Dorso de los dedos de mano der. e izq.		5.5 Pulgar der.e izq.		5.6 Punta de los dedos de mano derecha e izq.		si	no	NA
						si	no			si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no			

Clave: 1. Médico, 2. Persona de Enfermería, 3. Laboratorista, 4. Radiólogo, 5. Inhaloterapista, 6. Servicios de alimentación, 7. Camillero, 8. Estudiante, 9. Personal de intendencia, 10. Otros

Nombre del Supervisor: _____ _____ _____

Número de caso	Observación	Acción de mejora	Nombre y Firma del evaluador

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

SALUD

INSTRUCTIVO
MISP 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: APEGO A LA HIGIENE DE MANOS
MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Instrucción: Este instrumento se evaluará únicamente por observación directa del personal marcando en el cuadro correspondiente con un " ✔ ".

Rubro	Anotar	
Medición	Registrar la medición correspondiente: *Ejemplo: 1ra medición 2012*	
Servicio/Área	Registrar el nombre correspondiente al servicio y área a evaluar: *Ejemplo: Ginecología/ UCIN.*	
Clave de personal	Anotar la clave correspondiente al prestador de atención médica evaluado, de acuerdo a la siguiente codificación: 1. Médico (incluye médicos adscritos y residentes) 2. Personal de Enfermería 3. Laboratorista 4. Radiólogo 5. Inhaloterapista 6. Servicios de alimentación (personal que otorga la dieta al paciente, independientemente del grado académico) 7. Camillero 8. Estudiante (pasantes y estudiantes de áreas afines a la salud). 9. Personal de intendencia 10. Otros (Todo personal que tenga contacto directo con el paciente)	
CRITERIO	El evaluador deberá observar la acción que efectúa el personal y marcar con " ✔ "en el cuadro correspondiente sólo el momento de la acción a evaluar. Nota: Una acción corresponde a una evaluación, en caso de observar varios procedimientos en un paciente cada uno contará como un caso individual.	
1. Observe y marque con " ✔ " el momento a evaluar:	**1. Antes del contacto directo con el paciente:** El personal va a tocar al paciente. *Ejemplos: Movilización, valoración o exploración del paciente*	
	2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes: El personal realizará un procedimiento aséptico o manipulará los dispositivos invasivos del paciente. *Ejemplos: Inserción de catéter periférico, preparación de alimentos o dotación de dietas, preparación y ministración de medicamentos, instalación de sonda vesical, nasogástrica, etc.*	
	3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales: El personal tuvo exposición a fluidos corporales y/o se retiró los guantes. *Ejemplos: Cuidado oral o dental, aspiración de secreciones, manipulación de sangre, orina, heces o basura.*	
	4. Después del contacto con el paciente: El personal tocó al paciente o los objetos (mobiliario y equipo) del entorno. *Ejemplos: Movilización, valoración o exploración del paciente.*	
	5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente: El personal tuvo contacto con objetos, mobiliario y el entorno inmediato del paciente. Ejemplos: manipular monitores, bombas de infusión, tocar mesa puente, tendido de cama, subir barandales, ropa de cama, buró, tripie, etc.	
Instrucción: Una vez identificado el momento a evaluar deberá marcar con " ✔ ".		
	SI	**NO**
2. ¿Realiza la higiene de manos?	Realiza la higiene de manos. *Nota: Continuar evaluando los siguientes criterios.*	No realiza la higiene. *Nota: Los siguientes criterios no pueden ser evaluados ya que únicamente se evalúan al realizar la técnica. Excepto el criterio ocho referente a capacitación.*
3. ¿Cuál técnica emplea?	Marcar la casilla correspondiente con " ✔ " la técnica realizada por el personal: • *Higiene de manos con agua y jabón* • *Higiene de manos con solución alcoholada.*	

Rubro		SI	NO
4. ¿Cumple con las políticas institucionales?	4.1 Mantiene uñas naturales, cortas y sin esmalte	Cumple con la política institucional: "El prestador de atención médica es responsable de mantener las uñas cortas y sin esmalte". Haciendo énfasis que éstas deberán ser naturales, queda prohibido el uso de uñas artificiales.	El prestador de atención no cumple con uno o con todos los requisitos establecidos en la política institucional.
	4.2 Se retira anillos, reloj y pulseras de manos y brazos	Cumple con la política institucional: "El prestador de atención médica es responsable de retirarse alhajas (incluso argolla matrimonial) de manos y brazos antes de realizar la higiene de manos".	No cumple con esta política. Se retira parcialmente las alhajas.
5. Observe la técnica empleada y marque las áreas que abarca durante la higiene de manos	5.1 Palma de mano derecha e izquierda 5.2 Dorso de mano derecha e izquierda 5.3 Superficies interdigitales 5.4 Dorso de los dedos de mano derecha e izquierda 5.5 Pulgar derecho e izquierda 5.6 Punta de los dedos de mano derecha e izquierda	El personal abarca las áreas de las manos descritas en las técnicas institucionales sin importar la secuencia: *- Frota:* *Palmas de las manos entre sí.* *Palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.* *Palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.* *Dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.* *Pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.* *Punta de los dedos de la mano derecha contra de la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.*	Omite o no abarca las superficies de las manos descritas en las técnicas institucionales.

	SI	No	NA
6. ¿Prepara, seca manos y cierra grifo con papel desechable?	Este criterio únicamente se evalúa si el personal realiza higiene de manos con agua y jabón. Y corresponde a los siguientes pasos de la técnica institucional: - Prepara con anticipación la toalla de papel para el secado. - Seca las manos con papel desechable. - Cierra el grifo con la toalla de papel.	Omite la preparación del papel, el secado de las manos, o bien, toca directamente la llave para cerrar el grifo. En caso de no contar con papel desechable anotar en el rubro observaciones la carencia de este insumo.	Solo aplica cuando se realiza técnica de higiene de manos con agua y jabón.

PARTE POSTERIOR DEL FORMATO	
Número de caso	Registrar con número arábigo el caso al cual corresponde la observación.
Observación	Registrar aquellas situaciones identificadas en la evaluación del indicador que afectan directa o indirectamente su cumplimiento. *Ejemplo: Existe desabasto de jabón, papel desechable o solución alcoholada*
Acción de mejora	Registrar la acción efectuada en relación al área de oportunidad identificada. *Ejemplo: Gestión de insumos.*
Nombre y firma del evaluador	Anotar nombre completo y firma del evaluador.

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptadas para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

24. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con agua y jabón, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General; norma, conduce y evalúa la ejecución de programas que se realizan en el Hospital, en las áreas Médicas, Quirúrgicas, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; el Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería evalúa y supervisa el cumplimiento al indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos; el SCOCASEPSE es responsable de la metodología y emisión de resultados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos, será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.

3.2 Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.

3.3 Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsable de:

- Conocer y difundir la técnica de higiene de manos con solución alcoholada entre el personal a su cargo.
- Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.
- Informar al personal a su cargo los resultados e implementar acciones de mejora en cada medición.
- Supervisar que los prestadores de atención médica den cumplimiento a las políticas del procedimiento.
- Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con solución alcoholada.

3.4 El prestador de atención médica es responsable de:

- Apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial "Una atención limpia es una atención más segura".
- No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
- Mantener uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
- Realizar el procedimiento con solución alcoholada durante 20 a 30 segundos.
- Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con solución alcoholada (ver anexo 1).
- Ejecutar los 5 momentos que marca la campaña Institucional "Una atención limpia es una atención más segura" de la siguiente manera:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales.

4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente.

NOTA: Es preciso mencionar que en los momentos 2 y 3 lo ideal es que se realice la higiene de manos con agua y jabón.

3.5 El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

- Dar a conocer la metodología para la medición del indicador.
- Preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Elaborar informes de resultados
- Dar continuidad a las actividades del Ciclo de Gestión de Calidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones.

3.6 Es responsabilidad del personal evaluador:

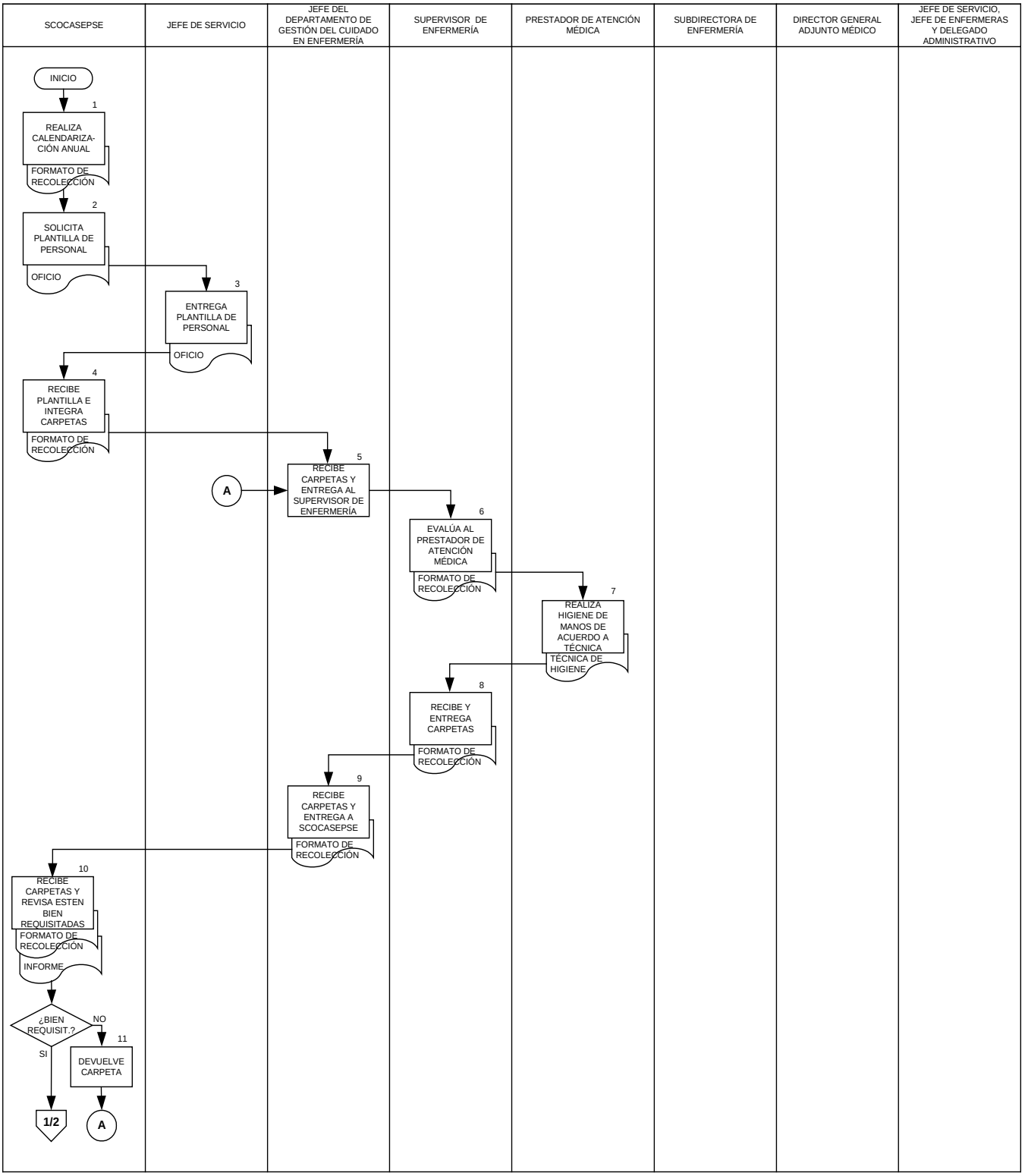
- Conocer la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.
- Conocer la metodología del indicador MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos.
- Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
- Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

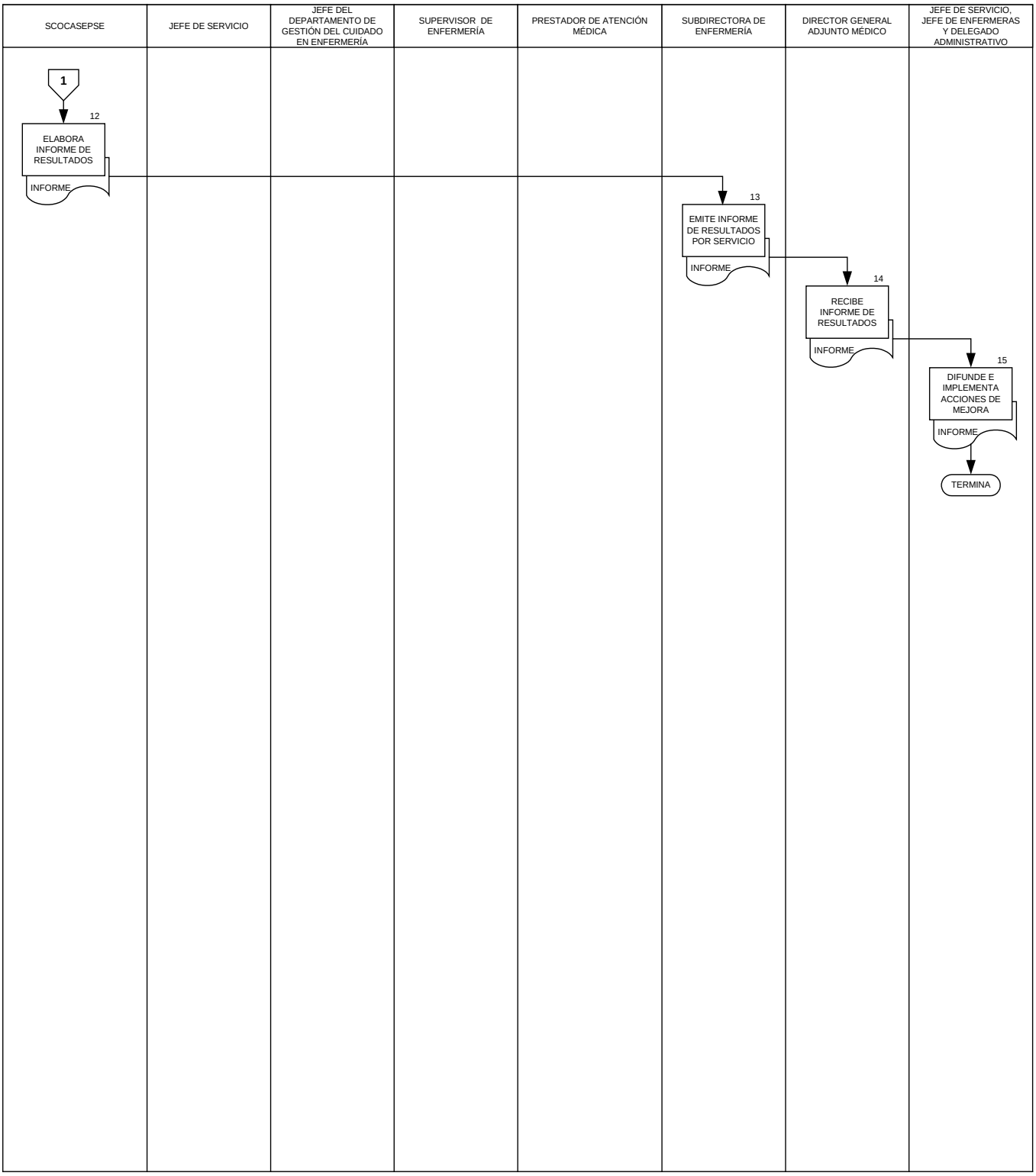
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	1	Realiza calendarización anual para evaluar de forma cuatrimestral el indicador MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	• Formato de recolección • Oficio
	2	Solicita por oficio al Jefe de Servicio, la plantilla del personal adscrito al servicio.	
Jefe de Servicio	3	Entrega por oficio al SCOCASEPSE la plantilla de personal adscrito al Servicio.	• Oficio
SCOCASEPSE	4	Recibe plantilla e Integra carpetas por servicio con el Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos e instructivo de llenado, para evaluación y entrega por oficio al DGCE.	• Formato de recolección
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	5	Recibe carpetas y entrega al Supervisor de Enfermería para que realice la evaluación.	
Supervisor de Enfermería	6	Evalúa al prestador de atención médica que al momento de la evaluación realice procedimientos que involucra alguno de los cinco momentos para la higiene de manos.	• Formato de recolección
Prestador de Atención Médica	7	Realiza higiene de manos con solución alcoholada: a) Deposita en la palma de la mano una cantidad de solución alcoholada suficiente para cubrir todas las superficies de las manos. b) Frota: - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. - Continúe frotando hasta que evapore el producto y sus manos se encuentren secas.	• Técnica de higiene
Supervisor de Enfermería	8	Recibe y entrega carpetas requisitadas al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.	• Formato de recolección
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	9	Recibe carpetas y entrega al SCOCASEPSE.	• Formato de recolección

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	10	Recibe carpetas y revisa que se encuentren requisitadas correctamente y que se haya cumplido con la muestra solicitada. ¿Están requisitadas correctamente y cumplen con el número de casos?	• Formato de recolección • Informe
	11	No: Se devuelven al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería y regresa a la actividad 5.	
	12	Si: Elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería.	
Subdirectora de Enfermería	13	Emite informe de resultados generales y por servicio, y entrega a la Dirección General Adjunta Médica y al Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo.	• Informe
Director General Adjunto Médico	14	Recibe informe de resultados generales.	• Informe
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, y Delegado Administrativo	15	Reciben informe de resultados, difunden e implementan acciones de mejora entre el personal a su cargo. **TERMINA**	• Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SCOCASEPSE
JEFE DE SERVICIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
JEFE DE SERVICIO, JEFE DE ENFERMERAS Y DELEGADO ADMINISTRATIVO
1
12
ELABORA INFORME DE RESULTADOS
INFORME
13
EMITE INFORME DE RESULTADOS POR SERVICIO
INFORME
14
RECIBE INFORME DE RESULTADOS
INFORME
15
DIFUNDE E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA
INFORME
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención, y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.4 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	5 años	SCOCASEPSE	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Campaña Sectorial "Esta en tus manos": Consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) durante los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.

8.2 Cinco momentos: Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

8.3 Difusión: Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.

8.4 Fluidos corporales: Sangre; excreciones (por ejemplo, orina, heces, vómitos); meconio; secreciones tales como saliva, lágrimas, esperma, calostro, leche, secreciones mucosas, cerumen, vérnix; exudados y trasudados como, por ejemplo, fluido linfático, pleural, líquido cefalorraquídeo, fluido ascítico, fluido articular, pus (excepto sudor); muestras orgánicas de tejidos, células, órganos, médula ósea, placenta.

8.5 Higiene de las manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

8.6 Indicador: Una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

8.7 Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

8.8 Infección nosocomial: El proceso infecciosos que se presenta después de 48 hrs del ingreso del paciente al hospital o después de transcurridas 48 a 72 hrs. del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio.

8.9 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes y usuarios.

8.10 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente. Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.11 SCOCASEPSE: Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería. Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería y está integrado por personal de la Subdirección de Enfermería.

8.12 Supervisión: Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada.

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13) * Ver anexos del procedimiento 23.

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13) * Ver anexos del procedimiento 23.

10.1 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada.

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS, CON SOLUCIONES ALCOHOLADAS.

CONCEPTO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, mediante el uso de soluciones alcoholadas, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta), con la finalidad de cumplir con el objetivo 5, de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención medica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

POLÍTICAS Y/O NORMAS.

Es responsabilidadd de todos los prestadores de atención médica cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:
3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta lineamientos para la higiene de las manos de una fuente de autoridad.

Es responsabilidad del Delegado Administrativo verificar que en el servicio exista, (permanentemente) solución alcoholada en dispensador.

El Jefe Médico del Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsables de conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos en el personal a su cargo.

El prestador de atención médica es responsable de:
5. No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
6. Mantener las uñas cortas y sin esmalte (categoría II).

- Aplicarse solución alcoholada, siempre y cuando las manos se encuentren limpias y sin contaminación de sangre o líquidos corporales.
- El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado (categoría IB)

Aplicar el alcohol durante **20 a 30** segundos antes y después de los siguientes casos:

Al realizar procedimientos donde no se observa contaminación con sangre o líquidos corporales.

Antes y después del contacto directo con pacientes (categoría IB).

Después de estar en contacto con objetos inanimados, incluso equipo médico (categoría IB).

EQUIPO Y MATERIAL

Solución alcoholada (alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60%)

Dispensador para solución alcoholada.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Depositar en la palma de la mano seca la cantidad de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

2. Frotar:
- Las palmas de las manos entre sí.
- La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
- Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- El dorso de los dedos de una mano con la palma opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Continúe frotando hasta que se evapore el producto y sus manos se encuentren secas.

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptada para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

25. PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

1. PROPÓSITO

1.1 Describir las acciones y barreras de seguridad durante el resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo, considerados en la Meta Internacional de Seguridad del Paciente (MISP) 3, con el fin de prevenir errores, disminuir riesgos y problemas durante su manejo.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades para la ministración de la farmacoterapia a pacientes, la Subdirección de Almacenes proporciona los medicamentos de alto riesgo correctamente etiquetados, la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas al resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 De acuerdo a la MISP 3 “Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo”, son considerados medicamentos de alto riesgo:

- Electrolitos concentrados.
- Citotóxicos
- Medicamentos radiactivos y de naturaleza similar.
- Insulinas.
- Anticoagulantes.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Almacenes:

- Distribuir los medicamentos de alto riesgo: citotóxicos, radioactivos, insulinas y heparinas, con etiqueta amarilla y la leyenda “alto riesgo”.

- Distribuir lo electrolitos concentrados con la alerta visual, etiqueta del color que corresponde, de acuerdo a la NOM Oficial Mexicana NOM 072-SSA1-1993, Etiquetado de medicamentos:

  Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

3.3 Es responsabilidad del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería:

- Identificar riesgos y problemas durante el resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo, a fin de iniciar una gestión efectiva de éstos y resolver de forma multidisciplinaria las causas de la falla.

- Evaluar, conforme al calendario establecido, el indicador institucional MISP 3 “Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo”.

- Retroalimentar al personal de Enfermería cuando se identifican fallas en el manejo de los medicamentos de alto riesgo.

- Notificar cuasifallas, eventos adversos (leve y moderado) y centinela que ocurran durante el manejo de los medicamentos de alto riesgo.

- Inspeccionar semanalmente y de forma aleatoria que los medicamentos se encuentran debidamente resguardados bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto (humedad, temperatura, luz y evitar fuentes de contaminación).

3.4 Es responsabilidad de Jefe de Enfermería y/o responsable de turno de Enfermería cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el resguardo de medicamentos de alto riesgo:

- Verificar cada 24 horas y de forma aleatoria que el resguardo de electrolitos concentrados, así como el resto de medicamentos de alto riesgo (citotóxicos, radioactivos, insulinas y heparinas) se realice en un lugar seguro, separado del resto de medicamentos.

- Etiquetar los contenedores de viales de potasio, con una alerta visual fluorescente, que indique “debe ser diluido”.

- Establecer los controles necesarios (bitácora) para mantener el stock de medicamentos de alto riesgo.

- Verificar que los electrolitos concentrados que se utilizarán para cada paciente hospitalizado se coloquen en un lugar seguro, separado del resto de medicamentos para 24 horas.

- Mantener la cantidad de electrolitos concentrados que se resguardan en el carro de reanimación cardiopulmonar “carro rojo”, en condiciones adecuadas para su uso.

- Solicitar la devolución del stock o de medicamentos de carro rojo de acuerdo al procedimiento institucional, ya sea por caducidad o deterioro del medicamento, cambio de indicación, egreso o traslado del paciente.

- Preparar los medicamentos, que requieren conservación de red fría, al momento en que se vayan a ministrar al paciente.

- Conservar en red fría y/o en su empaque secundario los medicamentos citotóxicos que requieren este tipo de resguardo.

- Recibir y verificar que los medicamentos de alto riesgo que entregue el personal de la Farmacia Central, preserven su esterilidad y estabilidad, notificando cualquier sospecha de riesgo de contaminación del medicamento.

- Colocar el listado de medicamentos de alto riesgo en un lugar visible del área de preparación de medicamentos, a fin de consultar el código de colores establecido.

- Limitar el acceso al lugar destinado para el resguardo de medicamentos de alto riesgo, a fin de evitar el riesgo de abuso, robo o extravío.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería y/o Personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el manejo de medicamentos de alto riesgo en presentación multidosis (insulinas y heparinas):

- Conservar la insulina en refrigeración a la temperatura de 2 a 8 0C, proteger de la luz solar y evitar exponer a una temperatura ambiental de 30 0C.

- Desechar la insulina si se observa: el contenido congelado, contiene partículas cristalinas, ha cambiado su color o se observa turbia.

- Conservar la heparina a temperatura ambiente a no más de 30ºC y en lugar seco.

- Verificar que se etiqueten los frascos multidosis (insulinas y heparinas) con fecha de apertura y fecha límite de uso, con el color de tinta que corresponde a cada turno.

- Separar la insulina de la heparina, así como de otros que se dosifiquen en unidades, para disminuir el riesgo de confusión.

- La fecha límite de uso de los medicamentos multidosis es de 8 días a partir de su apertura o antes cuando se sospecha riesgo de contaminación.

- Realizar asepsia del tapón de goma del frasco multidosis, cada vez que se utilice, evitar cubrir el tapón con gasa o torunda.

- Desechar antes de la fecha límite de uso, los medicamentos multidosis que se sospeche con riesgo de contaminación.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería y/o Personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la transcripción de indicaciones médicas:

- Identificar oportunamente errores en la transcripción de medicamentos de alto riesgo: nombre del paciente, medicamento, dosis, vía de administración u otra variable incorrecta.

- Registrar en el Plan Terapéutico del Formato de Registro Clínico de Enfermería, con “tinta roja” (indistintamente del turno) el nombre genérico del medicamento de alto riesgo prescrito, ejemplo: insulina de acción rápida, 8 unidades, vía subcutánea, dosis única.

- Escribir “unidades” en lugar de “U”

3.7 La doble verificación se realizará durante la preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo (siempre y cuando se cuente con otro recurso humano de Enfermería para realizar esta actividad). La doble verificación consiste en que, mientras la enfermera(o) que realiza la preparación o ministración de medicamentos de alto riesgo (incluye soluciones parenterales a infundir con prescripción de medicamentos de alto riesgo) una segunda enfermera verifica de manera verbal y visual que se cumpla con:

- Durante la preparación:

  a) Prescripción médica del paciente correcto,
  b) Medicamento correcto,
  c) Dosis prescrita,
  d) Concentración, si corresponde,
  e) Vía de ministración,
  f) Dilución y/o combinación del medicamento,
  g) Caducidad del medicamento,
  h) Hora y frecuencia de ministración,
  i) Alergias.

- Durante la ministración:

  a) Prescripción médica del paciente correcto,
  b) Identidad del Paciente,
  c) Medicamento prescrito,
  d) Dosis prescrita,
  e) Vía de ministración prescrita,
  f) Hora y frecuencia de ministración prescrita,
  g) Caducidad del medicamento,
  h) Velocidad de infusión (si aplica).

3.8 En el momento en que la enfermera que realiza la verificación verbal y visual, identifica fallas durante la preparación o ministración, informará inmediatamente a la enfermera que prepara o ministra, para detener el procedimiento y proceder a la corrección de la falla.

3.9 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos de alto riesgo:

- Confirmar que se realice la “doble verificación durante” la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Retroalimentar al personal de enfermería en el momento que se identifican fallas en la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Notificar cuasifallas durante la preparación de medicamentos de alto riesgo.

3.10 Es responsabilidad del personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos del alto riesgo:

- Preparar los medicamentos en el área destinada para garantizar un entorno seguro e higiénico.
- Utilizar solución para diluir medicamentos, preferentemente en presentaciones de 50ml o 100ml. Indicar la fecha de apertura y finalidad: “uso exclusivo para dilución de medicamentos”, desechar el sobrante al terminar el turno.
- Realizar “doble verificación durante” la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Etiquetar los medicamentos y soluciones, inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo, con: nombre del medicamento, dosis, concentración (si corresponde) vía, dilución, fecha/hora de preparación y de caducidad.
- Colocar alerta visual (etiqueta roja, en la parte superior izquierda) en el caso de soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo, ejemplo: Solución fisiológica al 0.9% medicamento más Cloruro de potasio 20 mEq para 8 horas.
- Utilizar los medicamentos preparados para ministración endovenosa en un periodo de tiempo no mayor a 1 hora, con la finalidad de apegarse a los horarios de ministración establecidos en la prescripción médica.

3.11 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Identificar riesgos y problemas que repercuten en una ministración segura de medicamentos de alto riesgo.

- Notificar cuasifallas, eventos adversos leves, moderados o centinela, durante la ministración de medicamentos de alto riesgo.

3.12 Es responsabilidad del Personal de Enfermería de turno, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico) Colocar alerta visual (tarjeta amarilla) “alergia” y especificar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el tipo de medicamento, sustancia o alimento alergeno.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

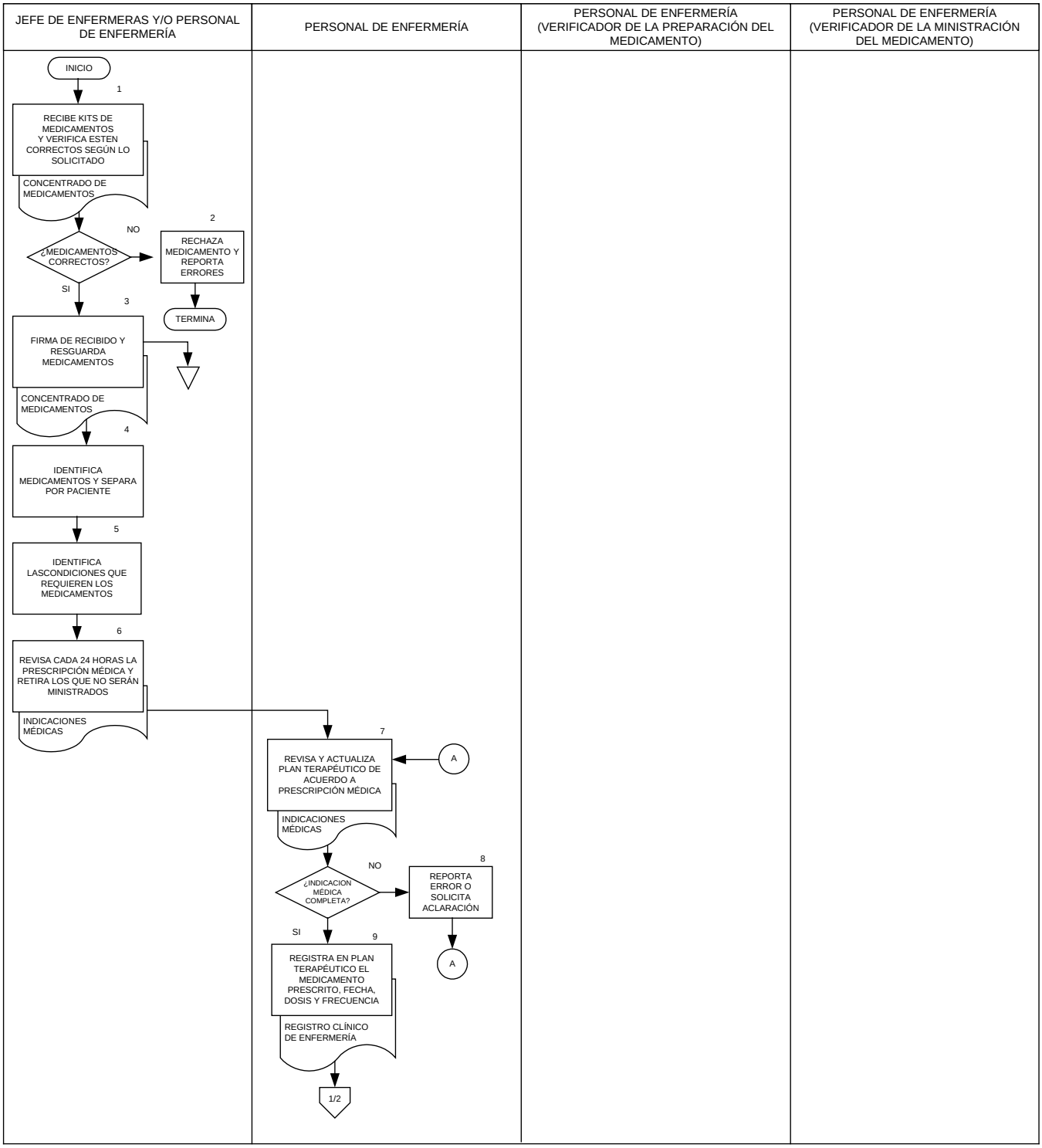
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería	1	Recibe kits de medicamentos, por paciente y verifica en el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" que se entregue correctamente lo solicitado, en cantidad y con las especificaciones establecidas. ¿El medicamento solicitado corresponde con la prescripción médica vigente?	• Concentrado de entrega de medicamentos • Hoja de indicaciones médicas
	2	No: Rechaza el medicamento, entrega al Auxiliar de Farmacia y reporta cuasifallas; cuando el nombre, dosis y/o presentación del medicamento surtido no corresponda a la prescripción médica, o cuando se surta un medicamento por otro y termina procedimiento.	
	3	Si: Firma y entrega el original al Auxiliar de Farmacia. Procede al resguardo.	
	4	Identifica los medicamentos de alto riesgo y separa del "kit de medicamentos" por paciente.	
	5	Identifica las condiciones especiales de manejo (red fría y/o fotosensible) que requieren los medicamentos de alto riesgo.	
	6	Revisa cada 24 horas, con la prescripción médica vigente, los medicamentos de alto riesgo solicitados por paciente, retira los que no serán ministrados y los coloca en un contendedor exclusivo para realizar la devolución a la Farmacia Central, conservando únicamente los que corresponden a la prescripción vigente.	
Personal de Enfermería	7	Revisa y/o actualiza, por turno, el Plan Terapéutico de Enfermería de acuerdo a la prescripción médica vigente. ¿La indicación de medicamentos es completa y legible?	• Registro clínico de enfermería • Hoja de indicaciones médicas
	8	No: Notifica inmediatamente al personal médico para que complete o aclare la prescripción. Reportar como cuasifalla y regresa a la actividad 7.	
	9	Si: Registra en el Plan Terapéutico del Formato, con "tinta roja", el nombre genérico del medicamento de alto riesgo prescrito, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo a la prescripción médica vigente.	

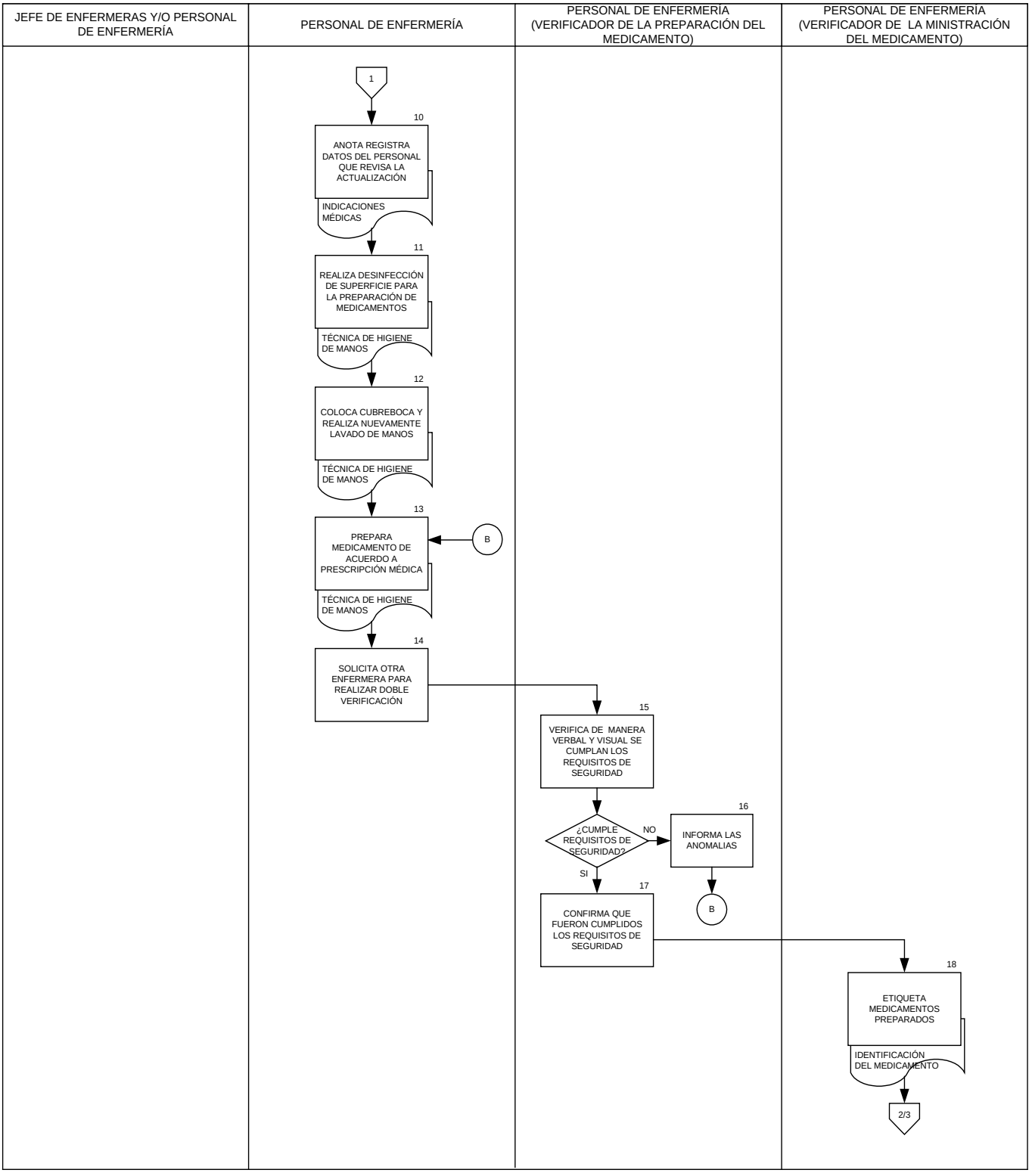
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería.	10	Anota fecha, hora y nombre completo del personal de enfermería que revisa la actualización de la prescripción médica.	• Hoja de indicaciones médicas. • Técnica de higiene de manos.
	11	Realiza desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos conforme a la normativa y realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	12	Coloca cubreboca en boca y nariz y realiza nuevamente higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	13	Procede a preparar el medicamento de alto riesgo de acuerdo con la prescripción médica vigente.	
	14	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la preparación del medicamento de alto riesgo (ver política 3.7).	
Personal de Enfermería (verificador de la preparación del medicamento).	15	Verifica de manera verbal y visual que se cumpla con: - Prescripción médica del paciente correcto - Medicamento - Dosis prescrita - Concentración (si corresponde) - Vía de ministración - Dilución y/o combinación del medicamento - Caducidad del medicamento - Hora y frecuencia de ministración - Alergias ¿El medicamento preparado cumple con los requisitos de seguridad para su ministración?	
	16	No: Informa al personal de enfermería que realiza la preparación del medicamento, para detener el procedimiento, se realiza la corrección de la falla y regresa a la actividad 13.	
	17	Si: Confirma de manera verbal que se cumplen los requisitos de seguridad para su ministración.	
Personal de Enfermería.	18	Etiqueta los medicamentos preparados con: nombre completo del paciente y número de ECU (en caso de no contar con ECU anotar fecha de nacimiento del paciente) nombre del medicamento, dosis, vía y hora de ministración.	• Etiqueta de identificación del medicamento.
	19	Coloca alerta visual (etiqueta roja) en el membrete de las soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería.	20	Traslada los medicamentos preparados a la unidad del paciente, en las mesas de trabajo o charolas, delimitando imaginariamente el lado sucio y limpio.	• Hoja de indicaciones médicas. • Informe de reacción adversa a medicamentos.
	21	Procede a ministrar los medicamentos de alto riesgo.	
	22	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la ministración del medicamento de alto riesgo.	
	23	Pregunta al paciente su nombre completo y coteja con los datos que contienen los identificadores gráficos institucionales.	
	24	Identifica al paciente con nombre completo, número de Expediente Clínico Único (ECU), y en caso de no contar con este último dato identifica con fecha de nacimiento. ¿El nombre del paciente, número de ECU y/o fecha de nacimiento son correctos?	
	25	No: Confirma paciente correcto con medicamento correcto y regresa a la actividad 23.	
	26	Si: Verifica si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico). En caso afirmativo informar al médico.	
	27	Verifica los medicamentos a ministrar con la prescripción médica vigente.	
	28	Coloca nuevamente cubreboca en boca y nariz, y realiza higiene de manos, de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	29	Explica al paciente el nombre y efecto terapéutico del medicamento.	
	30	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la ministración del medicamento de alto riesgo (ver política 3.7).	
	31	Ministra los medicamentos conforme a las Técnicas de Enfermería, respeta los principios de técnica aséptica.	

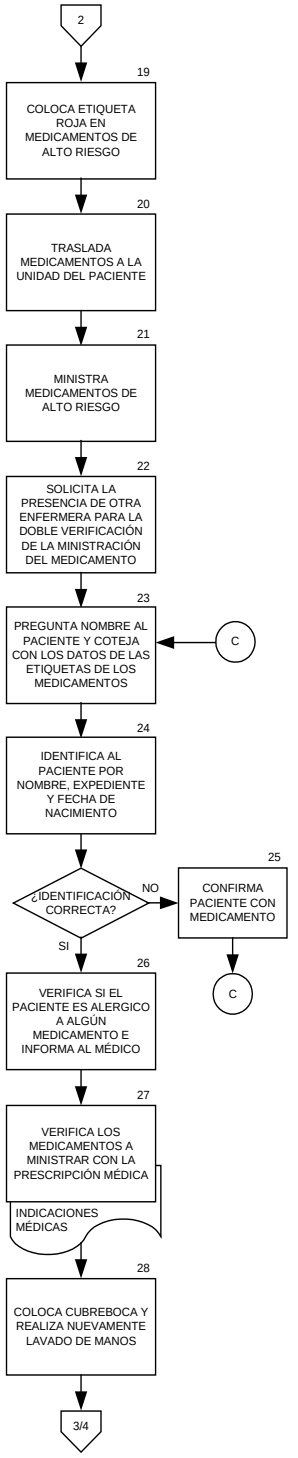
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería (verificador de la ministración del medicamento).	32	Verifica de manera verbal y visual que se cumpla con: - Identidad del Paciente - Medicamento prescrito - Dosis prescrita - Vía de ministración prescrita - Hora y frecuencia de ministración prescrita - Caducidad - Velocidad de infusión (si aplica). ¿Se cumple con los requisitos de seguridad durante la ministración del medicamento de alto riesgo?	
	33	No: Informa al personal de enfermería que realiza la ministración del medicamento, para detener el procedimiento, proceder a la corrección de la falla y regresa a la actividad 30.	
	34	Si: Confirma de manera verbal que se cumplen los requisitos de seguridad durante la ministración.	
Personal de Enfermería.	35	Registra en el “Plan Terapéutico” con tinta roja, el nombre genérico del medicamento de alto riesgo ministrado, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo a la prescripción médica vigente.	• Registro clínico de enfermería.
	36	Circula, con el color de tinta que corresponde a cada turno, la hora en que se ministra el medicamento.	
	37	Observa si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por el medicamento ministrado.	
	38	Desecha el material utilizado, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo. **TERMINA**	

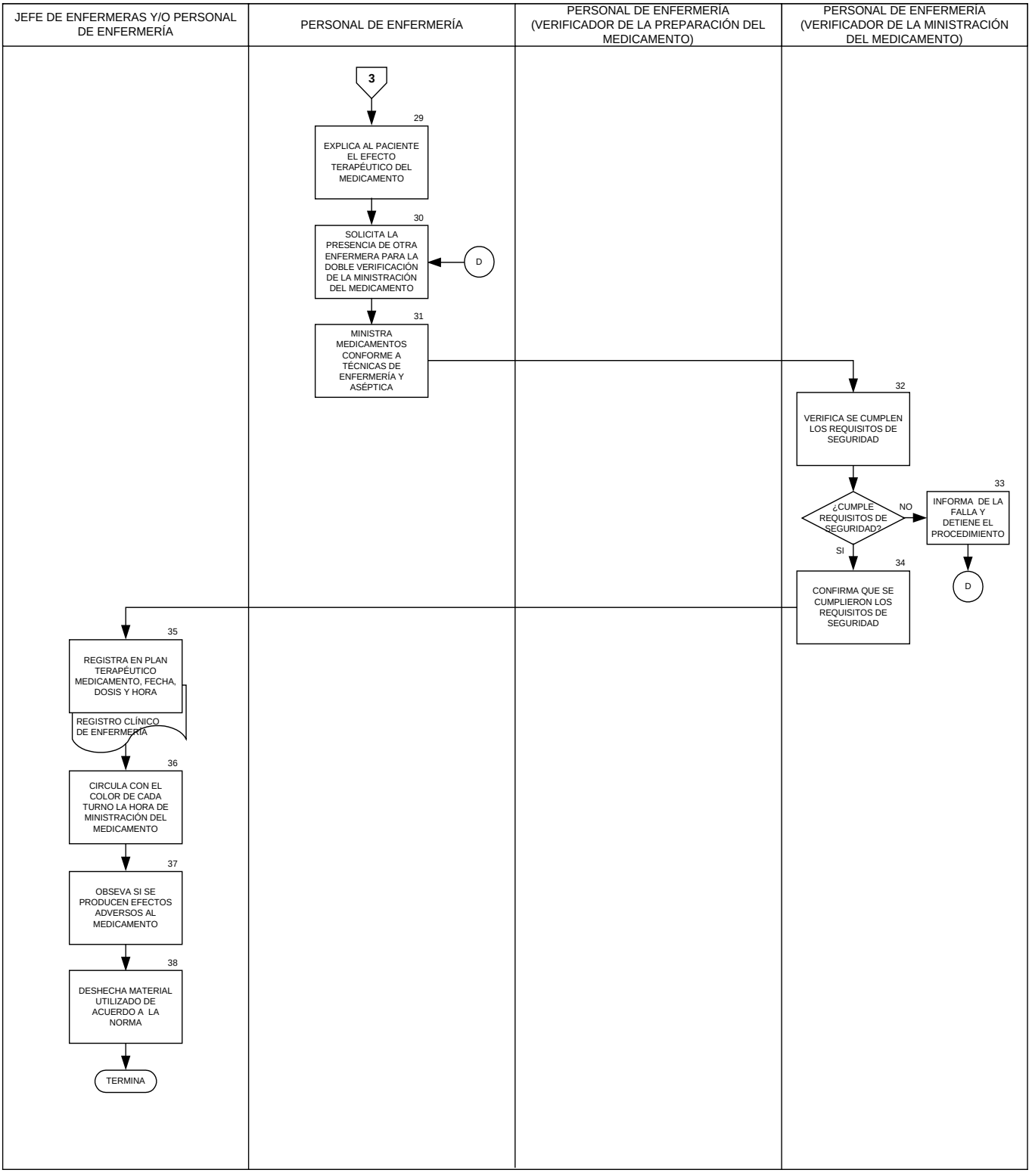
5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)
1
10
ANOTA REGISTRA DATOS DEL PERSONAL QUE REVISA LA ACTUALIZACIÓN
INDICACIONES MÉDICAS
11
REALIZA DESINFECCIÓN DE SUPERFICIE PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
12
COLOCA CUBREBOCA Y REALIZA NUEVAMENTE LAVADO DE MANOS
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
13
B
PREPARA MEDICAMENTO DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
14
SOLICITA OTRA ENFERMERA PARA REALIZAR DOBLE VERIFICACIÓN
15
VERIFICA DE MANERA VERBAL Y VISUAL SE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
¿CUMPLE REQUISITOS DE SEGURIDAD?
NO
16
INFORMA LAS ANOMALIAS
B
SI
17
CONFIRMA QUE FUERON CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
18
ETIQUETA MEDICAMENTOS PREPARADOS
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO
2/3

JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)




JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)
3
29
EXPLICA AL PACIENTE EL EFECTO TERAPÉUTICO DEL MEDICAMENTO
30
SOLICITA LA PRESENCIA DE OTRA ENFERMERA PARA LA DOBLE VERIFICACIÓN DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO
D
31
MINISTRA MEDICAMENTOS CONFORME A TÉCNICAS DE ENFERMERÍA Y ASÉPTICA
32
VERIFICA SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
¿CUMPLE REQUISITOS DE SEGURIDAD?
NO
33
INFORMA DE LA FALLA Y DETIENE EL PROCEDIMIENTO
D
SI
34
CONFIRMA QUE SE CUMPLIERON LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
35
REGISTRA EN PLAN TERAPÉUTICO MEDICAMENTO, FECHA, DOSIS Y HORA
REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA
36
CIRCULA CON EL COLOR DE CADA TURNO LA HORA DE MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO
37
OBSEVA SI SE PRODUCEN EFECTOS ADVERSOS AL MEDICAMENTO
38
DESHECHA MATERIAL UTILIZADO DE ACUERDO A LA NORMA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", O.D.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas	5 años	Archivo General	No aplica
7.2 Expediente clínico	5 años	Archivo General	No aplica
7.3 Registros Clínicos de Enfermería	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.4 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos)	1 año	Jefe de Enfermeras del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alerta visual. Mecanismo o dispositivo que activa una señal visual preventiva para iniciar la aplicación de un protocolo de seguridad para el paciente.

8.2 Automedicación. Es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de la personal.

8.3 Barrera de seguridad. Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

8.4 Caducidad. Día, mes y año en que el medicamento ya no se puede ministrar.

8.5 Cuasifalla. Toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha "ocasión" cae dentro del alcance de la definición de evento adverso.

8.6 Denominación genérica. Al nombre del medicamento, determinando a través de un método preestablecido, que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria.

8.7 Desinfección. Es la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias, o partes en que pueden ser nocivos, por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos.

8.8 Educación al paciente. Aumento del conocimiento del paciente, que permite los cambios de estilo de vida y los hábitos higiénicos-dietéticos, para mantener la salud o evitar la enfermedad o problemas relacionados con la medicación.

8.9 Envase primario. Elementos del sistema de envase que están en contacto directo con el insumo.

8.10 Envase secundario. Los componentes que forman parte del empaque en el cual se comercializa el insumo y no están en contacto directo con él. Envase dentro del cual se coloca el envase primario.

8.11 Error de medicación. Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o del consumidor.

8.12 Evento adverso. Cualquier suceso médico perjudicial que puede presentarse durante el tratamiento con un producto farmacéutico, la cual no necesariamente tiene una relación causal con este tratamiento.

8.13 Expediente clínico. Informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

8.14 Farmacovigilancia. Ciencia que trata de recoger, vigilar investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes.

8.15 Fotosensible. Son aquellos medicamentos que se degradan rápidamente en presencia de luz. Por este motivo se acondicionan en envases opacos.

8.16 Hoja de indicaciones médicas. Formato donde realiza la prescripción del medicamento, el médico autorizado.

8.17 Medicamento. Todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos).

8.18 Medicamentos de alto riesgo. Aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. (Cohen, 2007).

8.19 Ministración. Actividad de Enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos.

8.20 Paciente. Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de la JCI, el paciente y su familia son considerados una sola unidad de atención.

8.21 Personal calificado. Una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

8.22 Preparación de medicamentos. Proceso que realiza el personal de enfermería para obtener y proporcionar la dosis exacta de fármaco a través de técnica específica, para garantizar la esterilidad de las soluciones o medicamentos a ministrar.

8.23 Reacción adversa. Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica. Reacción nociva no intencionada, que ocurre a las dosis usuales en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

8.24 Red fría. Se define como cadena o red fría a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante desde la fabricación hasta su ministración.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.3 Listado de medicamentos de alto riesgo.
10.4 Membrete de la solución parenteral.
10.5 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador.
10.6 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos).
10.7 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina.
10.8 Etiqueta para identificación del medicamento preparado.

*Ver anexos del Procedimiento 20.

10.3 Listado de medicamentos de alto riesgo.

HOSPITAL [redacted]

RAL
ICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

GENE
de MÉX

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

CODIGO DE COLORES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

[redacted]

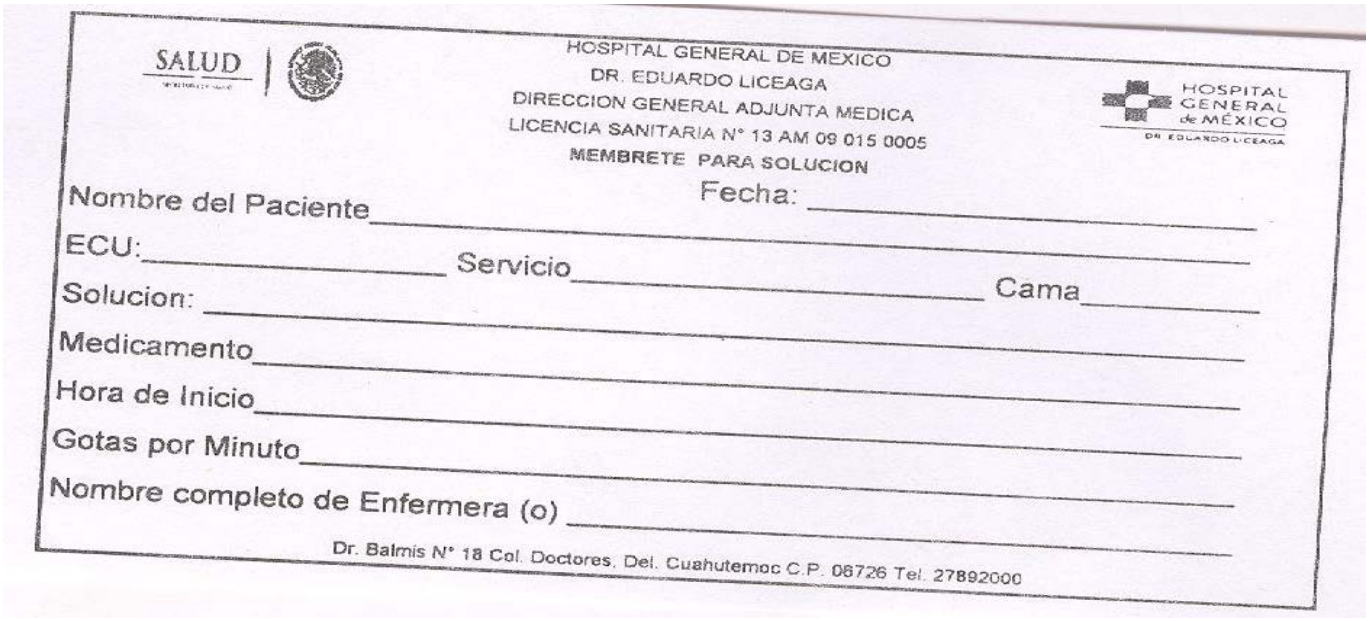
ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

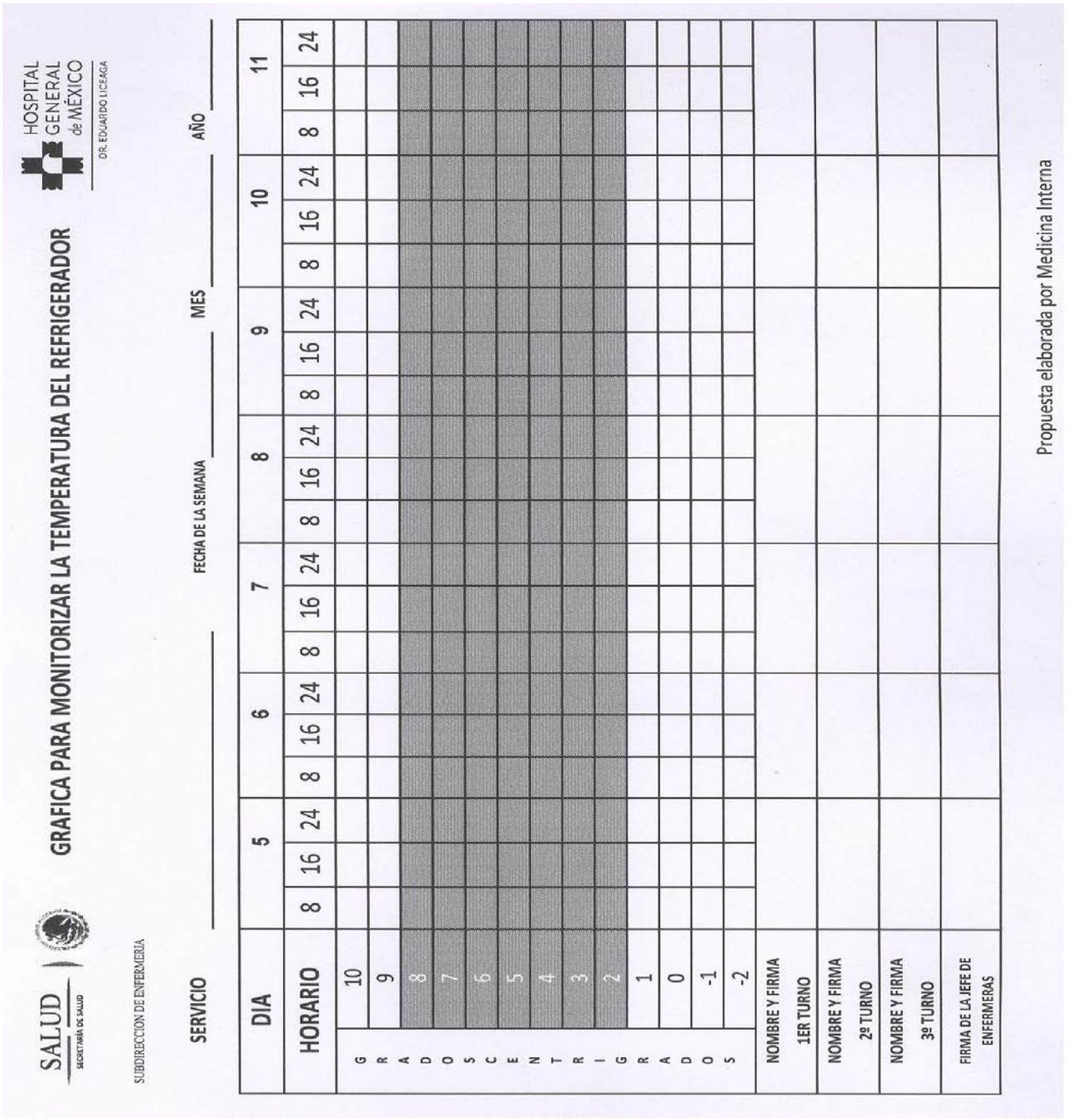
	CLORURO DE POTASIO 14.9%, Ampolleta de 10 ml.	ROJO [redacted]
	FOSFATO DE POTASIO 15% [redacted]	[redacted]

[redacted]

10.4 Membrete de la solución parenteral



10.5 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador



SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

GRAFICA PARA MONITORIZAR LA TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR

SERVICIO _____ FECHA DE LA SEMANA _____ MES _____ AÑO _____

DIA		5			6			7			8			9			10			11		
HORARIO		8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24
GRADOS CENTIGRADOS	10																					
	9																					
	8																					
	7																					
	6																					
	5																					
	4																					
	3																					
	2																					
GRADOS	1																					
	0																					
	-1																					
	-2																					
NOMBRE Y FIRMA 1ER TURNO																						
NOMBRE Y FIRMA 2º TURNO																						
NOMBRE Y FIRMA 3º TURNO																						
FIRMA DE LA JEFE DE ENFERMERAS																						

Propuesta elaborada por Medicina Interna

10.6 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

MINIMOS Y MÁXIMOS DE LA UNIDAD 103 (TOTAL de camas 24)

MEDICAMENTO	PRESENTACIÒN	TIPO DE MOVIMIENTO	NUM DE AMPULAS P/24 HRS	MINIMOS	MAXIMOS
AMINOFILINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	4	4	8
AMIODARONA	AMPULA DE 150 mg	BAJO	7	7	10
BICARBONATO DE SODIO	AMPULA DE 8.9 meq	MODERADO	12-24	12	24
	FRASCO DE 44.5 meq	MODERADO	2-4	2	5
BUTILHIOSINA	AMPULA DE 20 mg	MODERADO	4-5	15	20
CLORURO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	ALTO	10	20	30
CLORURO DE SODIO AL 17.7%	AMPULA DE 1.77 g	BAJO	6	6	10
DEXAMETAZONA	AMPULA DE 8 mg	MODERADO	4	10	15
D.F.H (FENITOINA)	AMPULA DE 250 mg	MODERADO	7	14	21
DIAZEPAN	AMPULA DE 10 mg	MODERADO	3	2	4
DIFENIDOL	AMPULA DE 40 mg	BAJO	3	5	6
DIGOXINA	AMPULA DE 0.25 mg	BAJO	2	2	5
DOBUTAMINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	2	2	5
DOPAMINA	AMPULA DE 200 mg	MODERADO	4	4	10
ENOXIPARINA	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	20	30
ENOXIPARINA	AMPULA DE 60 mg	MODERADO	1	10	20
FOSFATO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	MODERADO	3	9	15
FUROSEMIDE	AMPULA DE 20 mg	ALTO	8-12	50	70
GLUCONATO DE CALCIO	AMPULA DE 1 gr	ALTO	4	20	30
HALOPERIDOL	AMPULA DE 5 mg	MODERADO	3	3	5
HEPARINAS	FRASCO AMPULA DE	ALTO	2 DE 500UI	2-4	4-8
	10000UI Y 5000UI		4 DE 1000UI		
HIDROCORTIZONA	AMP. 100mg ò 500mg	MODERADO	3	9	15
KETOROLCO	AMPULA DE 30 mg	ALTO	4	20	30
METAMIZOL	AMPULA DE 1 gr	MODERADO	3	15	20
METILPREDNISOLONA	AMPULA DE 500 mg	BAJO	3	3	5
METOCLOPRAMIDA	AMPULA DE 10 mg	ALTO	4	20	30
MIDAZOLAM	AMPULA DE mg	MODERADO	23	8	16
MULTIVITAMINICO	FCO. AMPULA 5 ml	BAJO	1	3	5
NITROGLICERINA	FCO. AMPULA 50 mg	BAJO	1	1	2
NITROPARCHE	PARCHE 18.7 mg	BAJO	1	2	5
NOREPINEFRINA	AMPULA DE 4 mg	MODERADO	2	4	10
OMEPRAZOL	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	24	48
PENTOXIFILINA	AMPULA DE 300 mg	BAJO	4	5	8
RANITIDINA	AMPULA DE 50 mg	MODERADO	2	10	20
SALBUTAMOL	AMPULA DE 0.5 mg	ALTO	3	10	20
SULFATO DE MAGNESIO	AMPULA DE 10 ml	MODERADO	3	10	15
TRAMADOL	AMPULA DE 100 mg	ALTO	4	20	25
VECURONIO	AMPULA DE 4 mg	BAJO	6	6	12
VITAMINA K	AMPULA DE 2 mg	BAJO	1	1	3
LIDOCAINA	FRASCO DE 10 ML AL 1%	ALTO	1	1	2
LIDOCAINA	FRASCO DE 10 ML AL 2%				

10.7 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

ECU:
NOMBRE:
CAMA:

10.8 Etiqueta para identificación del medicamento preparado.

RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
IBAÑEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	

26. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y LIMPIEZA DE SUPERFICIES POR DERRAME DE MERCURIO DE TERMÓMETROS Y/O ESFIGMOMANÓMETROS

1. PROPÓSITO

1.1 Describir las etapas para la recolección y limpieza de superficies por derrame de mercurio por termómetros y/o esfigmomanómetros, a fin de cumplir con los Estándares para la Certificación de Hospitales: Educación del Paciente y de su Familia (PFE), Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (QPS), Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD), Gestión y Seguridad de las Instituciones (FMS), Calificación y Educación del Personal (SQE).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El médico y/o enfermera avisa de un derrame de mercurio; Delegado Administrativo indica y supervisa la correcta técnica; Afanador realiza la recolección, limpieza y traslado por derrame de mercurio

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de todos los prestadores de atención médica de cumplir con los Estándares para la Certificación de Hospitales:

- Educación del Paciente y de su Familia:
- PFE. 4 La educación del paciente y de su familia incluye el siguiente tema, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro del equipo médico.
- Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente:
- QPS.1 Los líderes del establecimiento participan en la elaboración y control del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- QPS .10 Se define e implementa un programa permanente de identificación y reducción de eventos adversos y riesgos inesperados de seguridad para los pacientes y el personal.
- Gobierno, Liderazgo y Dirección:
- GLD 3.2.1 Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.
- Gestión y Seguridad de las Instituciones:
- FMS. 2 El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa por escrito que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.
- FMS.3 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.
- FMS.4 La Dirección del Hospital, planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
- FMS.5 El establecimiento cuenta con un programa para el inventario, manejo, almacenamiento y uso seguro de materiales y sustancias peligrosos, así como para el control y desecho de residuos y desperdicios peligrosos.
- FMS.11 El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.
- FMS.11.1 El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.
- Calificaciones y Educación del Personal:
- SQE. 8.4 El establecimiento brinda un programa de salud y seguridad para el personal.

3.2. Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo, conocer y difundir entre el personal, la información necesaria para llevar a cabo las medidas a tomar ante un derrame de mercurio, así como realizar la técnica establecida.

3.3. Es responsabilidad del personal Médico, Paramédico y a fin:

- Tener conocimientos y capacitación en las medidas a seguir ante un derrame de mercurio
- Notificar al Delegado Administrativo del servicio o personal a cargo, sobre el derrame de mercurio y /o fuga, para su pronta recolección y limpieza de superficies.
- Realizar en la medida que sea necesario la evacuación de personas en el área afectada por el derrame y mantenerla cerrada, así como apagar el sistema de ventilación de la unidad.

3.4. Es responsabilidad del personal de Enfermería:

- Identificar y controlar el material y equipo con mercurio que está en contacto con el paciente.
- Informar a pacientes hospitalizados y/o familiares de los cuidados y precauciones en el uso de material y equipo con mercurio.

3.5. Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Identificar, registrar y controlar el material y equipo con mercurio.
- Armar el kit con los elementos necesarios, y ubicarlo en un área accesible. Ver equipo y material del kit, en la técnica de limpieza de superficies.
- Designar al personal para realizar la limpieza y recolección por derrames de mercurio.
- Verificar que se traslade los desechos al almacén temporal de forma inmediata después de realizar la limpieza del derrame.
- Registrar e informar en bitácora correspondiente.

3.6. El personal Afanador debidamente capacitado es responsable de:

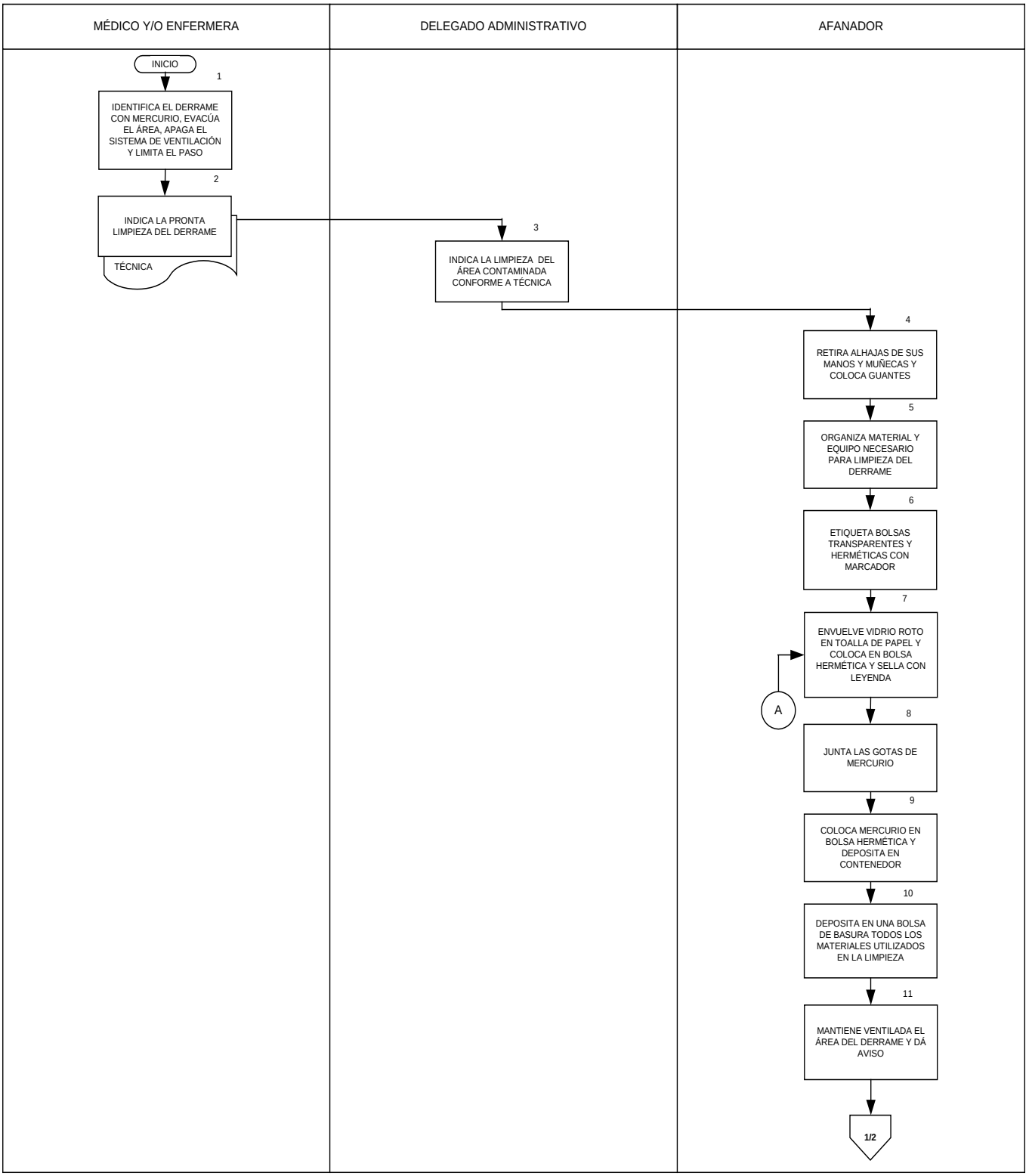
- Realizar limpieza, recolección y disposición de mercurio de acuerdo a la técnica establecida por el Comité en Salud Ambiental para Disminuir o Eliminar el Uso del Metil mercurio (CSADEUM) en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.
- Mantener ventilada el área del derrame, posterior a la limpieza, con ventanas abiertas y ventiladores funcionando, mínimo una hora.
- Avisar al Delegado Administrativo al término de la limpieza.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

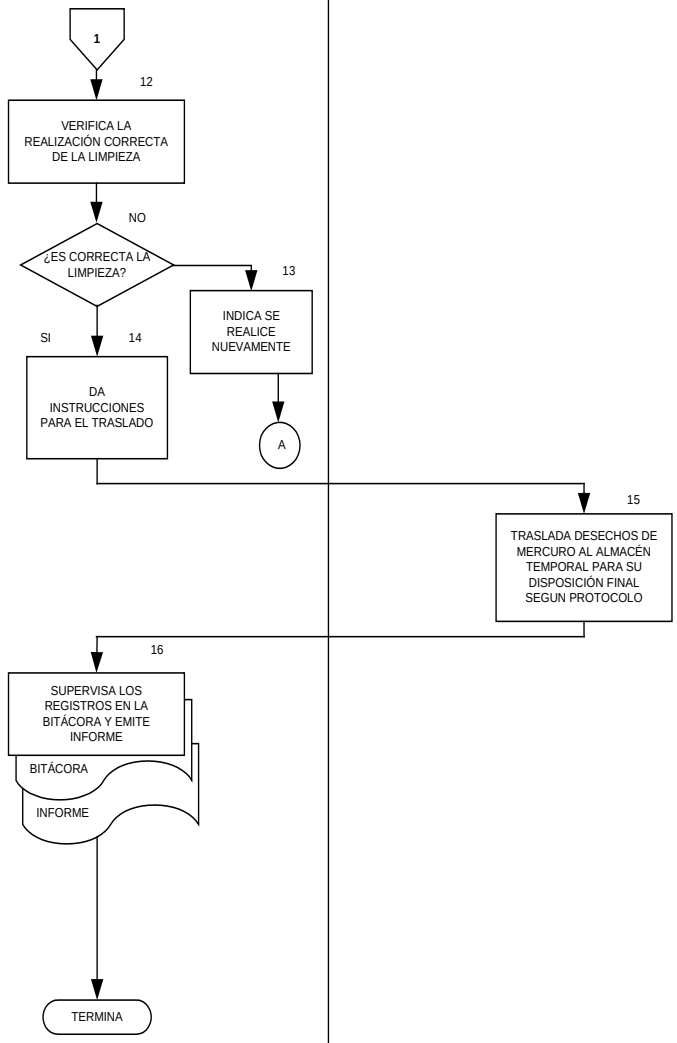
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico y/o Enfermera	1	Identifica el derrame en la utilización de termómetros y/o esfigmomanómetros con mercurio en el Servicio, solicita al personal evacúe el área, apaga el sistema de ventilación y limita el paso en el área.	
	2	Informa al Delegado Administrativo del Servicio, para la pronta limpieza del derrame y recolección de material y equipo con mercurio.	
Delegado Administrativo.	3	Indica al personal afanador debidamente capacitado, la limpieza del área contaminada conforme a la técnica de limpieza de superficies por derrame de mercurio.	• Técnica.
Afanador.	4	Retira alhajas de sus manos y muñecas y se coloca guantes de nitrilo.	
	5	Organiza material y equipo necesarios para limpieza del derrame en orden que se usará.	
	6	Etiqueta bolsas transparentes y herméticas (tipo ziplock) con marcador indeleble, con la leyenda *"contaminado por mercurio"*	
	7	En caso de que sea un termómetro y/o esfigmomanómetro roto envuelve en una toalla de papel, rotular con la leyenda *"Cuidado vidrio roto"* y colocarlo en la bolsa hermética y cerrarla.	
	8	Utiliza los cuadros de cartón y junta las gotas de mercurio con pequeños movimientos para no dispersarlo. En caso de recolectar o aspirar las gotas de mercurio, utilizar el gotero o jeringa.	
	9	Coloca el mercurio en el contenedor de plástico con tapa y este a su vez en una bolsa hermética (tipo *ziplock*).	
	10	Coloca todos los materiales que fueron utilizados en la limpieza del derrame, incluidos los guantes, en una bolsa de basura transparente y cerrarla.	
	11	Posterior a la limpieza del derrame, mantiene ventilada el área del derrame con ventanas abiertas y ventiladores funcionando, mínima una hora y da aviso al Delegado Administrativo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Delegado Administrativo	12	Verifica la realización correcta de la limpieza. ¿Es correcta la limpieza?:	
	13	No: Indica se realice nuevamente y regresa a la actividad 7	
	14	Si: Da instrucciones al afanador para el traslado	
Afanador.	15	Traslada los desechos de mercurio al almacén temporal para su disposición final, según protocolo establecido por el CSADEUM.	
Delegado Administrativo.	16	Supervisa los registros en la Bitácora, emite informe al Jefe de Servicio de sucesos ocurridos y archiva **TERMINA**	• Bitácora • Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MÉDICO Y/O ENFERMERA	DELEGADO ADMINISTRATIVO	AFANADOR



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales 2012	No Aplica
6.3 Organización Mundial de la Salud. El mercurio en el Sector Salud 2005.	No Aplica
6.4 Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)	No Aplica
6.5 Programa Institucional "Cuidado de la Salud por medio de la disminución o eliminación de metil mercurio" en el Hospital General de México.	No aplica
6.6 Salud sin Daño. Guía para la recolección de pequeños derrames de mercurio.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácora	1 año	Delegado Administrativo	No aplica
7.2 Informe	1 año	Delegado Administrativo	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Bitácora: Registro por escrito de las acciones que se llevaron a cabo en cierto trabajo o tarea. Esta bitácora incluye todos los sucesos que tuvieron lugar durante la realización de dicha tarea, las fallas que se produjeron, los cambios que se introdujeron y los costos que ocasionaron.
8.2 C.S.A.D.E.U.M: Comité en Salud Ambiental para Disminuir o Eliminar el Uso del Metil mercurio.
8.3 Esfigmomanómetro: Dispositivo para determinar la presión arterial que consta de un manguito para el brazo y la pierna. Tiene una bolsa de aire con la ayuda de un bulbo y un manómetro que indica la cantidad de presión que se ejerce sobre la arteria comunicada con un tubo a través del cual se llena de aire.
8.4 Herméticos: Bolsa de plástico, cierra perfectamente y no deja pasar el aire ni el líquido
8.5 Mercurio: (hg) elemento metálico. Su número atómico es 80; su peso atómico, 200.6. Es el único metal común que permanece líquido a temperatura ambiente y se encuentra en la naturaleza casi siempre en forma de sulfuro.
8.6 Metil mercurio: Compuesto neurotóxico capaz de concentrarse en el organismo (bioacumulación) y concentrarse así mismo en la cadena alimenticia, que ocupa un lugar especial debido a que un cierto porcentaje de la población mundial está expuesta a él de una forma u otra y su toxicidad está mejor caracterizada por la investigación médica que la de otros compuestos orgánicos del mercurio.
8.7 Protocolo: Programa escrito en el que se especifican los procedimientos a seguir para la realización de una determinada exploración, en el curso de una investigación o en la prestación de asistencia por una determinada enfermedad.
8.8 Termómetro: Instrumento utilizado para medir la temperatura. Consta de un tubo cerrado de vidrio, marcado en grados centígrados o grados Fahrenheit, que contiene mercurio fácilmente dilatable. El líquido asciende o desciende en el tubo según se expande o contrae por acción de los cambios de temperatura.
8.9 Ziplock: Marca de fábrica disponible, que se puede volver a sellar bolsas del almacenaje de la cremallera.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	No Aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Técnica de Limpieza de Superficies por Derrame de Mercurio.
10.2 Formato de Bitácora e instructivo

10.1 Técnica de Limpieza de Superficies por Derrame de Mercurio.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

TÉCNICA DE LIMPIEZA DE SUPERFICIES POR DERRAME DE MERCURIO.

Concepto

Medidas encaminadas a limpiar y eliminar de las superficies, los residuos por derrame de mercurio ocasionados por la ruptura de termómetros y/o esfigmomanómetros y protegerse de los peligros con el uso correcto del equipo de protección.

Políticas y/o Normas

Es responsabilidad del personal médico, paramédico y a fin cumplir con los estándares para la Certificación de Hospitales: PFE.4, QPS.1, QPS.10, GLD.3.2.1, FMS.2, FMS.3, FMS.4,FMS.5, FMS.11 y FMS.11.1.

Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo:

- Difundir entre el personal a su cargo, los conocimientos necesarios para implementar las medidas ante un derrame de mercurio.
- Verificar la correcta realización de la técnica de limpieza establecida.

Es responsabilidad del personal médico, paramédico:

- Conocer las medidas a seguir ante un derrame de mercurio
- Notificar al Delegado Administrativo del servicio sobre el derrame de mercurio y/o fuga, para la limpieza, recolección y disposición final.
- Realizar en la medida que sea necesaria la evacuación de personas en el área afectada por el derrame y mantenerla cerrada, así como apagar el sistema de ventilación de la unidad.

Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Designar al personal para realizar la limpieza y recolección de derrames de mercurio.
- Indicar al personal, de manera inmediata, realizar el traslado de los residuos de mercurio al almacén temporal para su disposición final.
- Mantener el área de derrame con ventanas abiertas y/o ventiladores funcionando posterior a la limpieza.
- Contar con un kit para la limpieza y recolección por derrame de mercurio y mantenerlo a disposición del personal las 24 hrs del día.

Es responsabilidad del personal afanador:

- Realizar la limpieza, recolección y disposición de mercurio de acuerdo al procedimiento establecido por el “Comité en Salud Ambiental para Disminuir o Eliminar el uso del Metil mercurio” (CSADEUM) en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

- Mantener ventilada el área del derrame, posterior a la limpieza, con ventanas abiertas y ventiladaores funcionando mínimo una hora.

- Trasladar los desechos de mercurio de manera inmediata al almacén temporal para su disposición final según el procedimiento establecido por el CSADEUM.

- Evitar:

Colocar mercurio en bolsas de:

* Residuos peligrosos biológico – infeccioso.
* Residuos no peligrosos.
* Contenedores para punzocortantes.
  (Recuerde que se usa bolsa ziplock)

Utilizar escoba o trapeador para la limpieza del mercurio ya que favorece que el metal se fraccione en gotas más pequeñas y se dispersen.

Vaciar el mercurio en tarjas, lavabos o lavaderos ya que contamina de mercurio las aguas residuales.

Equipo y material del kit

- 4 o 5 bolsas herméticas, tipo *ziplock.*
- Bolsas de basura (2 mm o más de espesor)
- Contenedor de plástico con tapa (que cierre adecuadamente)
- Guantes de nitrilo.
- Toallas de papel.
- Cuadros de cartón
- Gotero o jeringa (sin aguja)
- Cinta adhesiva.
- Linterna.

Descripción de la técnica.

1. Retirar alhajas de manos y muñecas.

Colocarse guantes de nitrilo.

2. Verificar que no haya ventilación en el área.
3. Organizar materiales y equipo necesarios para limpiar el derrame en el orden que se usara.
4. Etiqueta las bolsas transparentes y herméticas *(tipo ziplock.)* con marcador indeleble, con la leyenda "*contaminado con mercurio".*
5. Envolver el termómetro roto en una toalla de papel, rotular con la leyenda "*Cuidado vidrio roto"* y colocarlo en la bolsa hermética y cerrar la bolsa.
6. Utilizar los cuadros de cartón y juntar las gotas de mercurio con pequeños movimientos, para no dispersarlo.
7. Recolectar o aspirar las gotas de mercurio, utilizando el gotero o jeringa para colocarlo en el contenedor de plástico y cerrarlo.
8. Colocar el contenedor de plástico en una bolsa hermética (*tipo ziplock).*
9. Localizar pequeños residuos de mercurio en el piso, utilizando una linterna, sosteniéndola en un ángulo bajo, lo más cercano al piso para buscar el brillo de los residuos de las gotas de mercurio que se encuentran en la superficie.
10. Utilizar cinta adhesiva para atrapar las gotas de mercurio que se encuentran en la superficie, doblando hacia dentro la cinta y depositarla en la bolsa hermética.
11. Colocar todos los materiales que fueron utilizados, en la limpieza del derrame, incluidos los guantes, en una bolsa de basura transparente y cerrarla.
12. Trasladar de inmediato el material y equipo contaminado al almacén temporal de residuos de mercurio para su disposición final.
13. Realizar la técnica de higiene de manos con agua y jabón
14. Realizar los registros del evento y las actividades en bitácora
15. Verificar que no haya ventilación en el área.

16. Organizar materiales y equipo necesarios para limpiar el derrame en el orden que se usara.
17. Etiqueta las bolsas transparentes y herméticas *(tipo ziplock.)* con marcador indeleble, con la leyenda "*contaminado con mercurio".*
18. Envolver el termómetro roto en una toalla de papel, rotular con la leyenda "*Cuidado vidrio roto"* y colocarlo en la bolsa hermética y cerrar la bolsa.
19. Utilizar los cuadros de cartón y juntar las gotas de mercurio con pequeños movimientos, para no dispersarlo.
20. Recolectar o aspirar las gotas de mercurio, utilizando el gotero o jeringa para colocarlo en el contenedor de plástico y cerrarlo.
21. Colocar el contenedor de plástico en una bolsa hermética (*tipo ziplock).*
22. Localizar pequeños residuos de mercurio en el piso, utilizando una linterna, sosteniéndola en un ángulo bajo, lo más cercano al piso para buscar el brillo de los residuos de las gotas de mercurio que se encuentran en la superficie.
23. Utilizar cinta adhesiva para atrapar las gotas de mercurio que se encuentran en la superficie, doblando hacia dentro la cinta y depositarla en la bolsa hermética.
24. Colocar todos los materiales que fueron utilizados, en la limpieza del derrame, incluidos los guantes, en una bolsa de basura transparente y cerrarla.
25. Trasladar de inmediato el material y equipo contaminado al almacén temporal de residuos de mercurio para su disposición final.
26. Realizar la técnica de higiene de manos con agua y jabón

Realizar los registros del evento y las actividades en bitácora.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

10.2 BITÁCORA DE LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN POR DERRAME DE MERCURIO.

UNIDAD:_____ SERVICIO: _____

(1) # DE EVENTO	**(2)** FECHA Y HORA DEL EVENTO	**(3)** SECCIÓN Y ÁREA AFECTADA	**(4)** DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO	**(5)** NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE REALIZA LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN	**(6)** CANTIDAD APROXIMADA DEL DERRAME	**(7)** HORA, NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ALMACÉN	**(8)** OBSERVACIONES	**(9)** Vo. Bo. DELEGADO ADMINISTRATIVO

(10) FOLIO_____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

10.2 INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA BITÁCORA DE LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN POR DERRAME DE MERCURIO HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

SERVICIO: Anotar el servicio que corresponda la bitácora. *(Por ejemplo***,** *Medicina Interna)*

UNIDAD: Registrar unidad correspondiente del servicio.*(Por ejemplo,* Unidad 308)

CUERPO:

La bitácora de limpieza y recolección por derrame de mercurio contiene nueve rubros. Registrar con letra de molde legible y tinta negra para su llenado.

1.- # DE EVENTO.- Anotar con números arábigos, la secuencia correspondiente por cada evento presentado.

2.- FECHA Y HORA DEL EVENTO.- Registrar la fecha (empezando por día mes y año) y hora del evento.

3.- SECCIÓN Y ÁREA AFECTADA.- Registrar la sección o área correspondiente, afectada por el derrame de mercurio. *(Por ejemplo, Sección "B", Área: Unidad de Cuidados Intensivos)*

4.- DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO.-Describir las características del material y equipo con mercurio expuesto en la sección y área afectada. *(Por ejemplo, termómetro de vidrio, escala de esfigmomanómetro)*

5.- NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE REALIZA LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN.- Registrar nombre, apellido paterno, materno y firma del personal afanador debidamente capacitado que realiza limpieza del derrame de mercurio en la sección y área afectada.

6.- CANTIDAD APROXIMADA DEL DERRAME.- Anotar, cantidad aproximada del derrame de mercurio en la sección y área reportada.

7.- HORA, NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ALMACÉN.- Anotar por parte del personal de almacén la hora, así como nombre y rubrica de quien recibe el contenedor, verificando que los desechos vengan en:

- Bolsas de plástico con sello hermético
- Recipientes herméticos, resistentes a la perforación, de plástico rígido
- Leyenda de etiquetado " Desechos de Mercurio Peligrosos"

8.- OBSERVACIONES.- Realizar anotaciones que el Delegado Administrativo y/o el afanador debidamente capacitado crea necesario durante la limpieza, manejo y recolección de desechos por derrame de mercurio.

9.- Vo Bo DEL DELEGADO ADMINISTRATIVO.- Registrar nombre, apellido paterno, materno y firma del Delegado Administrativo, verificando limpieza, manejo y recolección por derrame de mercurio.

10.- FOLIO.- Anotar con números arábigos y en forma progresiva, el folio correspondiente a cada hoja de la bitácora.

27. PROCEDIMIENTO PARA REQUISITAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA (PROTOCOLO UNIVERSAL)

1. PROPÓSITO

1.1 Dar cumplimiento a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 4. “Garantizar cirugías en lugar, paciente y procedimiento correcto”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección Quirúrgica, programa, coordina, supervisa y evalúa las acciones relacionadas en la aplicación de la LVSC; Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, coordina y supervisa los procedimientos que se realizan fuera de quirófano; Jefatura de Enfermería del Servicio, verifica y supervisa la aplicación LVSC; Enfermera Circulante coordina la aplicación de la LVSC junto con el equipo médico, a fin de brindar seguridad en el paciente que será intervenido quirúrgicamente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Quirúrgica es responsable de:

- Verificar y supervisar el cumplimiento con la Meta Internacional para la seguridad del paciente MISP4, Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente incorrecto.

- Verificar la aplicación de los tres momentos del Protocolo Universal:

- El marcado del sitio quirúrgico.
- Un proceso de verificación preoperatorio.
- Tiempo fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.
- Retroalimentar al personal médico respecto al registro de la LVSC.

- Identificar áreas de oportunidad en el registro de la LVSC.

- Gestionar la adquisición y abasto del formato Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (LVSC) y Carta de Consentimiento bajo Información para marcado de sitio quirúrgico.

3.2 Es responsabilidad del Jefe de Servicio:

- Supervisar la aplicación de la LVSC en la sala de operaciones y el tiempo fuera.

- Supervisar que el área médica dé cumplimiento a este procedimiento.

3.3 Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Verificar se cuente con el formato Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía y con el formato de la Carta de consentimiento bajo información para cirugía, en los servicios donde se realicen procedimientos quirúrgicos en sala de operaciones.

3.4 Es responsabilidad del personal de enfermería del área de preoperatorio o el área de recepción, verificar la identidad del paciente por medio de dos indicadores: el nombre del paciente y el número de expediente, además de revisar que el expediente clínico se encuentre completo y de la existencia del marcaje del sitio a intervenir, por medio del símbolo establecido institucionalmente, realizado con un marcador de tinta indeleble.

3.5 Es responsabilidad del equipo quirúrgico, colaborar con la enfermera circulante o personal que coordina, en el llenado de la Lista de verificación de la Seguridad en el momento dispuesto para cada fase.

3.6 Es responsabilidad de la Enfermera (circulante), coordinar el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (Protocolo Universal) en voz alta, tanto para los procedimientos realizados en quirófano. En casos específicos, si no se cuenta con enfermera circulante, podrá realizar esta actividad cualquier integrante del equipo quirúrgico.

3.7 Es responsabilidad del integrante del equipo quirúrgico encargado de requisitar la LVSC:

- Notificar al equipo cuando no se cumpla algún requisito, antes de pasar a la siguiente fase, las cuales se han establecido de la siguiente manera:

- Fase de Entrada: Es el periodo anterior a la inducción de la anestesia o antes de iniciar el procedimiento fuera de quirófano.

- Intermedio Quirúrgico (pausa o tiempo fuera): Es el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión cutánea o previa al inicio del procedimiento fuera de quirófano.

- Salida: Es el periodo de cierre de la herida quirúrgica o antes de que el paciente salga del quirófano o de la sala de procedimientos.

3.8 Es responsabilidad de la enfermera circulante antes de la inducción de la anestesia (entrada):

- Verificar antes de la inducción de la anestesia la identificación gráfica, verbal y cruzada de la identidad del paciente por medio de dos indicadores: nombre y número de expediente (en caso que el paciente no pueda identificarse (no coopera, está inconsciente, es pediátrico), confirmar con el familiar o tutor.

- Identificar el sitio quirúrgico y tipo de procedimiento a realizar, en coordinación con el médico cirujano o médico responsable de realizar el procedimiento.

- Verificar que la Carta de consentimiento bajo información para cirugía o procedimiento de alto riesgo este requisitada de acuerdo al procedimiento correspondiente.

- Verificar que el cirujano haya hecho el marcaje del sitio quirúrgico de acuerdo a los lineamientos establecidos institucionalmente.

- Confirmar la preparación del sitio quirúrgico o donde se realizará el procedimiento.

- Corroborar en conjunto con el anestesiólogo, la funcionalidad e instalación del sensor del oxímetro en el paciente (si procede) de la máquina de anestesia (si procede), el riesgo de hemorragia, la dificultad en el acceso de la vía aérea, reacciones alérgicas, disponibilidad de acceso intravenoso y ministración de líquidos adecuados (Si procede).

- Corroborar en conjunto con el anestesiólogo y el cirujano, la disponibilidad de hemoderivados y que se cuente con prueba de compatibilidad ante el riesgo de pérdida sanguínea (Si procede).

3.9 Es responsabilidad de la enfermera circulante coordinar al equipo quirúrgico antes de la incisión cutánea (Tiempo fuera) en las siguientes actividades:

- Presentarse en voz alta por su nombre y función, si ya han realizado cirugías en el transcurso del día, solo confirmar que todos los presentes se conocen.

- Confirmar en voz alta la identidad del paciente, el sitio quirúrgico correcto y el procedimiento aplicando el tiempo fuera o “Time Out”.

- Ratificar y notificar la información recibida por el cirujano respecto a la previsión de eventos críticos durante el procedimiento quirúrgico.

- Confirmar la esterilidad del equipo e instrumental (personal de enfermería) si se cuenta con indicadores del proceso de esterilización, anexar la tira reactiva a la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (si procede). No se considera indicador la cinta testigo.

- Verificar la ministración de antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores, de acuerdo a las guías quirúrgicas institucionales (si procede).

- Confirmar la disponibilidad del equipo para la visualización de imágenes diagnósticas.

3.10 Es responsabilidad de la enfermera circulante coordinar al equipo quirúrgico, antes de que el paciente salga de quirófano (Salida) en las siguientes actividades:

- Confirmar la operación realizada, el recuento completo de gasas, instrumental y agujas, el etiquetado de muestras biológicas obtenidas, así como los problemas que se presentaron en relación al funcionamiento del instrumental o equipos.

- Planificar y considerar situaciones críticas durante el postoperatorio del paciente.

3.11 Es responsabilidad del equipo quirúrgico notificar, a través del Formato institucional correspondiente, el reporte de eventos adversos, en caso de que se presentasen, con apego al procedimiento correspondiente, y darle seguimiento.

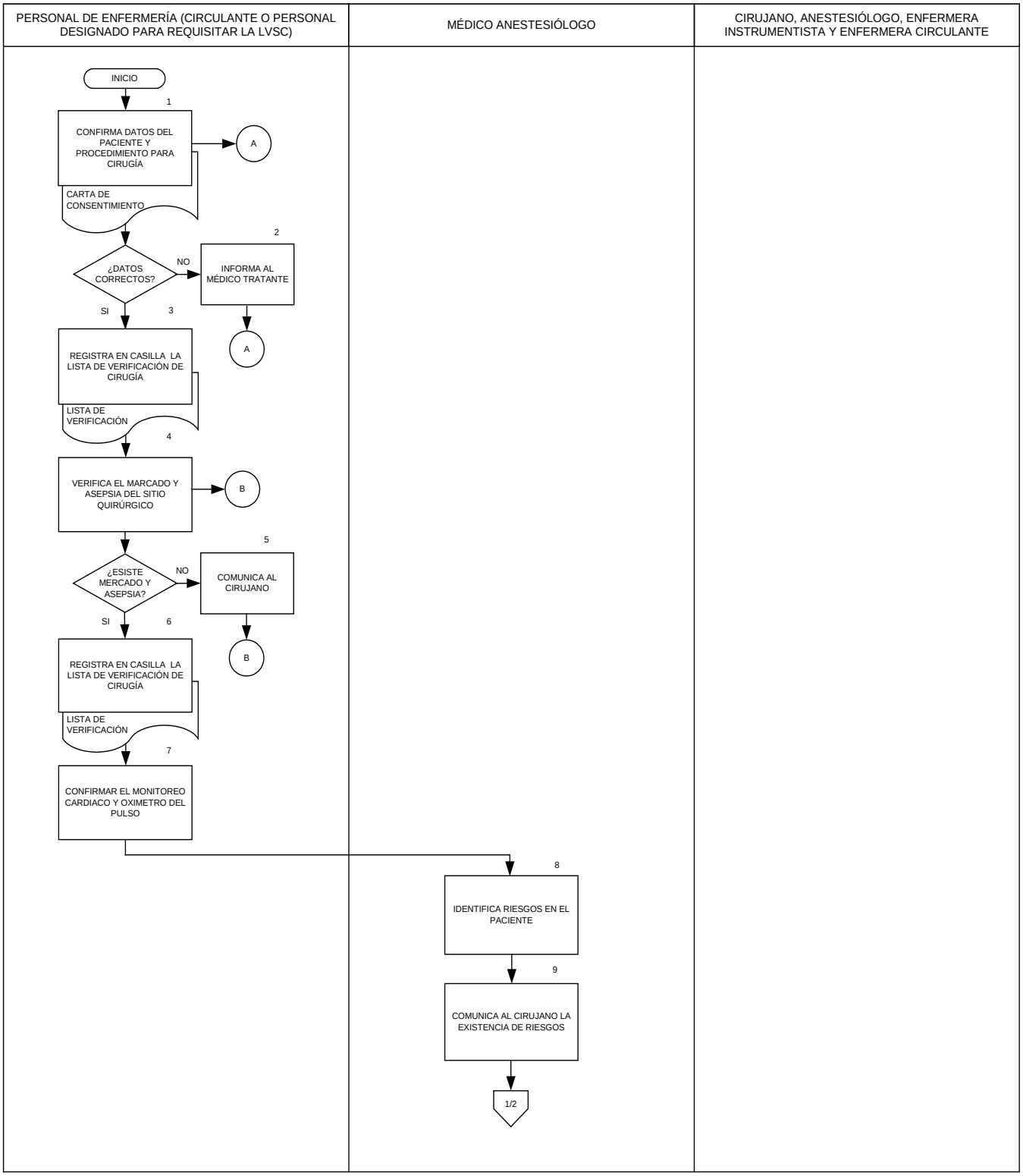
3.12 Es responsabilidad de la Jefe de Enfermeras documentar diariamente, en la “Bitácora de seguimiento de pacientes quirúrgicos”, el número de LVSC integradas al expediente clínico y requisitados conforme a los criterios establecidos.

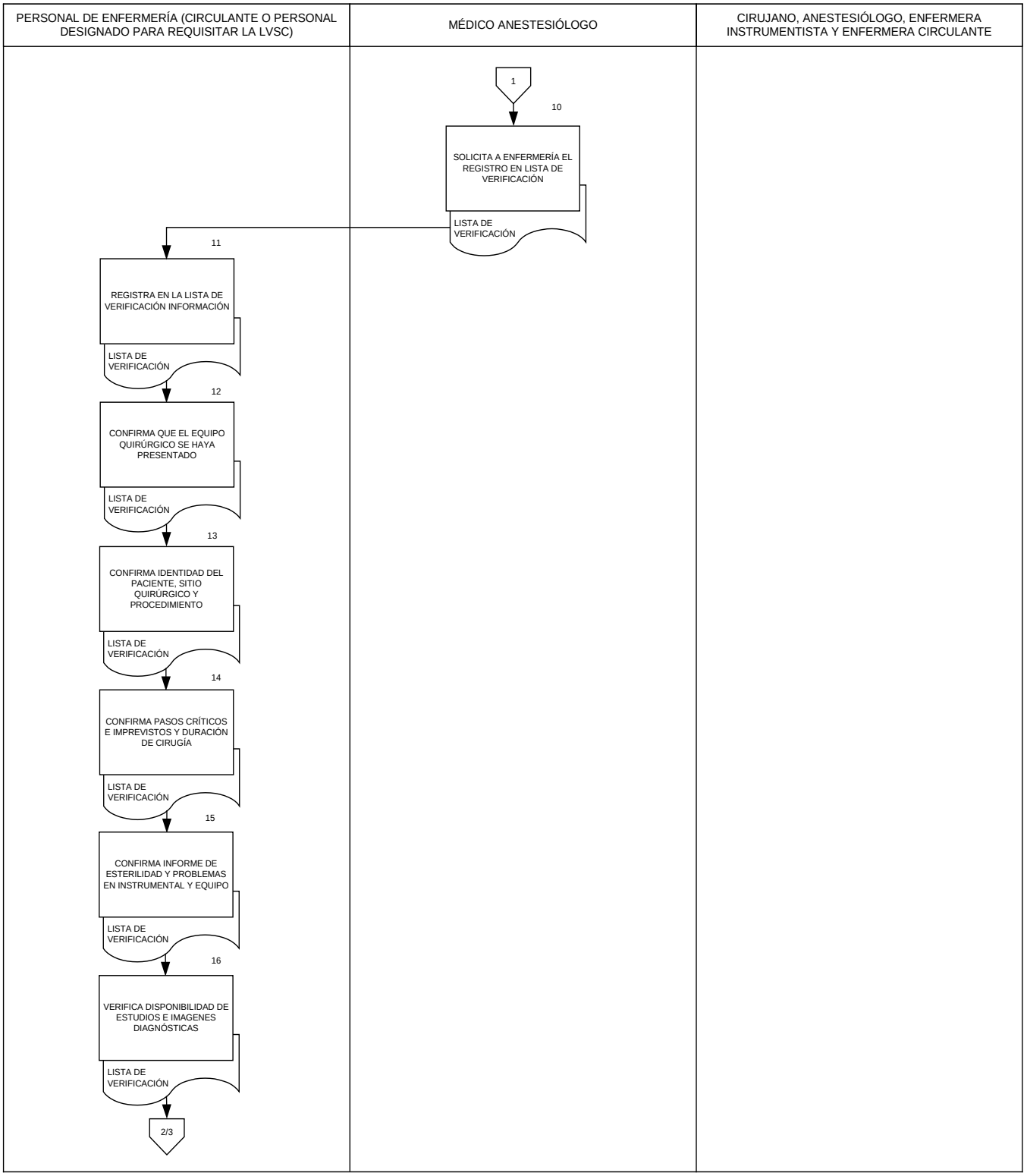
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

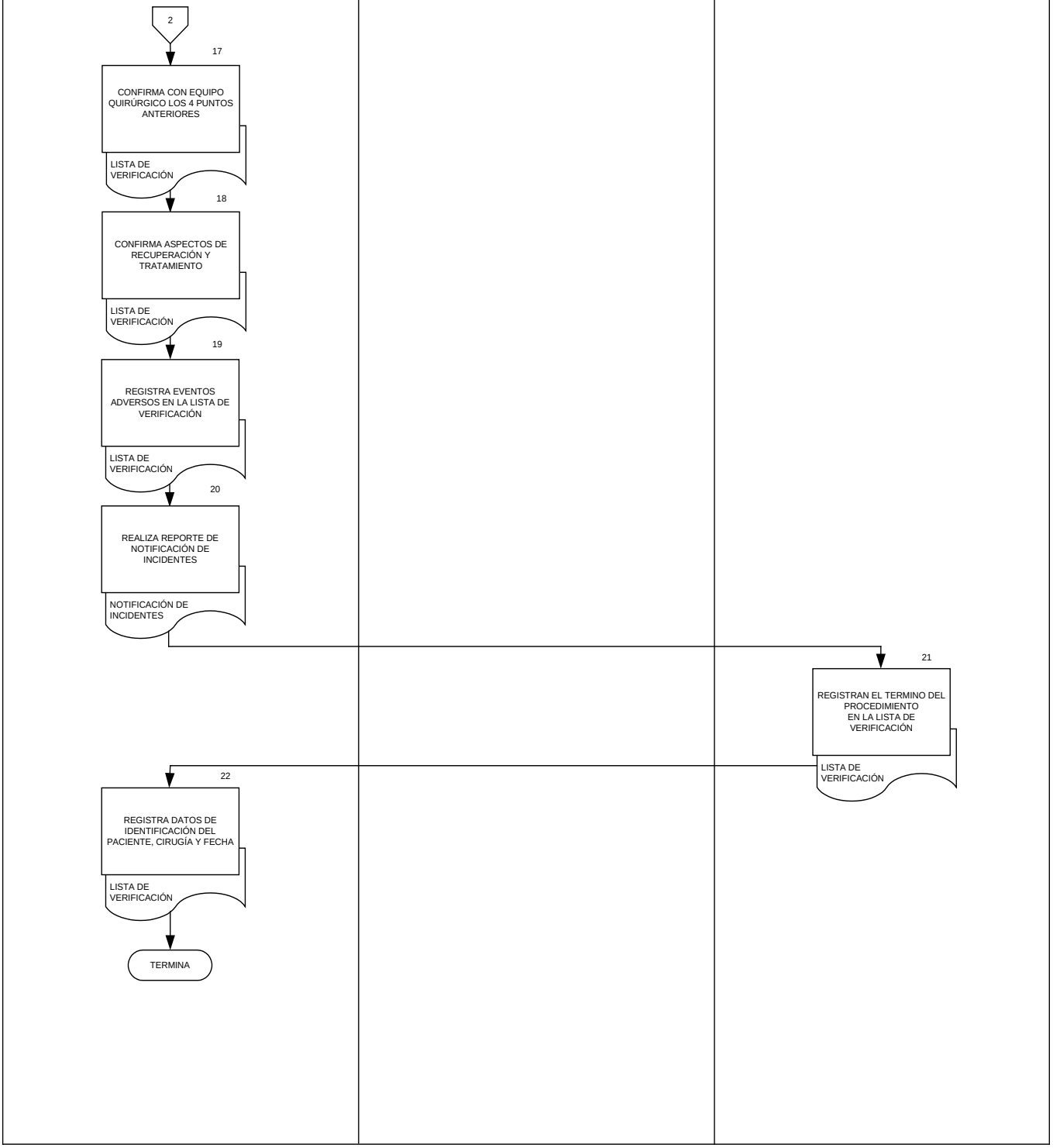
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería(Circulante o Personal Designado para Requisitar la LVSC)	1	Confirma antes de la inducción de la anestesia (Entrada), con el paciente: identidad, sitio quirúrgico, nombre del procedimiento que le van a realizar y carta de consentimiento bajo información para cirugía. ¿Los datos del paciente son correctos?	• Carta de consentimiento • Lista de verificación
	2	No: Informa al médico cirujano tratante y regresa a la actividad 1.	
	3	Si: Registra en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	
	4	Verifica que exista el marcado de sitio quirúrgico y asepsia del sitio quirúrgico. ¿Existe el marcado y la asepsia del sitio quirúrgico?	
	5	No: Comunica al cirujano y regresa a la actividad 4.	
	6	Si: Registra en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	
	7	Pregunta al anestesiólogo si el monitoreo cardíaco y oxímetro de pulso está colocado y funcionando.	
Médico Anestesiólogo	8	Identifica riesgos en el paciente: - Existencia de alergias, - Valoración de vía aérea, - Riesgo de aspiración, - Riesgo de hemorragia, - Disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados, - Hemoderivados disponibles y cruce de sangre, - Administración de profilaxis antitrombótica y antibiótica	• Lista de verificación
	9	Comunica al cirujano la existencia o no de riesgos, en caso de existir se toman medidas preventivas.	
	10	Solicita al personal de Enfermería (circulante), que registre en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	
Personal de Enfermería(Circulante o Personal Designado para Requisitar la LVSC)	11	Registra en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía la información proporcionada por el anestesiólogo.	• Lista de verificación
	12	Confirma antes de la incisión cutánea (Tiempo fuera) que todos los integrantes del equipo quirúrgico se hayan presentado (de forma verbal) por su nombre y función, registrando en la casilla correspondiente.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería(Circulante o Personal Designado para Requisitar la LVSC)	13	Confirma con el cirujano, anestesiólogo y enfermera quirúrgica la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento a realizar, registrando en la casilla correspondiente.	• Lista de verificación • Notificación de Incidentes
	14	Confirma con el cirujano y anestesiólogo informe los posibles pasos críticos e imprevistos, duración de la cirugía, pérdida de sangre prevista, algún problema específico y registra en la casilla correspondiente.	
	15	Confirma con el personal de Enfermería instrumentista informe de la esterilidad y problemas relacionados con el instrumental y los equipos, así como el conteo del mismo y registra en la casilla correspondiente.	
	16	Verifica que estén disponibles los estudios de imágenes diagnósticas y registra en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la seguridad en la Cirugía.	
	17	Confirma con el equipo quirúrgico: - Nombre del procedimiento realizado. - Recuento completo de instrumental quirúrgico, gasas y agujas. - Identificación y etiquetado de muestras obtenidas. - Problemas relacionados con instrumental y equipo. - Registro en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	
	18	Confirma verbalmente con el cirujano, anestesiólogo y enfermería los principales aspectos relacionados con la recuperación, tratamiento del paciente y registra en la casilla correspondiente.	
	19	Registra en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía, si existieron eventos adversos.	
	20	Realiza el reporte en el “Formato de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente”.	
Cirujano, Anestesiólogo, Enfermera Instrumentista y Enfermera Circulante	21	Registran en la casilla correspondiente de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía, al término del procedimiento el nombre y firma.	• Lista de verificación
Personal de Enfermería(Circulante o Personal Designado para Requisitar la LVSC)	22	Al término del procedimiento registra los datos de identificación del paciente, número de expediente, cirugía realizada y fecha de procedimiento, en la lista de verificación de la seguridad en la cirugía. **TERMINA**	• Lista de verificación

5. DIAGRAMA DE FLUJO




PERSONAL DE ENFERMERÍA (CIRCULANTE O PERSONAL DESIGNADO PARA REQUISITAR LA LVSC)
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO, ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y ENFERMERA CIRCULANTE
1
10
SOLICITA A ENFERMERÍA EL REGISTRO EN LISTA DE VERIFICACIÓN
LISTA DE VERIFICACIÓN
11
REGISTRA EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN
LISTA DE VERIFICACIÓN
12
CONFIRMA QUE EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE HAYA PRESENTADO
LISTA DE VERIFICACIÓN
13
CONFIRMA IDENTIDAD DEL PACIENTE, SITIO QUIRÚRGICO Y PROCEDIMIENTO
LISTA DE VERIFICACIÓN
14
CONFIRMA PASOS CRÍTICOS E IMPREVISTOS Y DURACIÓN DE CIRUGÍA
LISTA DE VERIFICACIÓN
15
CONFIRMA INFORME DE ESTERILIDAD Y PROBLEMAS EN INSTRUMENTAL Y EQUIPO
LISTA DE VERIFICACIÓN
16
VERIFICA DISPONIBILIDAD DE ESTUDIOS E IMAGENES DIAGNÓSTICAS
LISTA DE VERIFICACIÓN
2/3


PERSONAL DE ENFERMERÍA (CIRCULANTE O PERSONAL DESIGNADO PARA REQUISITAR LA LVSC)
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO, ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y ENFERMERA CIRCULANTE
2
17
CONFIRMA CON EQUIPO QUIRÚRGICO LOS 4 PUNTOS ANTERIORES
LISTA DE VERIFICACIÓN
18
CONFIRMA ASPECTOS DE RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO
LISTA DE VERIFICACIÓN
19
REGISTRA EVENTOS ADVERSOS EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN
LISTA DE VERIFICACIÓN
20
REALIZA REPORTE DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES
NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES
21
REGISTRAN EL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN
LISTA DE VERIFICACIÓN
22
REGISTRA DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, CIRUGÍA Y FECHA
LISTA DE VERIFICACIÓN
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General 2012. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No aplica
6.4 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato “Carta de Consentimiento Bajo Información para Cirugía”.	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.2 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.3 Expediente clínico.	5 años	Archivo General	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Área de preoperatorio. Área donde se realiza la recepción del paciente, antes de operarse, donde se le proporciona cuidados inmediatos de acuerdo al tipo de cirugía que se le va a realizar.

8.2 Área de transoperatorio. Lugar específico donde se lleva a cabo las intervenciones quirúrgicas.

8.3 Área de postoperatorio. Área de recuperación post-anestesia, en donde se proporcionan cuidados intensivos mediatos e inmediatos a todos los pacientes después de la intervención quirúrgica.

8.4 Consentimiento informado. documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.5 Expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.6 Identificación del paciente. Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

8.7 Incisión quirúrgica. Es el corte en las estructuras diversas anatómicas que abren el camino a la zona a intervenir.

8.8 Marcado del sitio quirúrgico. Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en la piel del paciente el área que será intervenida quirúrgicamente, este procedimiento se realiza únicamente en el preoperatorio y tiene como objetivo prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

8.9 Marcado documental del sitio quirúrgico. Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en los formatos; Consentimiento informado para marcado de sitio quirúrgico y Registros clínicos de Enfermería, el área que será intervenida quirúrgicamente en el paciente.

8.10 Paciente. Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

8.11 Unidad quirúrgica. Conjunto de secciones técnicas y administrativas que incluye: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, central de equipos y esterilización y servicios anexos, destinados a dar la atención al paciente candidato a cirugía cumpliendo con esto los objetivos de prevención, curación.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico.
10.2 Listas de Verificación de la Seguridad en la Cirugía y de Procedimientos fuera de Quirófano
10.3 Formato de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

10.1 Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

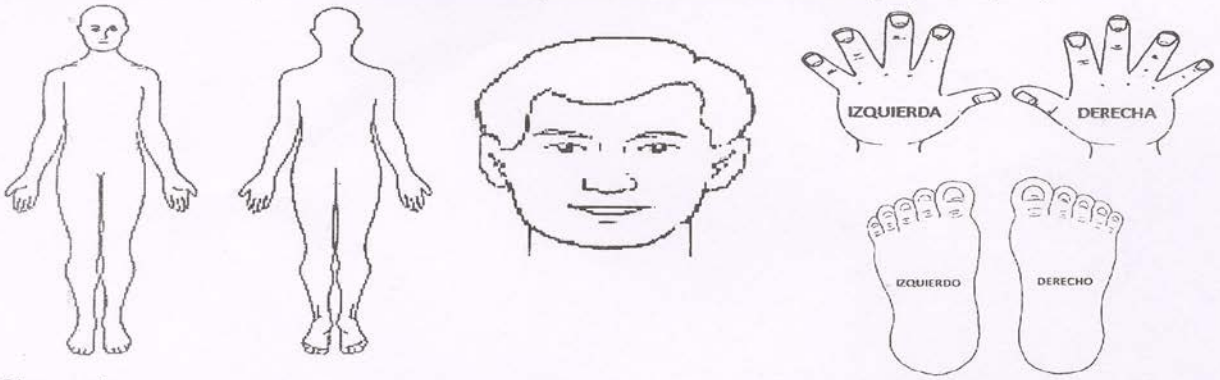
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO

Lugar y fecha _____
Nombre completo _____
Expediente Clínico Único (ECU) _____ Edad _____
Nombre del familiar responsable _____
Representante Legal _____

El marcado del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en su cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el área que será intervenida quirúrgicamente.

Por lo anterior, manifiesto que me explicaron a mi entera satisfacción la importancia del marcado del sitio a operar, permitiéndome formular preguntas referentes a este procedimiento, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo al médico cirujano tratante: _____ marque en mi cuerpo, el sitio para la realización de la cirugía: _____
Así también, corroboro que la marca hecha en el esquema coincide con la de mi cuerpo (área a operar).



Observaciones: _____

Nombre y Firma del Paciente	Nombre y Firma del Médico Cirujano Tratante
Nombre y Firma del Familiar Responsable	Nombre y Firma del Representante Legal
Nombre y Firma Testigos Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigos Quien se identifica con:

Nota: la presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley correspondiente.

Dr. Balmis No. 148 col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720 México, D.F. Tel. 27 89 20 00

10.2 Listas de Verificación de la Seguridad en la Cirugía y de Procedimiento fuera de Quirófano.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

PROTOCOLO UNIVERSAL

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Licencia Sanitaria No. 13 AM 09 015 0005

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO
ENTRADA	**TIEMPO FUERA**	**SALIDA**

1. SE HA CONFIRMADO:
- IDENTIDAD DEL PACIENTE □ SI □ NO □ NA
- SITIO QUIRÚRGICO □ SI □ NO □ NA
- PROCEDIMIENTO □ SI □ NO □ NA
- CONSENTIMIENTO FIRMADO. □ SI □ NO □ NA

2. SE REALIZÓ MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO EN LA PIEL DE PACIENTE
□ SI □ NO □ NA

3. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO
□ SI □ NO □ NA

4. MONITOREO CARDIACO Y OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
□ SI □ NO □ NA

5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?
□ SI □ NO

6. VÍA AÉREA DIFÍCIL
□ SI □ NO □ NA

7. ¿EXISTE RIESGO DE ASPIRACIÓN?
□ SI □ NO □ NA

8. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS)
□ SI □ NO □ NA

9. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS?
□ SI □ NO

10. HEMODERIVADOS DISPONIBLES (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
□ SI □ NO □ NA

11. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS?
□ SI □ NO □ NA

12. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
□ SI □ NO □ NA

13. CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y DE ENFERMERÍA, CONFIRMAR VERBALMENTE:
- IDENTIDAD DEL PACIENTE □ SI □ NO
- SITIO QUIRÚRGICO □ SI □ NO
- PROCEDIMIENTO A REALIZAR □ SI □ NO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:

14. EL CIRUJANO REVISA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE.
□ SI □ NO

15. EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
□ SI □ NO □ NA (Anestesia Local)

16. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO).
□ NO □ SI

17. SE CUENTA CON ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESCENCIALES
□ SI □ NO □ NA

18. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
□ SI □ NO

19, QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS Y AGUJAS SEA CORRECTO Y COMPLETO.
□ SI □ NO

20. SE REALIZA IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE Y ECU)
□ SI □ NO □ NA

21. SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.
□ SI □ NO

22. EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
□ SI □ NO □ NA

23. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?
□ SI □ NO

24. REPORTE DEL EVENTO ADVERSO
□ SI □ NO

25. EQUIPO QUIRÚRGICO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN
(Especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre completo	Firma
CIRUJANO:		
ANESTESIÓLOGO:		
INSTRUMENTISTA:		
CIRCULANTE:		

26. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

FECHA: _____

NA=No Aplica

SALUD

PROTOCOLO UNIVERSAL
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO

Licencia Sanitaria No. 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

ANTES DE ENTRAR A LA SALA DE PROCEDIMIENTOS — ENTRADA

1. SE HA CONFIRMADO:

IDENTIDAD DEL PACIENTE	☐ SI	☐ NO	☐ NA
SITIO QUIRÚRGICO	☐ SI	☐ NO	☐ NA
PROCEDIMIENTO A REALIZAR	☐ SI	☐ NO	☐ NA
CONSENTIMIENTO FIRMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO	☐ SI	☐ NO	☐ NA

2. SE REALIZA LOCALIZACIÓN DEL SITIO DEL PROCEDIMIENTO

☐ SI ☐ NO ☐ NA

EL ANESTESIÓLOGO CONFIRMA:

3. DISPONIBILIDAD DE FUENTE DE OXÍGENO

☐ SI ☐ NO

4. OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO

☐ SI ☐ NO

5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?

☐ SI ☐ NO

6. VÍA AÉREA DIFÍCIL

☐ SI ☐ NO ☐ NA

7. ¿EXISTE RIESGO DE ASPIRACIÓN?

☐ SI ☐ NO ☐ NA

8. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 MIL/KG EN NIÑOS)

☐ SI ☐ NO ☐ NA

9. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS?

☐ SI ☐ NO

NA=No Aplica

ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO — TIEMPO FUERA

10. PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y DE ENFERMERÍA, CONFIRMAR VERBALMENTE:

IDENTIDAD DEL PACIENTE	☐ SI	☐ NO
SITIO DEL PROCEDIMIENTO	☐ SI	☐ NO
PROCEDIMIENTO A REALIZAR	☐ SI	☐ NO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:

11. EL PERSONAL MÉDICO REVISA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

☐ SI ☐ NO ☐ NA

12. EL ANESTESIÓLOGO REVISA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

☐ SI ☐ NO ☐ NA

13. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO).

☐ NO ☐ SI

14. SE CUENTA CON ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESCENCIALES

☐ SI ☐ NO ☐ NA

ANTES DE SALIR DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS — SALIDA

15. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO MÉDICO.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.

☐ SI ☐ NO

16. SE REALIZA IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE Y ECU)

☐ SI ☐ NO ☐ NA

17. EL PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

☐ SI ☐ NO ☐ NA

18. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?

☐ SI ☐ NO

19. REPORTE DEL EVENTO ADVERSO

☐ SI ☐ NO

20. EQUIPO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN
(Especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre completo	Firma
MÉDICO RESPONSABLE		
ANESTESIÓLOGO:		
PERSONAL DE ENFERMERÍA		

21. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____

PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

FECHA: _____

10.3 Formato de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

¿Ocurrió daño al paciente?

Si | No | Casi

Fecha de Notificación: _____

Fecha del incidente: _____

Hora en que ocurrió: _____

Turno: _____

¿Servicio donde ocurrió? _____

Servicio responsable del paciente: _____

¿Quién notifica?: _____

Cargo: _____

Describa brevemente qué ocurrió:

Paciente: _____

E.C.U.:_____ Sexo: Masc. _____ Fem. _____

Edad: _____ Cama: _____

Diagnóstico de ingreso:

Especifique el tipo de incidente. Puede marcar uno o varios:

____ Administrativo
____ Procedimiento clínico quirúrgico
____ Infección asociada a la atención
____ Medicación / Líquidos intravenosos
____ Sangre / Productos sanguíneos
____ Nutrición
____ Oxígeno / Gases / Vapores
____ Dispositivos / Equipos médicos
____ Comportamiento o mal trato del personal
____ Acciones de los pacientes
____ Infraestructura instalaciones
____ Gestión de la organización

Probables causas:

¿El daño es prevenible?: Si ____ No ____

Autoridad enterada.

Nombre: _____

Firma: _____

Acciones de limitación del daño:

Plazo para el cumplimiento de acciones de mejora y responsables:

Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica

Sello de Recibido:

No de Folio: _____

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

RESUMEN CLÍNICO DEL PACIENTE

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Tipo de incidente	Proceso / Documentos involucrados	Problema
☐ Medicación / Soluciones intravenosas		
☐ Documentación	☐ Órdenes / Solicitudes ☐ Expediente clínico ☐ Lista de verificación ☐ Certificados ☐ Políticas / Procedimientos / Guías Clínicas ☐ Identificación ☐ Resultados / Imágenes	☐ Documento extraviado o no disponible ☐ Retraso en el acceso a documentos ☐ Documentos asignados a paciente incorrecto ☐ Información confusa / Incompleta / Ambigua / Ilegible
☐ Administración Clínica	☐ Entrega de expediente ☐ Citas / Lista de espera ☐ Referencia / Interconsulta ☐ Admisión ☐ Alta ☐ Transferencia de atención ☐ Identificación del paciente ☐ Consentimiento ☐ Respuesta a emergencias	☐ No realizado cuando se indicó ☐ Incompleta / Inadecuada ☐ No disponible ☐ Paciente equivocado ☐ Proceso / Servicio equivocado
☐ Proceso Clínico / Procedimiento	☐ Revisión de Rutina ☐ Diagnóstico ☐ Procedimiento / Tratamiento / Intervención ☐ Pruebas / Muestras	☐ No realizado cuando se indicó ☐ Incompleto, inadecuado ☐ No disponible ☐ Paciente equivocado ☐ Tratamiento o procedimiento equivocado ☐ Parte / Lado / Sitio corporal equivocado
☐ Sangre / Hemoderivados		
☐ Oxígeno / Gas / Vapor	☐ Suministro, solicitud	☐ Otro _____
☐ Nutrición	☐ Prescripción / Solicitud ☐ Preparación ☐ Suministro / Solicitud ☐ Presentación ☐ Entrega ☐ Distribución ☐ Administración ☐ Almacenamiento	☐ Paciente equivocado ☐ Dieta equivocada ☐ Cantidad equivocada ☐ Frecuencia equivocada ☐ Consistencia equivocada ☐ Almacenamiento equivocado
☐ Dispositivos y equipo Médico	☐ Tipo de Dispositivos / Equipos _____	☐ Presentación o empaque inadecuados ☐ Falta de disponibilidad ☐ Inapropiado para la tarea ☐ Sucio / No estéril ☐ Falla / Mal funcionamiento ☐ Desconexión / Mala conexión / Separación ☐ Error del usuario

Continúa a la vuelta...

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

☐ Caídas
- ☐ Tropiezo
- ☐ Resbalón
- ☐ Colapso
- ☐ Pérdida de equilibrio
- ☐ De la Cama / Cuna
- ☐ De la Silla
- ☐ De la Camilla
- ☐ En el Baño
- ☐ Con Equipo terapéutico
- ☐ Durante traslado apoyado por otra persona

☐ Recursos / Gerencia Organizacional
- ☐ Organización del personal / Disponibilidad de Camas
- ☐ Protocolos / Políticas / Procedimiento / Guías clínicas

☐ Aumento de requerimientos
- ☐ Incremento en tiempo de estancia ☐ ¿Cuántos días? _____
- ☐ Admisión a áreas de cuidados especiales
- ☐ Tratamientos Adicionales / Exámenes
- ☐ Requerimientos de personal especializado
- ☐ Requerimientos de equipo adicional

FACTORES CONTRIBUYENTES QUE FAVORECIERON LA APARICIÓN DEL EVENTO ADVERSO

FACTORES DEL PERSONAL MÉDICO

☐ Factores de conocimiento
- ☐ Percepción / Entendimiento
- ☐ Solución de problemas basados en el conocimiento
- ☐ Basado en las reglas
- ☐ Descuido / Periodo de error distracción / Olvido

☐ Factores de Desempeño
- ☐ Error técnico en la ejecución (física)
- ☐ Fracaso para hacer / Sintetizar la información disponible
- ☐ Distracción / Falta de atención
- ☐ Fatiga / Agotamiento
- ☐ Falta de personal

☐ Comportamiento
- ☐ Incumplimiento
- ☐ Violación de rutina
- ☐ Comportamiento riesgoso / imprudente

☐ Factores de comunicación
- ☐ Métodos de comunicación
  - ☐ Basado en el papel
  - ☐ Electrónico
  - ☐ Verbal
- ☐ Dificultades de lenguaje
  - ☐ Con el personal médico
  - ☐ Con el paciente

FACTORES DEL PACIENTE

☐ Factores de conocimiento
- ☐ Entendimiento
- ☐ Basado en las reglas
- ☐ Descuido / Periodo de Error Distracción / Olvido

☐ Factores de comunicación
- ☐ Métodos de comunicación
  - ☐ Basado en el papel
  - ☐ Electrónico
  - ☐ Verbal
- ☐ Dificultades de lenguaje
  - ☐ Con el personal médico
  - ☐ Con el paciente

FACTORES DE SERVICIO

☐ Protocolos / políticas / procedimientos / procesos
☐ Cultura
☐ Disciplina

28. PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR ERRORES POR ÓRDENES VERBALES O TELEFÓNICAS.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para describir las actividades que se deben realizar para prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas, en situaciones de urgencias médicas así como cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente Número 2: "Mejorar la comunicación efectiva", con la finalidad de proporcionar una calidad de la atención acorde a las políticas del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", además de garantizar la precisión de las indicaciones solicitadas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento aplica a todas las áreas de atención médica como son: Hospitalización, Terapia Médica Intensiva, Urgencias Adultos, Urgencias Pediatría y Urgencias GinecoObstétricas y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, por lo imprevisto de aparición de casos que lo requieren, realizan la actividad concerniente a este procedimiento.

2.2 A nivel externo: este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Médico de Base encargado de la atención del paciente es responsable y tiene la facultad de dar indicaciones médicas verbales o por vía telefónica, única y exclusivamente en situaciones de urgencia (todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata). Para fines de este procedmiento "comunicación efectiva" es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe (receptor) y el prestado de atención médica que lo emite (emisor)

3.2 Es responsabilidad del Médico ratificar en la hoja de indicaciones médicas, la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, anotando nombre completo y firma, después del evento, al término de turno o máximo en el turno siguiente.

3.3 Únicamente en las situaciones de urgencia, el personal de laboratorio o de radiología y diagnóstico por imagen, queda facultado para dar resultados de manera verbal sobre procedimientos que efectúe principalmente en el servicio de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos o Quirófano, si se lo solicitan, posteriormente emitir por escrito antes del término de turno o máximo en el siguiente, en los formatos establecidos por la Institución los resultados que se hayan proporcionado verbalmente.

3.4 En caso de presentarse un evento adverso, el prestador de atención médica será responsable de realizar el reporte y enviarlo a la Unidad de Calidad y Seguridad en la Atención Médica, con apego al procedimiento establecido para este fin.

3.5 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínica, así como del personal en formación:

- Cumplir con este procedimiento para mejorar la comunicación efectiva.
- Confirmar los datos identificatorios del paciente: nombre completo y Número de Expediente Clínico Único (ECU), previamente a ministrar o cumplir indicaciones médicas emitidas de manera verbal. En caso de no contar con ECU, se utilizará la fecha de nacimiento.
- Realizar el proceso *Escuchar -Escribir–Leer-Confirmar* para indicaciones y resultados de laboratorio y gabinete proporcionados de manera verbal y / o telefónica.
- Confirmar al receptor que la información es exacta con las palabras: "SÍ, ES CORRECTO".
- Anotar o escribir en hoja de indicaciones médicas la información que recibió (escuchó) especificando fecha, hora, nombre del prestador de atención médica que emite la indicación. (emisor)

3.6 Es responsabilidad del prestador de atención médica, de enfermería y en formación:

a) Apegarse a los estándares y Elementos Medibles (EM) del capítulo Servicios Auxiliares y de Diagnóstico **(SAD)**:

- SAD.1.3.1: Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan por escrito o de manera verbal correctamente.
- SAD 1.3.1 EM 2: Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.
- SAD.2.4.1 Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.
- SAD.2.4.1 EM 2. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

3.7 Es responsabilidad del prestador de la atención médica de enfermería y en formación de ambas áreas:

a) Apegarse a los estándares y elementos medibles (EM) del capítulo Manejo y Uso de Medicamentos **(MMU)**:

MMU 4 Hay políticas y procedimientos, basadas en buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción y transcripción de medicamentos.

MMU 4 EM 1: Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.

MMU 4.4 Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.

MMU 4.4 EM 1: Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente.

3.8 Es responsabilidad del prestador de la atención médica de base y en formación:

a) Apegarse a los estándares y elementos medibles (EM) del capítulo Atención de Pacientes **(COP)**:

COP.2.2 Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes, indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran al expediente clínico, en un lugar uniforme.

COP.2.2 EM 1: Las órdenes o indicaciones cumplen la política del establecimiento.

COP.2.2 EM 3: Sólo emiten órdenes o indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.

COP.2.3 EM 1: Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

COP.2.3 EM 2: Los resultados de los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

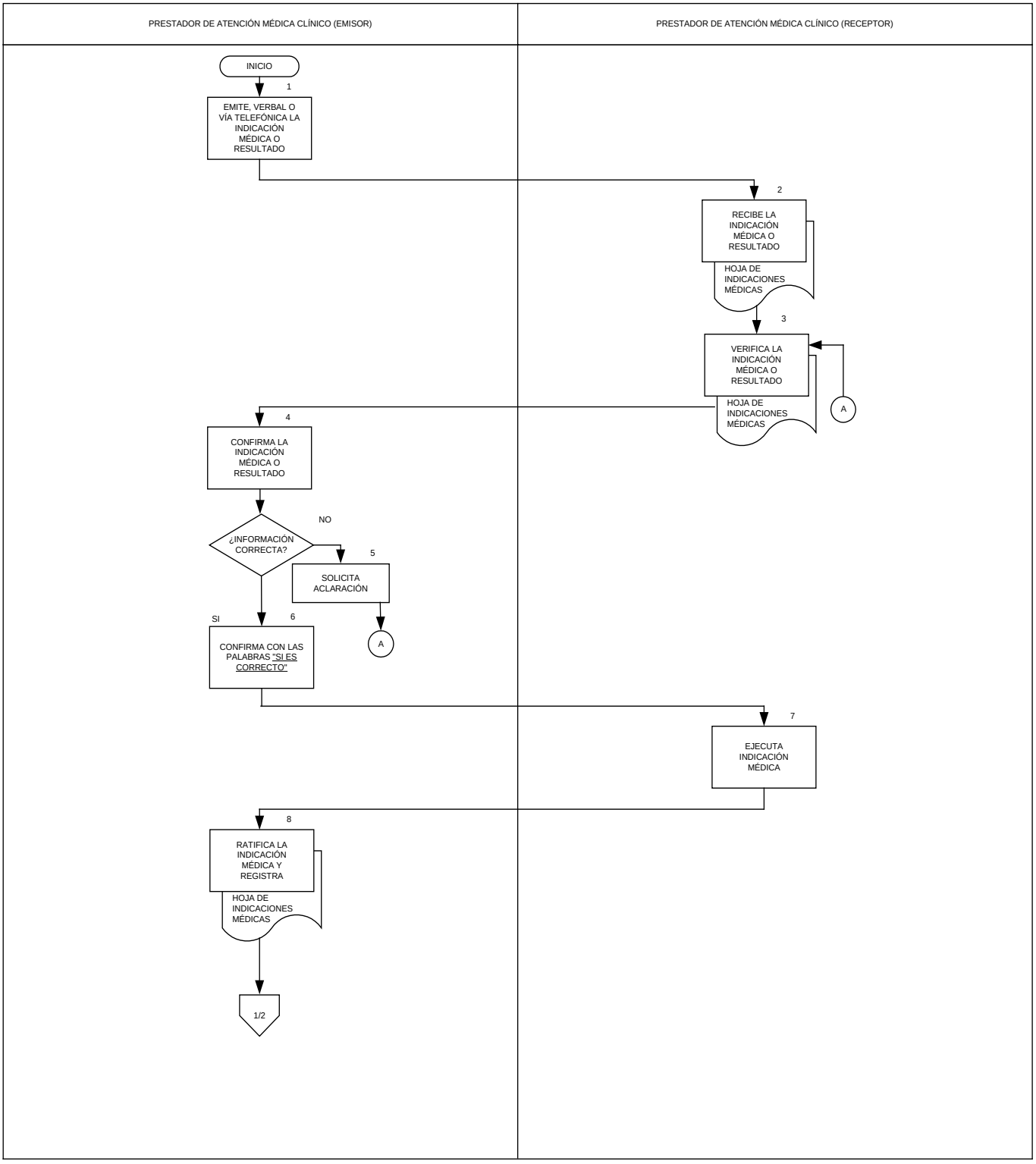
3.9 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Etica de los Servidores Públicos del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”, con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, el familiar y el prestador de servicios.

3.10 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	1	Emite al receptor, con voz clara y audible, la indicación médica o resultado del análisis clínico precisando los datos de identificación del paciente: nombre completo y Número de Expediente Clínico Único. En caso de no contar con expediente, utilizará la fecha de nacimiento.	
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	2 3	*Escucha* indicación médica o información de resultados del paciente y *escribe* en hoja de indicaciones médicas, precisando: fecha, hora y nombre del emisor. *Lee* al emisor, con voz clara y audible, la indicación médica o información de resultado.	• Hoja de indicaciones médicas
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	4 5 6	*Confirma* con el receptor que la información es correcta. ¿Es correcta la información? No: Solicita aclaración y regresa a la actividad 3 Si: Confirma con las palabras **"Sí, es correcto"**.	
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	7	Ejecuta indicación médica recibida (de manera verbal o vía telefónica).	
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	8	Ratifica la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, la anota en la hoja de indicaciones médicas y complementa con su nombre completo y firma, después del evento, antes del término de turno o máximo en el siguiente.	• Hoja de indicaciones médicas
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	9 10	Anota en la hoja de indicaciones médicas los resultados de análisis clínicos o prescripción de medicamentos. Anota en los registro de enfermería los medicamentos ministrados al paciente durante el evento y emitidos de manera verbal o telefónica. **TERMINA**	• Hoja de indicaciones médicas • Registros clínicos de enfermería

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICO (EMISOR)	PRESTADOR DE ATENCIÓN CLÍNICO (RECEPTOR)

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direcciòn General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones medicas	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.2 Hoja de registro de enfermería	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.3 Expediente clínico único	5 años	Archivo clínico	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 Comunicación efectiva: es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe (receptor) y el prestador de atención médica que la emite (emisor).

8.3 Emisor: Persona que emite un mensaje en un acto de comunicación.

8.4 Evento adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otros sucesos desfavorables que ocurren directamente asociados con la prestación de atención., que no están previstos durante la misma.

8.5 Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud (médicos y otros profesionales de la salud) deberá hacer los registros, anotaciones, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones, detalles del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8.6 Identificación del paciente. Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

8.7 Identificador institucional. Dato informativo (nombre completo y Expediente Clínico Único) que permite confirmar la identidad de una persona a la que se presta atención médica.

8.8 Paciente: Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

8.9 Personal de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de apoyo a la atención médica, como: laboratorios de análisis clínicos, radiología, anatomía patológica, electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopía, radioterapia e isótopos radiactivos, medicina física, fisioterapia y rehabilitación.

8.10 Prestador de atención médica clínico: Personal de salud que proporciona atención directa al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, radiólogo. Puede ser de base o en formación.

8.11 Receptor: En el proceso de comunicación, se refiere a quién va dirigido el mensaje, el que recibe o quien lo interpreta.

8.12 Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

8.13 Urgencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)

29. PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

1. PROPÓSITO

1.1 Describir la secuencia de actividades para la prevención de neumonia nosocomial asociada a ventilación mecánica,a fin de coadyuvar al cumplimiento del propósito del Estándar para la Certificación de Hospitales, Prevención y Control de Infecciones (PCI).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes; la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas con el cuidado de los pacientes y el Departamento de Epidemiología establece las medidas de prevención y control pertinentes para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico que brinda atención a pacientes con ventilación mecánica cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente, número 5: “Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica” y apegarse a los estándares y elementos medibles para la Certificación de Hospitales del capítulo *Prevención y Control de Infecciones (PCI):*

- PCI 6. La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones. EM 2 Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.

3.2 El prestador de atención médica clínico es responsable de conocer y aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, en sus apartados:

- 10.6.4 Vigilancia de neumonías en pacientes de riesgo.

- 10.6.4.1 El Hospital tendrá la responsabilidad de capacitar a los trabajadores de la salud cada seis meses para la vigilancia, prevención y control de neumonías nosocomiales en pacientes de riesgo.

- 10.6.4.2 Los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno utilizados en cualquier servicio o área del hospital que no sean desechables, deberán ser lavados y esterilizados, o someterlos a desinfección de alto nivel antes de volver a ser usados en otro paciente.

- 10.6.4.3 Todo procedimiento que implique contacto con secreciones de la vía aérea deberá ir precedido del lavado de manos y uso de guantes. Cuando sea necesario, el personal deberá utilizar lentes o gafas protectoras y mascarillas simples (cubrebocas).

- 10.6.4.4 Los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo deben ser esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel. El agua que se utilice en estos dispositivos debe ser estéril y deberá cambiarse por turno. El cambio de este equipo deberá hacerse máximo cada semana, a menos que exista contaminación documentada; deben registrarse la fecha y hora de cada cambio en la bitácora del servicio correspondiente.

- 10.6.4.5 El agua utilizada para nebulizadores debe ser estéril.

- 10.6.4.6 En cada episodio de aspiración de secreciones debe utilizarse material y técnica estéril.

- 10.6.4.7 El médico tratante debe especificar en la hoja de indicaciones médicas la posición del paciente.

- 10.6.5.1 Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del hospital debe cumplirse con las precauciones estándar y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los criterios establecidos.

- 10.6.6 Vigilancia y control de esterilización y desinfección.

- 10.6.6.1 Los objetos que se usen en procedimientos invasivos deben someterse a un proceso de limpieza de acuerdo al tipo de instrumento para posteriormente realizar la esterilización o desinfección de alto nivel.

- 10.6.6.2 El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante sellador térmico; debe ser rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso.

- 10.6.6.3 La unidad hospitalaria debe contar con anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.

- 10.6.6.4 Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (v. gr. cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utilice glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas. Los germicidas utilizados deben ser validados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y por el Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) mediante pruebas de control microbiológico y de la calidad del producto, documentadas con una adecuada metodología.

- 10.6.6.5 Los esterilizadores de vapor (v. gr. autoclaves), cámaras de gas, equipos de plasma y calor seco deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de su funcionamiento. La calidad de la función deberá vigilarse con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento.

- 10.6.7.2 Las áreas específicas del inciso anterior contarán con un manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área, así como los mecanismos que permitan llevar a cabo una vigilancia estricta sobre su cumplimiento, dejando constancia en una bitácora de control; igualmente se definirá la responsabilidad que cada profesional o técnico del equipo de salud que ahí labora, tiene en su cumplimiento y vigilancia. No se recomienda realizar clausura de salas, ni fumigaciones de manera rutinaria.

- 10.6.7.3 Los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables, deberán ser lavados y esterilizados antes de volver a ser usados en otro enfermo.

3.3 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico cumplir con las recomendaciones del Center For Disease Control (CDC) de Atlanta, de acuerdo al fundamento y categoría que sustenta su aplicación:

- Utilizar medidas de precaución estándar: uso de protección ocular, cubrebocas, bata y guantes (categoría IA).
- Realizar la higiene de manos de acuerdo a los cinco momentos propuestos por la OMS (Categoría IA).

- Mantener la cabecera del paciente en un ángulo de 30 a 45° (posición semifowler) si no está contraindicado, con la finalidad de evitar el reflujo gastroesofágico hacia las vías respiratorias bajas (categoría IA).
- Realizar la aspiración de secreciones a través de la cánula endotraqueal, previa valoración de la presencia de alguno de los siguientes criterios: secreción visible en la cánula endotraqueal, ruidos respiratorios anormales (sibilancias, estertores), disnea súbita, ruidos crepitantes a la auscultación, aumento de presión pico o caída del volumen minuto, caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO2 (categoría IA).
- Realizar la aspiración de secreciones de la región subglótica (secreciones acumuladas entre la cánula endotraqueal, mucosas y cuerdas bucales) posterior a la aspiración de secreción endotraqueal, sólo en pacientes con más de 72 hrs. de haber iniciado la intubación (categoría IA).
- Realizar aseo bucal posterior a la realización de la aspiración de secreciones endotraqueal o subglótica (utilizar preferentemente solución con clorhexidina al .12%) (categoría IB).
- Mantener la fijación de la cánula endotraqueal firme y segura para evitar su tracción y riesgo de extubación accidental (categoría IB).
- Verificar que el globo de la cánula endotraqueal se encuentre inflado adecuadamente, según especificaciones del fabricante, mediante la observación, auscultación y la valoración de los parámetros ventilatorios (categoría IB).
- Manejar adecuadamente el humificador, cambiarlo cada 24 horas o antes si es necesario, colocar membrete con fecha y hora en que se realizó el cambio(categoría IA).
- Utilizar exclusivamente agua estéril para realizar el llenado de los humificadores y nebulizadores (categoría IB).
- Cambiar el circuito del ventilador cada siete días, cuando existan secreciones visibles condensadas, o cuando se realice el cambio del equipo de un paciente a otro (categoría IA).
- Mantener limpia la parte externa del ventilador cada 24 hrs. o cada vez que se realice el cambio del ventilador de un paciente a otro (categoría IA).

3.4 El prestador de atención médica clínico es responsable de conocer y aplicar la Normas Oficiales Mexicanas: NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo y la NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.4.1 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico realizar el tratamiento para la desinfección de líquidos y fluidos corporales de acuerdo a la siguiente concentración y dilución de cloro:

Tratamiento de líquidos y / fluidos corporales	
Volumen (ml) de RPI desinfectar	Volumen (ml) a adicionar (6%)
10	1
50	5
100	10
150	15
200	20
250	25

3.5 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico,

- Conocer y aplicar:

- Procedimiento para evaluar las medidas de prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.
- Técnica para aspiración de secreciones con sistema abierto o convencional
- Técnica para aspiración de secreciones con sistema cerrado.

- Generar y promover acciones de mejora específicas, desde su ámbito de competencia, que prevengan la neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica

3.6 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico, verificar que:

- La parte externa del ventilador se encuentre libre de polvo y secreciones (la limpieza debe realizarse cada 24 hrs o cada vez que se realiza el cambio del ventilador de paciente a paciente).
- El circuito para ventilación e inhaloterapia, humidificadores y equipos de apoyo respiratorio sean esterilizados a gas o sometidos a desinfección de alto nivel.
- La cascada del ventilador mecánico se encuentre funcional (humidificación y calefacción del aire).

3.7 Es responsabilidad del prestador de atención médica anotar en los registros:

- Tipo de secreciones (hialina, mucopurulenta, purulenta, sanguinolenta)
- Color (transparente, amarilla, verde, café, rojizo)
- Cantidad de secreciones
- Turno y hora en que se realizó la aspiración.

3.8 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y Jefe de Enfermería:

- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo:

- Indicador institucional “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica”.
- Procedimiento para evaluarlas medidas de prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.
- Técnica para aspiración de secreciones con sistema abierto o convencional
- Técnica para aspiración de secreciones con sistema cerrado.

- Programar de forma semestral capacitación para el prestador de atención médica clínico adscrito al servicio, que brinda atención a pacientes con ventilación mecánica y documentar la misma.
- Implementar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Gestionar el abasto de insumos para la atención de pacientes con ventilación mecánica (cánulas endotraqueales, sondas de aspiración, circuitos cerrados, nebulizadores, entre otros.)
- Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo (ventiladores) para la atención de pacientes con ventilación mecánica.
- Solicitar y verificar que se lleven a cabo medidas de limpieza exhaustivas en la unidad del paciente. En la Terapia Intensiva se realizará esta actividad cada vez que egrese un paciente.

3.9 Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Dar seguimiento al proceso de abasto de insumos para la atención de pacientes con ventilación mecánica (cánulas endotraqueales, sondas de aspiración, circuitos cerrados, nebulizadores, entre otros.).
- Dar seguimiento al mantenimiento preventivo y correctivo del equipo (ventiladores) para la atención de pacientes con ventilación mecánica.
- Indicar y supervisar que se lleven a cabo medidas de limpieza exhaustivas en la unidad del paciente.

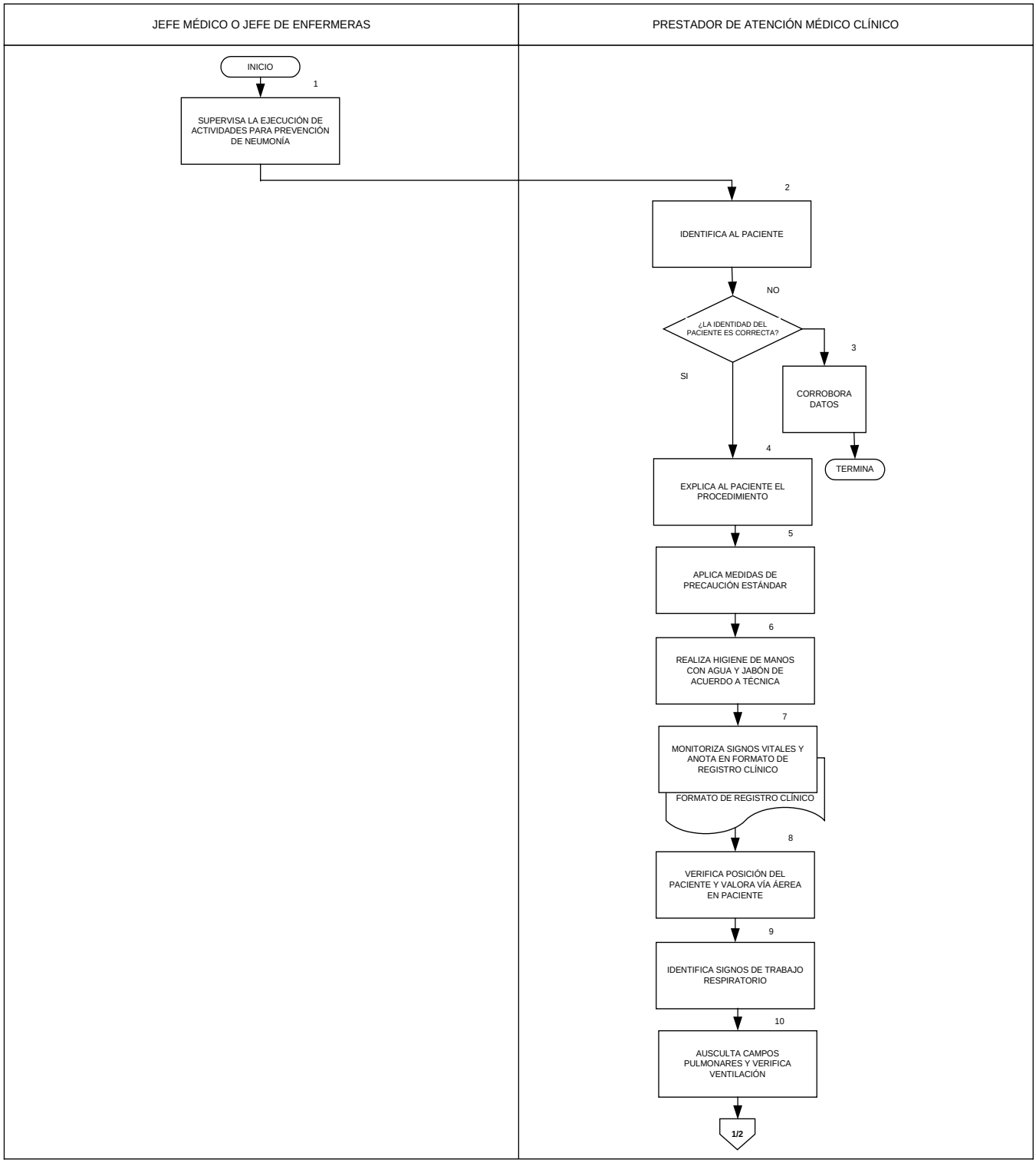
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

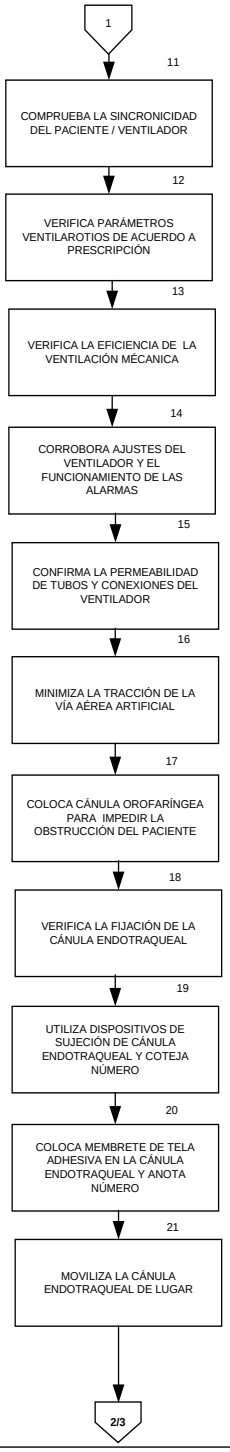
Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe Médico o Jefe de Enfermeras.	1	Supervisa la ejecución de actividades para la prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.	
Prestador de atención médica clínico.	2	Identifica al paciente por nombre completo y número de Expediente Clínico Único. ¿La identidad del paciente es correcta?	• Formato de Registros Clínicos
	3	No: Corrobora datos y termina procedimiento	
	4	Si: Explica al paciente el procedimiento a realizar y su participación en el mismo (de ser posible).	
	5	Aplica las medidas de precaución estándar: cubrebocas, guantes, bata y gafas, durante el manejo de la vía aérea.	
	6	Realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional.	
	7	Monitoriza signos vitales, haciendo énfasis en la monitorización respiratoria (frecuencia, ritmo, profundidad, esfuerzo respiratorio o movimientos paradójicos) y anota en el formato de Registros Clínicos de Enfermería, las cifras identificadas.	
	8	Verifica que el paciente se encuentre en posición semifowler con la finalidad de evitar el reflujo gastroesofágico, la translocación bacteriana hacia las vías respiratorias bajas y valora la permeabilidad de la vía área en el paciente.	
	9	Identifica signos de aumento del trabajo respiratorio, obstrucción de la vía aérea y/o distrés del paciente (ruidos respiratorios anormales, disnea, cianosis, hipoventilación, entre otros).	
	10	Ausculta campos pulmonares y verifica disminución o ausencia de ventilación.	
	11	Comprueba la sincronicidad paciente/ventilador mediante la observación de los movimientos respiratorios.	
	12	Verifica parámetros ventilatorios, de acuerdo a la prescripción o al estado del paciente, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.	
	13	Verifica la eficiencia de la ventilación mecánica en relación al patrón respiratorio del paciente.	

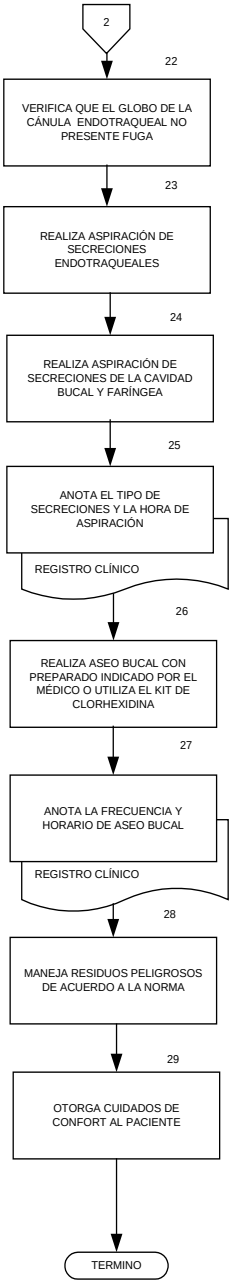
Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento anexo
Prestador de atención médica clínico.	14	Corrobora los ajustes del ventilador, el funcionamiento de las alarmas y las conexiones del ventilador.	• Formato de Registros Clínicos
	15	Confirma la permeabilidad de tubos y conexiones del ventilador vigilando la condensación de agua, acodamiento o mal funcionamiento.	
	16	Minimiza la tracción de la vía aérea artificial (suspensión del circuito del ventilador) mediante soportes giratorios principalmente durante el giro, la aspiración, desconexión y reconexión del ventilador.	
	17	Coloca cánula orofaríngea (Guedel) para impedir que el paciente obstruya (muerda) la cánula endotraqueal.	
	18	Verifica que la fijación de la cánula endotraqueal sea estable, se encuentre libre de tracción y del riesgo de extubación accidental.	
	19	Utiliza dispositivos para sujeción de cánula endotraqueal y coteja que el número que refiere la altura de la cánula endotraqueal coincida con el nivel actual del dispositivo.	
	20	Coloca membrete de tela adhesiva en el extremo distal de la cánula endotraqueal y anota el número que está al nivel de la arcada dental, para identificar posibles desplazamientos.	
	21	Moviliza la cánula endotraqueal de lugar (izquierda, central o derecha) para evitar lesión de la mucosa peribucal.	
	22	Verifica que el globo de la cánula endotraqueal se encuentre insuflado (entre 20 a 25 mm. Hg.) y que no presente fugas.	
	23	Realiza aspiración de secreciones endotraqueales (preferentemente con sistema cerrado) previa valoración del patrón respiratorio.	
	24	Realiza aspiración de secreciones de la cavidad bucal y faríngea (o en su caso, nasofaríngea).	
	25	Anota en el formato de Registros Cínicos de Enfermería: tipo de secreciones, color, cantidad, turno y hora de la aspiración.	
	26	Realiza aseo bucal con preparado indicado por el médico o bien, utiliza kit de clorhexidina (si se encuentra disponible). Proporciona cuidados a la mucosa oral y piel peribucal (aseo y lubricación) posterior a la aspiración de secreciones.	

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento anexo
Prestador de atención médica clínico.	27	Anota en el formato de Registros Clínicos de Enfermería la frecuencia y horario del aseo bucal.	
	28	Maneja los residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 y NOM-045-SSA2-2005	
	29	Otorga cuidados de confort al paciente.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



JEFE MÉDICO O JEFE DE ENFERMERAS	PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICO CLÍNICO
	

JEFE MÉDICO O JEFE DE ENFERMERAS	PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICO CLÍNICO
	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.3 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica 2012.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales	No aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.6 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No Aplica
6.7 Recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades, CDC de Atlanta.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de Indicaciones Médicas	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería	5 años	Archivo clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP): Es un comité técnico de carácter consultivo que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente.

8.2 Crepitantes: Son ruidos discontinuos, cortos, numerosos, de escasa identidad, similares al ruido que se produce al frotar el pelo entre los dedos cerca de una oreja, que ocurre generalmente durante la inspiración.

8.3 Disnea: es la dificultad respiratoria o falta de aire.

8.4 Expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Formato de Registros Clínicos de Enfermería: Es un documento legal que sirve para mantener la comunicación por escrito de hechos esenciales referente al paciente, su tratamiento y su evolución entre los profesionales de la salud.

8.6 Neumonía: enfermedad infecciosa e inflamatoria que consiste en la infección de los espacios alveolares de los pulmones. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo o un segmento del lóbulo, alveolos o tejido intersticial.

8.7 Paciente: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de la Joint Commission International, el paciente y su familia son considerados una sola unidad de atención.

8.8 Prestador de atención médica clínico: Personal de salud que proporciona atención directa o indirecta al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapista, entre otros.

8.9 Ventilación mecánica (VM): Procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colocar con la función respiratoria de una persona que no puede o no se desea que lo realice por sí misma, de tal forma que mejore la oxigenación y mecánica pulmonar

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXO DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)

30. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

1. PROPÓSITO

1.1 Describir la secuencia de etapas para evaluar las medidas de prevención de neumonia nosocomial asociada a ventilación mecánica a fin de coadyuvar al cumplimiento de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 5: “Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica” y el Estándar para la Certificación de Hospitales, Prevención y Control de Infecciones (PCI).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes, la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes, y la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas con el cuidado de los pacientes. El Departamento de Vigilancia Epidemiológica establece las medidas de prevención y control pertinentes para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El indicador institucional “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica” será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.

3.2 Los criterios a evaluar se sustentan en el procedimiento para prevenir neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.

3.3 Se considera personal sujeto a evaluación al prestador de atención médica clínico que brinda atención a pacientes con ventilación mecánica.

3.4 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y Jefe de Enfermería:

- Conocer y difundir entre el personal a su cargo el Indicador institucional “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica”.

- Programar de forma semestral capacitación al prestador de atención médica clínico adscrito al servicio, donde se brinda atención a pacientes con ventilación mecánica y documentar la misma.

- Ejecutar acciones dirigidas a la mejora continua.

- Implementar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

3.5 Es responsabilidad del Prestador de Atención Médica clínico:

- Conocer los resultados del indicador institucional “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica”.

- Conocer y aplicar el procedimiento para prevenir neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.

- Generar y promover acciones de mejora específicas, desde su ámbito de competencia, que prevengan la neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.

3.6 Es responsabilidad del Prestador de Atención Médica clínico colocar al paciente en posición semifowler antes de aspirar secreciones, excepto que este contraindicado por el médico responsable del paciente.

3.7 El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

- Seleccionar la muestra, el periodo a evaluar e integrar las carpetas para evaluación con: calendario de levantamiento de datos, instructivo y formato de recolección de datos del indicador “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica”.

- Emitir el informe de resultados generales y por servicio, el cual incluye el análisis de las oportunidades de mejora detectadas y, las recomendaciones y/o líneas de acción a implementar.

3.8 Es responsabilidad del Personal Evaluador:

- Conocer y aplicar el procedimiento para prevenir neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.

- Conocer la metodología del indicador “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica”.

- Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.

- Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

3.9 Es responsabilidad del Prestador de Atención Médica clínico que brinda atención a pacientes con ventilación mecánica apegarse a los estándares para la Certificación de Hospitales del capítulo *Prevención y Control de Infecciones (PCI):*

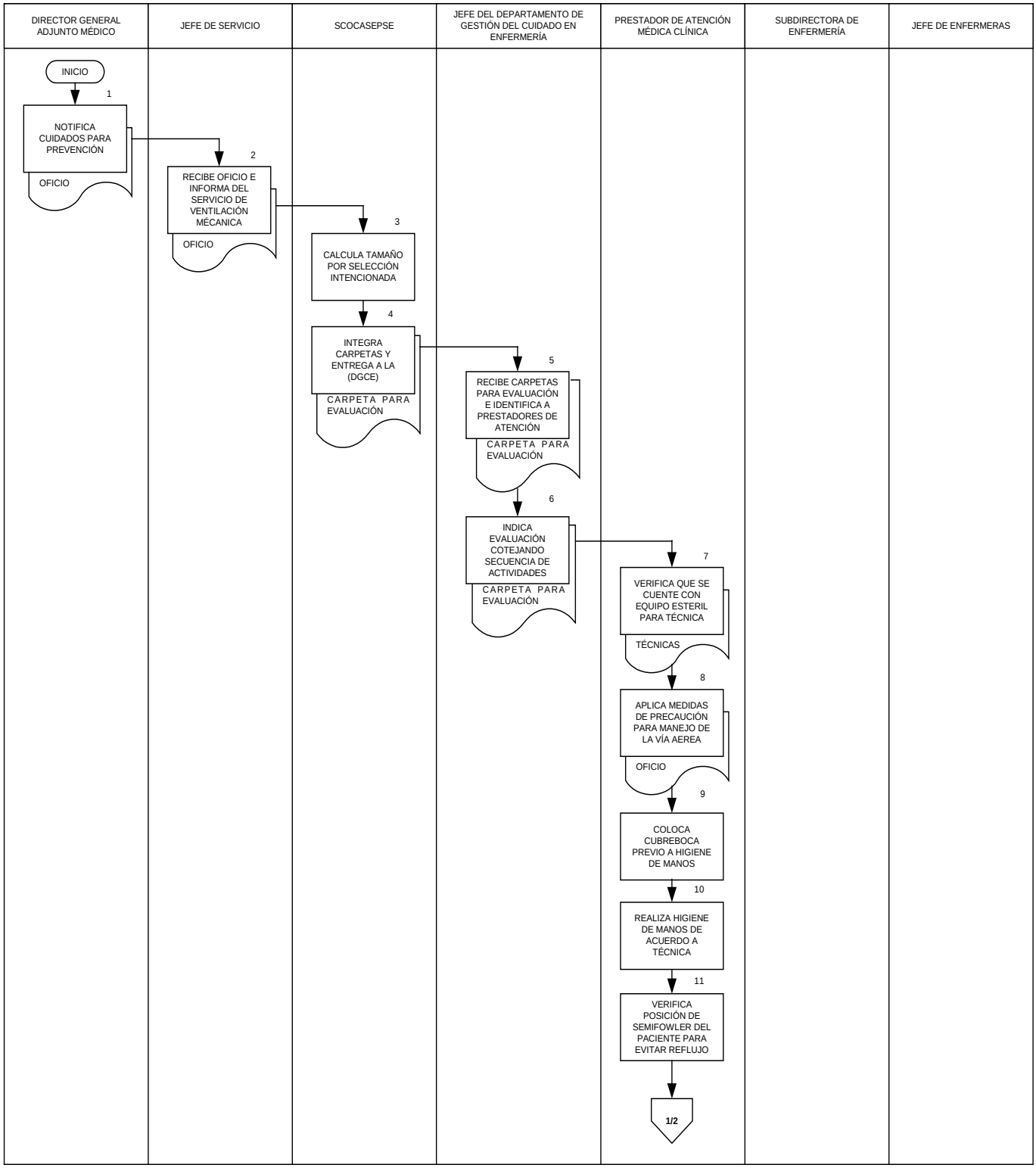
- PCI 6 La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones. EM 2: Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.

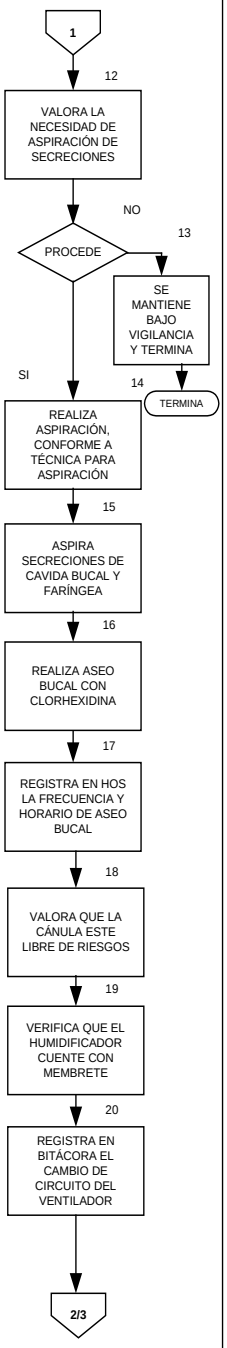
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

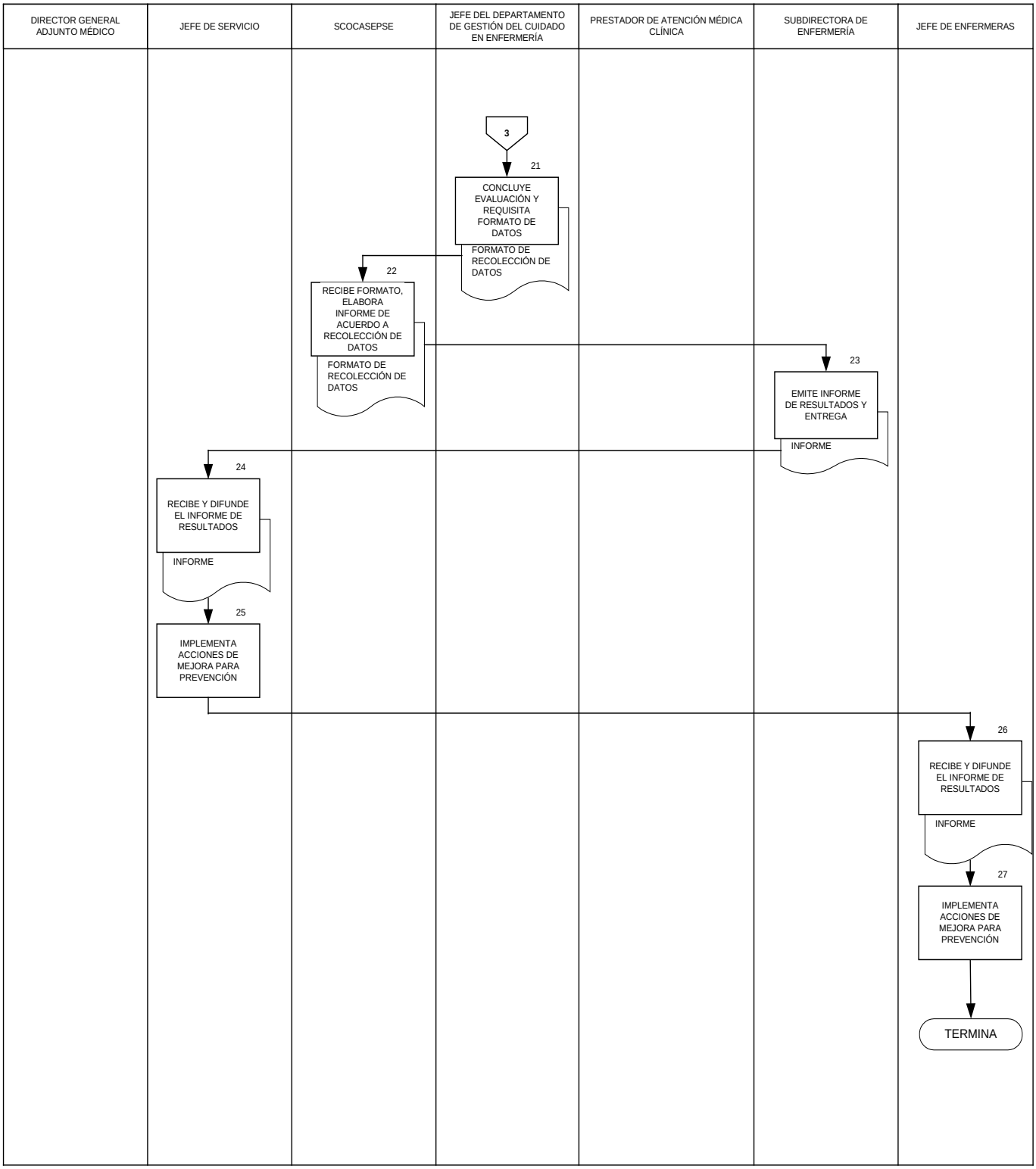
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director General Adjunta Médica	1	Notifica, por oficio, al Jefe de Servicio el inicio de la evaluación del indicador "Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial a pacientes con ventilación mecánica".	• Oficio.
Jefe de Servicio	2	Recibe oficio e informa al prestador de atención médica del servicio, que brinda atención a pacientes con ventilación mecánica, el inicio de la evaluación.	• Oficio.
SCOCASEPSE	3	Calcula el tamaño de la muestra por selección intencionada.	• Carpeta para evaluación.
	4	Integra las carpetas para evaluación y entrega al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería (DGCE).	
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	5	Recibe carpetas para evaluación e identifica a prestadores de atención médica que brindan atención a pacientes con ventilación mecánica.	• Carpeta para evaluación.
	6	Inicia evaluación cotejando que el prestador de atención médica realice la secuencia de actividades de la 7 a la 20.	
Prestador de atención médica clínico	7	Verifica en el área de almacenamiento, cuente con el equipo estéril para realizar la técnica de aspiración de secreciones.	• Técnicas.
	8	Aplica las medidas de precaución estándar: cubrebocas, guantes, bata y gafas, durante el manejo de la vía aérea.	
	9	Se coloca correctamente cubrebocas previo a la higiene de manos.	
	10	Realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional.	
	11	Verifica que el paciente se encuentre en posición semifowler con la finalidad de evitar el reflujo gastroesofágico y la translocación bacteriana hacia las vías respiratorias bajas.	
	12	Valora la necesidad de aspiración de secreciones endotraqueales en el paciente. ¿Requiere aspiración de secreciones?	
	13	No: Se mantiene bajo vigilancia y termina el procedimiento.	
	14	Si: Realiza aspiración, conforme a las técnicas para aspiración de secreciones con sistema abierto o cerrado.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
	15	Realiza aspiración de secreciones de cavidad bucal y faríngea, posterior al procedimiento de aspiración endotraqueal.	• Hoja de inhaloterapia. • Formato de registros clínicos de enfermería. • Bitácora.
	16	Realiza aseo bucal con clorhexidina y proporciona cuidados a la mucosa oral.	
	17	Registra en Hoja de inhaloterapia o formato de registros clínicos de Enfermería la frecuencia y horario del aseo bucal.	
	18	Valora que la cánula endotraqueal se encuentre estable, sin tracción y libre de riesgo de extubación incidental.	
	19	Verifica que el humidificador cuente con membrete que especifique que el cambio de la solución estéril se realizó 24 horas o antes, en caso necesario.	
	20	Registra en bitácora el cambio del circuito del ventilador, cada siete días o por razón necesaria (cuando sean visibles las secreciones).	
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	21	Concluye evaluación y requisita el formato de recolección de datos de cuidados para prevención de neumonía nosocomial en pacientes con apoyo ventilatorio.	• Formato de recolección de datos.
SCOCASEPSE	22	Recibe formatos de recolección de datos, elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería	• Formato de recolección de datos.
Subdirectora de Enfermería	23	Emite informe de resultados generales y por servicio y entrega a la Dirección General Adjunta Médica y al Jefe de Servicio.	• Informe.
Jefe de Servicio	24	Recibe y difunde entre el personal a su cargo el informe de resultados.	• Informe.
	25	Implementa acciones de mejora continua para la prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica	
Jefe de Enfermeras	26	Recibe y difunde entre el personal a su cargo el informe de resultados.	• Informe.
	27	Implementa acciones de mejora continua para la prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica. **TÉRMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO	JEFE DE SERVICIO	SCOCASEPSE	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA	PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICA	SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA	JEFE DE ENFERMERAS
						


DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
JEFE DE SERVICIO
SCOCASEPSE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA
PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICA
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
JEFE DE ENFERMERAS
3
21
CONCLUYE EVALUACIÓN Y REQUISITA FORMATO DE DATOS
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
22
RECIBE FORMATO, ELABORA INFORME DE ACUERDO A RECOLECCIÓN DE DATOS
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
23
EMITE INFORME DE RESULTADOS Y ENTREGA
INFORME
24
RECIBE Y DIFUNDE EL INFORME DE RESULTADOS
INFORME
25
IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA PARA PREVENCIÓN
26
RECIBE Y DIFUNDE EL INFORME DE RESULTADOS
INFORME
27
IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA PARA PREVENCIÓN
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Manual de Técnicas de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.3 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica 2012.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004 Del expediente clínico.	No aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.	No aplica
6.7 Recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades, CDC de Atlanta.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de recolección de datos	5 años	SCOCASEPSE	CPNNPVM/ SCOCASEPSE/11
7.2 Informes de resultados	5 años	SCOCASEPSE	Número de oficio
7.3 Hoja de inhaloterapia	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.4 Formato de registros clínicos de enfermería	5 años	Archivo clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP): Es un comité técnico de carácter consultivo que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente.

8.2 Neumonía: enfermedad infecciosa e inflamatoria que consiste en la infección de los espacios alveolares de los pulmones. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo o un segmento del lóbulo, alveolos o tejido intersticial.

8.3 Prestador de atención médica clínico: Personal de salud que proporciona atención directa o indirecta al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros.

8.4 Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (**SCOCASEPSE)**.Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería, y está integrado por personal de la Subdirección de Enfermería.

8.5 Ventilación mecánica (VM): Procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colocar con la función respiratoria de una persona que no puede o no se desea que lo realice por si misma, de tal forma que mejore la oxigenación y mecánica pulmonar.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

10.1 Formato e instructivo para la recolección de datos para la monitorización del indicador “Cuidados para la prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica” (CPNNPVM/SCOCASEPSE/11).
10.2 Técnica para aspiración de secreciones con sistema abierto o convencional.
10.3 Técnica para aspiración de secreciones con sistema cerrado.

10.1 CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECANICA CPNNPVM /SCOCASEPSE/11.

SERVICIO Y ÁREA: **PERIODO A EVALUAR**:

Fecha	**E.C.U.**	***Categoría**	**OBSERVAR QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA:** 1.- ¿Cuenta con equipo estéril para realizar la técnica de aspiración de secreciones de acuerdo a normativa institucional?		2.- ¿Se coloca cubrebocas antes de iniciar el procedimiento?		3. ¿Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de tener contacto directo con el paciente o bien antes de manipular la sonda endotraqueal?		4 ¿Coloca al paciente en posición semi-fowler?			5. ¿Valora la necesidad de aspiración de secreciones endotraqueales en el paciente y documenta la realización del procedimiento de aspiración?		6. ¿Ha documentado la realización de aspiración subglótica posterior al procedimiento de aspiración endotraqueal de secreciones?			7. ¿Ha realizado aseo bucal posterior a la realización de los procedimientos aspiración endotraqueal y subglótica?			8. ¿Identifica y valora que la cánula endotraqueal se encuentre estable, sin tracción y libre de riesgo de extubación incidental?		9. ¿Realiza cambio del humidificador de acuerdo a normativa institucional?		10. ¿Ha registrado fecha y hora del cambio del circuito del ventilador de acuerdo a normativa institucional	
			Si	no	si	no	si	no	si	no	na	si	no	si	no	na	si	no	na	si	no	si	no	si	no	si	no

*Categoría: 01: Enfermera especialista (postgrado), 02: Licenciado en enfermería, 03: Enfermera especializada (pos técnico), 04: Enfermera técnica, 05: Auxiliar de Enfermería, 6. Estudiante de enfermería, 7. Inhaloterapista, 8. Estudiante de inhaloterapia.

NÚM. DE CASO	OBSERVACIONES	ACCIONES DE MEJORA	NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

10.2 Técnica para aspiración de secreciones con sistema abierto o convencional.

TÉCNICA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON SISTEMA ABIERTO O CONVENCIONAL

CONCEPTO

Procedimiento por el cual se extraen secreciones del árbol bronquial, por medio de una sonda que se introduce a través de una cánula endotraqueal, traqueostomía y orotraqueal, en aquellos pacientes que son incapaces de expectorarlas a fin de mantener la vía aérea permeable, así como cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5:"Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica" y los Estándares para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica "Centrados en el Paciente" y "Centrados en la Gestión", aplicables a este procedimiento.

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico, que brinda atención a pacientes con necesidad de aspiración de secreciones con sistema abierto (vgr pacientes con ventilación mecánica):

- Conocer y aplicar los procedimientos institucionales:

– Procedimiento para prevenir neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.
– Procedimiento para evaluar las medidas de prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.

- Utilizar medidas de precaución estándar (higiene de manos, uso de protección ocular, cubrebocas y guantes).
- Realizar este procedimiento previa valoración del patrón respiratorio en el paciente, es decir, sólo en presencia de alguno de los siguientes criterios: secreciones visibles en el tubo endotraqueal, sonidos respiratorios anormales (sibilancias, estertores), disnea súbita, ruidos crepitantes a la auscultación, aumento de presiones pico o caída del volumen minuto, caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO2.

- Realizar la aspiración antes de iniciar la alimentación enteral, en caso de estar pasando cerrar durante el tiempo que dure este procedimiento.

- Verificar, previo a la realización de este procedimiento, el adecuado funcionamiento del equipo de aspiración (aspirando una pequeña cantidad de solución salina).

- Verificar la disponibilidad del equipo estéril e insumos para cada procedimiento de aspiración de traqueal.

- Seleccionar el calibre apropiado de la sonda de aspiración, este dispositivo no deberá rebasar más de la mitad de la luz de la cánula endotraqueal, de traqueostomía o vía aérea del paciente (es aconsejable que las sondas vayan provistas de una válvula de control de succión).

- Tener prevista la bolsa de reanimación conectada a la fuente de oxígeno.

- Fomentar el drenaje de secreciones a través de fisioterapia pulmonar (cambios posturales, percusión o vibración) si no existe contraindicación médica.
- Observar los niveles de oxigenación del paciente (SaO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente, durante y después de la succión.

- Valorar la duración de cada evento de aspiración de secreciones de acuerdo a la cantidad de secreción acumulada y en la respuesta clínica del paciente.

- Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.

- Aspirar la cavidad bucal al terminar de aspirar a través de la cánula endotraqueal (TET), en caso de pacientes con traumatismo craneoencefálico o fractura maxilar aspirar por cavidad nasofaríngea.

- Documentar en el expediente clínico el procedimiento realizado, tipo y cantidad de secreciones obtenidas, turno y hora.

- Cambiar el equipo de aspiración al finalizar el turno o antes si es necesario.

MATERIAL Y EQUIPO

- Aparato de aspiración portátil o de pared con sistema de tubos.
- Equipo estéril para aspiración de secreciones, que contenga:
- Compresa estéril de 50x50 cm (envoltura).
- Riñón de plástico o metálico de 500ml.
- Dos frascos de cristal o de plástico de 50 ml.
- 10 Gasas de 10 x 10 cm.
- Cubrebocas.
- Un par de guantes.
- Protección ocular (gogles).
- Solución salina.
- Sonda de aspiración.
- Bolsa de reanimación, del tamaño adecuado al paciente.
- Conectores.
- Oxímetro de pulso.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Valoración de la necesidad de realización aspiración de secreciones
2. Presentarse e identificar al paciente antes de iniciar el procedimiento.
3. Explica al paciente el procedimiento a realizar y su participación en el mismo.
4. Colocar al paciente en posición semifowler, con la cabeza neutra (si no hay contraindicación médica).
5. Verificar que la fijación de la cánula endotraqueal sea segura para evitar el riesgo de desplazamiento o extubación accidental.
6. Comprobar el funcionamiento adecuado del aspirador.
7. Preparar la bolsa de reanimación y conectarla a la fuente de oxígeno.
8. Preparar material y equipo estéril.
9. Colocarse cubrebocas correctamente y protección ocular
10. Realizar higiene de manos con agua y jabón
11. Abrir equipo de aspiración, colocar la sonda seleccionada y verter solución estéril en los frascos de vidrio.

12. Colocarse guantes estériles: manteniendo la mano dominante estéril y la no dominante limpia.

13. Evaluar el estado de oxigenación del paciente mediante la observación de los parámetros de saturación de oxígeno

14. Oxigenar al paciente, antes de iniciar el procedimiento, con el ventilador o bolsa reanimación 30 o 60 segundos (si no existe contraindicación para un aumento de FiO2).

15. Tomar la sonda de aspiración y enrollar con la mano dominante (estéril).

16. Conectar la sonda de aspiración al tubo de succión.

17. Colocar un campo estéril sobre el tórax del paciente, por debajo de la cánula y circuito del ventilador.

18. Lubricar la sonda de aspiración con solución salina.

19. Desconectar al paciente del ventilador, con la mano limpia y colocar el circuito sobre el campo estéril.

20. Estabilizar la cánula endotraqueal (con la mano no dominante) para prevenir el movimiento excesivo o desplazamiento del tubo endotraqueal.

21. Introducir la sonda a través de la cánula endotraqueal (sin aspirar) identificando posibles acodaduras.

22. Iniciar la aspiración rotando la sonda suavemente, la duración máxima de aspiración está determinada por la respuesta clínica del paciente, aunque en ningún caso deberá ser superior de 8 a 12 segundos (debe retirarse la sonda de uno a dos centímetros antes de iniciar la aspiración para evitar la presión directa de la sonda contra la mucosa y posibles traumatismos).

23. Retirar la sonda lentamente con movimientos continuos y suaves (siempre manteniendo la succión).

24. Conectar inmediatamente la cánula endotraqueal (paciente) al circuito del ventilador.

25. Permitir al paciente descansar durante un minuto, entre las sucesivas aspiraciones o hasta que exista una recuperación en la saturación de oxigeno (por encima del 90%).

26. Aspirar solución salina para retirar excedentes de secreciones de la sonda y limpiar con una gasa estéril, cubrir el equipo de aspiración con la envoltura sin contaminar.

27. Valorar nuevamente la realización del procedimiento y repetir en caso necesario.

28. Aspirar las secreciones de la cavidad bucal, faríngea y subglótica (una vez que no se realizará la aspiración endotraqueal).

29. Observar al paciente si presenta datos de obstrucción de vía aérea o arritmia cardiaca.

30. Manejar los desechos materiales y de sangre, de acuerdo a las Normas Oficiales Mexicanas.

31. Asegurar el confort del paciente

32. Retirar guantes

33. Realizar higiene de manos.

34. Documentar en los registros de enfermería las características, cantidad y viscosidad de las secreciones, así como eventos adversos que tuvieran lugar durante el procedimiento.

NOTA: En caso de secreciones muy espesas, fluidificarlas introduciendo solución salina a través de la cánula endotraqueal (la cantidad de solución a introducir se calcula de .1 a .2 ml por kilo de peso) y conectar al ventilador o bolsa reanimación y aspirar.

10.3 Técnica para aspiración de secreciones con sistema cerrado.

TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON SISTEMA CERRADO

CONCEPTO

Es un procedimiento mediante el cual se introduce a la vía aérea artificial, una sonda cubierta por un protector o funda de plástico flexible para retirar las secreciones, suprimiendo la necesidad de desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración, así como cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5:"Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica" y los Estándares para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica "Centrados en el Paciente" y "Centrados en la Gestión", aplicables a este procedimiento.

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

Es responsabilidad del prestador de atención médica clínico que brinda atención a pacientes con necesidad de aspiración de secreciones con sistema abierto (vgr pacientes con ventilación mecánica):

- Conocer y aplicar los procedimientos institucionales:
  - Procedimiento para prevenir neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.
  - Procedimiento para evaluar las medidas de prevención de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica.
- Utilizar medidas de precaución estándar (higiene de manos, uso de protección ocular, cubrebocas y guantes).

- Realizar este procedimiento previa valoración del patrón respiratorio en el paciente, es decir, sólo en presencia de alguno de los siguientes criterios: secreciones visibles en el tubo endotraqueal, sonidos respiratorios anormales (sibilancias, estertores), disnea súbita, ruidos crepitantes a la auscultación, aumento de presiones pico o caída del volumen minuto, caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO2.

- Realizar la aspiración antes de iniciar la alimentación enteral, en caso de estar pasando cerrar durante el tiempo que dure este procedimiento.

- Verificar, previo a la realización de este procedimiento, el adecuado funcionamiento del equipo de aspiración (aspirando una pequeña cantidad de solución salina).

- Tener prevista la bolsa de reanimación conectada a la fuente de oxígeno.

- Fomentar el drenaje de secreciones a través de fisioterapia pulmonar (cambios posturales, percusión o vibración) si no existe contraindicación médica.
- Observar los niveles de oxigenación del paciente (SaO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente, durante y después de la succión.

- Valorar la duración de cada evento de aspiración de secreciones de acuerdo a la cantidad de secreción acumulada y en la respuesta clínica del paciente.

- Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.

- Documentar en el expediente clínico el procedimiento realizado, tipo y cantidad de secreciones obtenidas, turno y hora.

- Colocar membrete que indique fecha y hora de instalación del sistema de aspiración cerrada.

- El sistema de aspiración se cambia cada 24 horas después de su conexión o según las especificaciones del fabricante.

- Manejar los desechos de acuerdo a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo y la NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

MATERIAL Y EQUIPO

- Circuito cerrado de aspiración.
- Bolsa de reanimación, del tamaño adecuado al paciente.
- Jeringas para enjuagar la sonda al término del procedimiento.
- Solución salina.
- Cubrebocas, guantes y protección ocular.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Presentarse e identificar al paciente antes de iniciar el procedimiento.

2. Explicar el procedimiento al paciente.

3. Colocar al paciente en posición semifowler, con la cabeza neutra (si no hay contraindicación médica).

4. Verificar que la fijación de la cánula endotraqueal sea segura.

5. Comprobar el funcionamiento del aspirador.

6. Preparar la bolsa de reanimación y conectarla a la fuente de oxígeno.

7. Colocarse correctamente cubrebocas y protección ocular.

8. Realizar higiene de manos con agua y jabón.

9. Colocarse guantes estériles.

10. Evaluar el estado de oxigenación del paciente mediante la saturación de oxígeno.

11. Oxigenar al 100% antes de cada aspiración, por un lapso de tres minutos.

12. Al instalar por primera vez el sistema cerrado de aspiración :

- Retirar el sistema de aspiración cerrado de su empaque principal
- Intercalar el sistema entre el tubo endotraqueal y la conexión al respirador.
- Conectar la tubuladura conectora de la aspiración en el extremo abierto del sistema de aspiración situado cerca del cierre.

13. Ya instalado, girar la válvula de control hasta la posición de abierto e introducir la sonda a través del tubo endotraqueal (no avanzar más cuando se note resistencia), el manguito de plástico se colapsará.

14. Emplear la mano no dominante para estabilizar la cánula y hacer avanzar suavemente la sonda a través del tubo endotraqueal.

15. Presionar la válvula de control de succión con la mano dominante y aspirar de 8 a 12 segundos; retirar la sonda de forma suave y con movimientos rotatorios.

16. Permitir un intervalo entre las sucesivas aspiraciones (aproximadamente un minuto).

17. Valorar la necesidad de continuar aspirando, en este caso, repetir los paso 14,15 y 16.

18. Al terminar de aspirar, girar la válvula de control hasta la posición de cerrado y asegurarse de retirar la sonda de aspiración por completo para prevenir oclusión o irritación de la vía aérea.

19. Colocar la jeringa con solución salina en el orificio de irrigación; presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter, repetir esta maniobra hasta que el catéter esté limpio

20. Observar al paciente si presenta algún dato de obstrucción de vía aérea o arritmia cardiaca.

21. Colocar membrete con fecha de instalación para indicar cuándo se debe cambiar el sistema

22. Asegurar el confort del paciente

23. Manejar los desechos materiales y de sangre, de acuerdo a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas.

24. Retirar guantes

25. Realizar higiene de manos con agua y jabón.

26. Anotar en los registros clínicos de enfermería las características, cantidad y viscosidad de las secreciones, así como eventos adversos que tuvieran lugar durante el procedimiento.

31. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar y minimizar el riesgo de caída en todos los pacientes a fin de cumplir con el propósito de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente, número 6 “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes; la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes; la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionas al cuidado de los pacientes; la Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de contribuir en la conservación y mantenimiento de los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles en condiciones de operación continua, confiable y segura, para la oportuna prestación de los servicios de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de todo prestador de atención médica:

- Cumplir con la MISP. 6 “Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes”.

- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que representen riesgo de caída para el paciente.

- Identificar factores de riesgo de caída en el paciente.

- Conocer el nivel de riesgo de caída del paciente antes de realizar algún procedimiento o tratamiento.

- Implementar medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída del paciente.

3.2 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo:

- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente hospitalizado (barandales, bancos de altura, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).

- Gestionar con el área correspondiente al mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, equipo y mobiliario que represente riesgo de caída en el paciente hospitalizado.

- Conocer y supervisar los procesos que representen riesgo de caída al paciente hospitalizado.

- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente hospitalizado.

3.3 Es responsabilidad de la Coordinación de Modelos de Atención en Enfermería:

- Difundir entre el personal de Enfermería las escalas de valoración vigentes, así como sus especificaciones para cada tipo de paciente.

- Capacitar al personal en el registro de la valoración del riesgo de caída.

3.4 Es responsabilidad del personal de Enfermería:

- *Valorar* el riesgo de caídas al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

- *Revalorar* a todos los pacientes en:

  - Cambios en el estado de salud.
  - Alteraciones en el estado de conciencia y condición física.
  - Ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente.
  - Egreso del paciente.

- Registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería, el resultado obtenido en la valoración.

- Registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el resultado de la última revaloración realizada durante el turno, en caso de haber revalorado más de dos.

- Colocar alerta visual: tarjeta en cabecera de la cama del paciente o etiqueta en brazalete, color rojo (alto riesgo) o naranja (moderado riesgo) dependiendo del riesgo identificado.

- Proporcionar educación al paciente y su familia con respecto a las medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída.

- Planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones específicas para reducir el riesgo de caídas y registrar el plan de cuidados de enfermería en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.

3.5 El personal de enfermería responsable de realizar el procedimiento debe apegarse, en su ámbito de competencia, a lo siguiente:

- AOP.1.2 A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

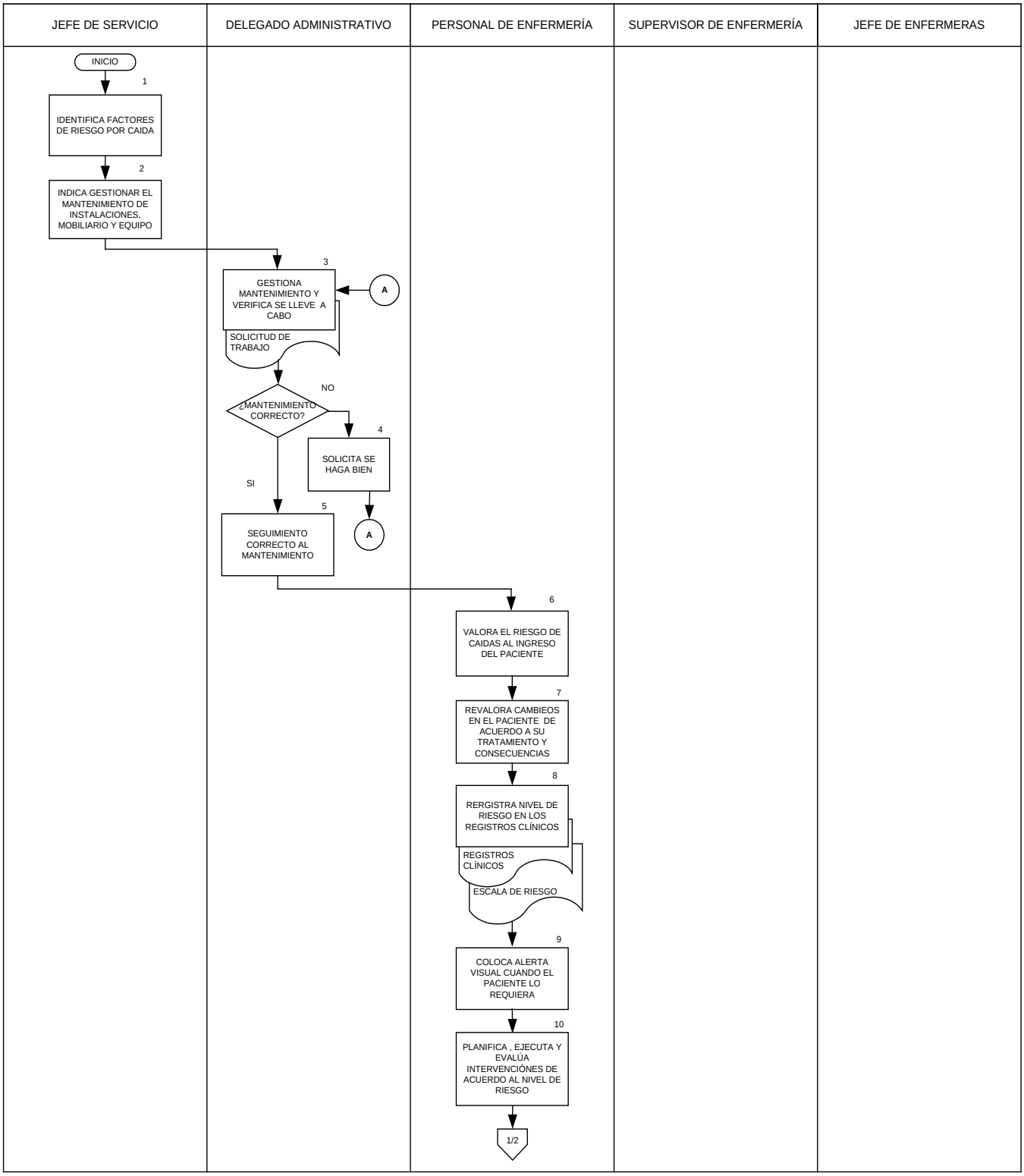
- FMS 4 La Dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

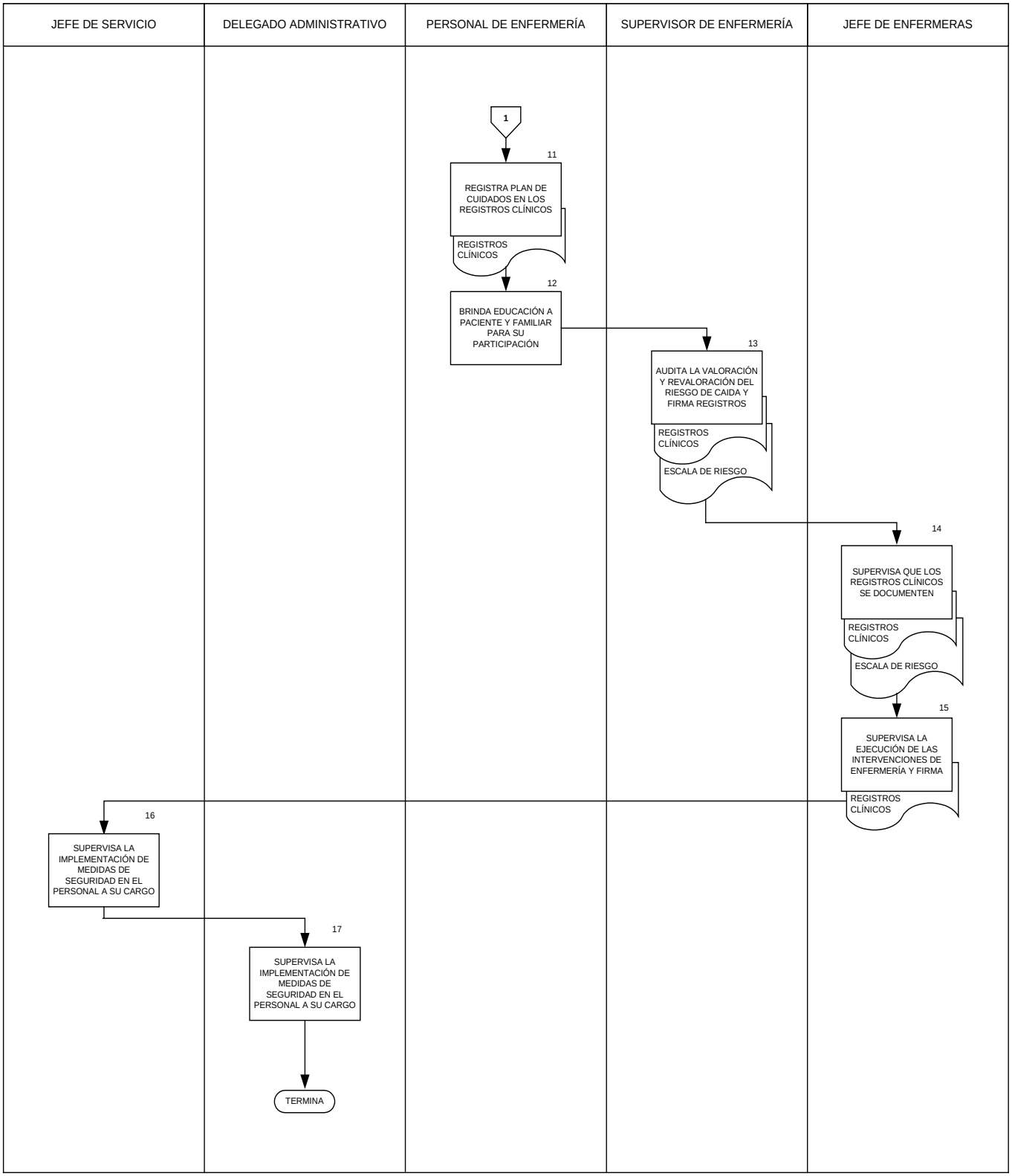
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio	1	Identifica factores de riesgo de caída de paciente en las instalaciones, equipo, mobiliario o en los procesos.	
	2	Indica al Delegado Administrativo gestionar el mantenimiento preventivo o correctivo en las instalaciones, equipo y/o mobiliario del Servicio.	
Delegado Administrativo	3	Gestiona mediante solicitud de trabajo, mantenimiento preventivo o correctivo en las instalaciones, equipo y/o mobiliario del Servicio y valora. ¿Da seguimiento a la solicitud de trabajo de mantenimiento preventivo o correctivo?	• Solicitud de trabajo
	4	No: Solicita se le dé seguimiento correcto y regresa a actividad 3.	
	5	Si: El seguimiento al mantenimiento es correcto.	
Personal de Enfermería	6	Valora el riesgo de caídas al ingreso del paciente, cambio de área o Servicio y/o al inicio de cada turno.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.
	7	Revalora al paciente en cambios en el estado de salud, alteraciones en el estado de conciencia y condición física, ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente y al egreso del paciente.	
	8	Registra el nivel de riesgo de caída del paciente en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.	
	9	Coloca alerta visual (tarjeta o etiqueta en brazalete) cuando el paciente presente moderado (naranja) o alto (rojo) riesgo de caída.	
	10	Planifica, ejecuta y evalua intervenciones específicas de acuerdo al nivel de riesgo de caida.	
	11	Registra el plan de cuidados de enfermería en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.	
	12	Brinda educación al paciente y familia para promover su participación.	
Supervisor de Enfermería	13	Audita en los formatos de Registros Clínicos de Enfermería, se documente la valoración y revaloración del riesgo de caída así como plan de cuidados de enfermería y firma formato de Registros Clínicos de Enfermería.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras	14	Supervisa en los formatos de Registros Clínicos de Enfermería, se documente la valoración y revaloración del riesgo de caída así como plan de cuidados de enfermería.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.
	15	Supervisa la ejecución de intervenciones de enfermería y firma en el formato de registros clínicos de Enfermería del paciente.	
Jefe de Servicio	16	Supervisa entre el personal a su cargo, la implementación de medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída.	
Delegado Administrativo	17	Supervisa entre el personal a su cargo la implementación de medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE SERVICIO
DELEGADO ADMINISTRATIVO
PERSONAL DE ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
JEFE DE ENFERMERAS
1
11
REGISTRA PLAN DE CUIDADOS EN LOS REGISTROS CLÍNICOS
REGISTROS CLÍNICOS
12
BRINDA EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIAR PARA SU PARTICIPACIÓN
13
AUDITA LA VALORACIÓN Y REVALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDA Y FIRMA REGISTROS
REGISTROS CLÍNICOS
ESCALA DE RIESGO
14
SUPERVISA QUE LOS REGISTROS CLÍNICOS SE DOCUMENTEN
REGISTROS CLÍNICOS
ESCALA DE RIESGO
15
SUPERVISA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y FIRMA
REGISTROS CLÍNICOS
16
SUPERVISA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL A SU CARGO
17
SUPERVISA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL A SU CARGO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.4 Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.5 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica
6.6 Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaría de Salud 2011.	No aplica
6.7 Recomendaciones específicas para Enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	No aplica
6.8 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería.	5 años	Archivo General	No aplica
7.2 Escala de Riesgo de Caídas.	5 años	Archivo General	No aplica
7.3 Solicitud de Trabajo.	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Caída. Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

8.2 Daño. Deterioro, destrucción, mal o sufrimiento que causa a las personas.

8.3 Escala de caídas. Instrumento por medio del cual se mide el riesgo de caídas en el paciente hospitalizado, considerando los criterios: caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y problemas de deambulación.

8.4 Factor de riesgo. Elemento o condición que implica el aumento de la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

8.5 Medidas de seguridad. Acciones encaminadas a minimizar los riesgos y posibles daños por caídas.

8.6 Paciente hospitalizado. Persona que recibe atención médica durante su estancia en servicios de hospitalización.

8.7 Prestador de atención médica. Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapista, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.8 Prevención de caída. Se refiere a todos las acciones que se proporcionan al paciente con la finalidad de evitar su precipitación al suelo en contra de su voluntad; para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.
8.9 Riesgo de caída. Aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

8.10 Valoración de Enfermería. obtención y análisis de la información sobre el estado de salud de la persona, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud que se realiza al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

8.11 Revaloración de Enfermería. Son todas aquellas valoraciones subsecuentes a la valoración de Enfermería. Ejemplo: Cambios en el estado de salud, alteraciones en el estado de conciencia y condición física, ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente y al egreso del paciente.

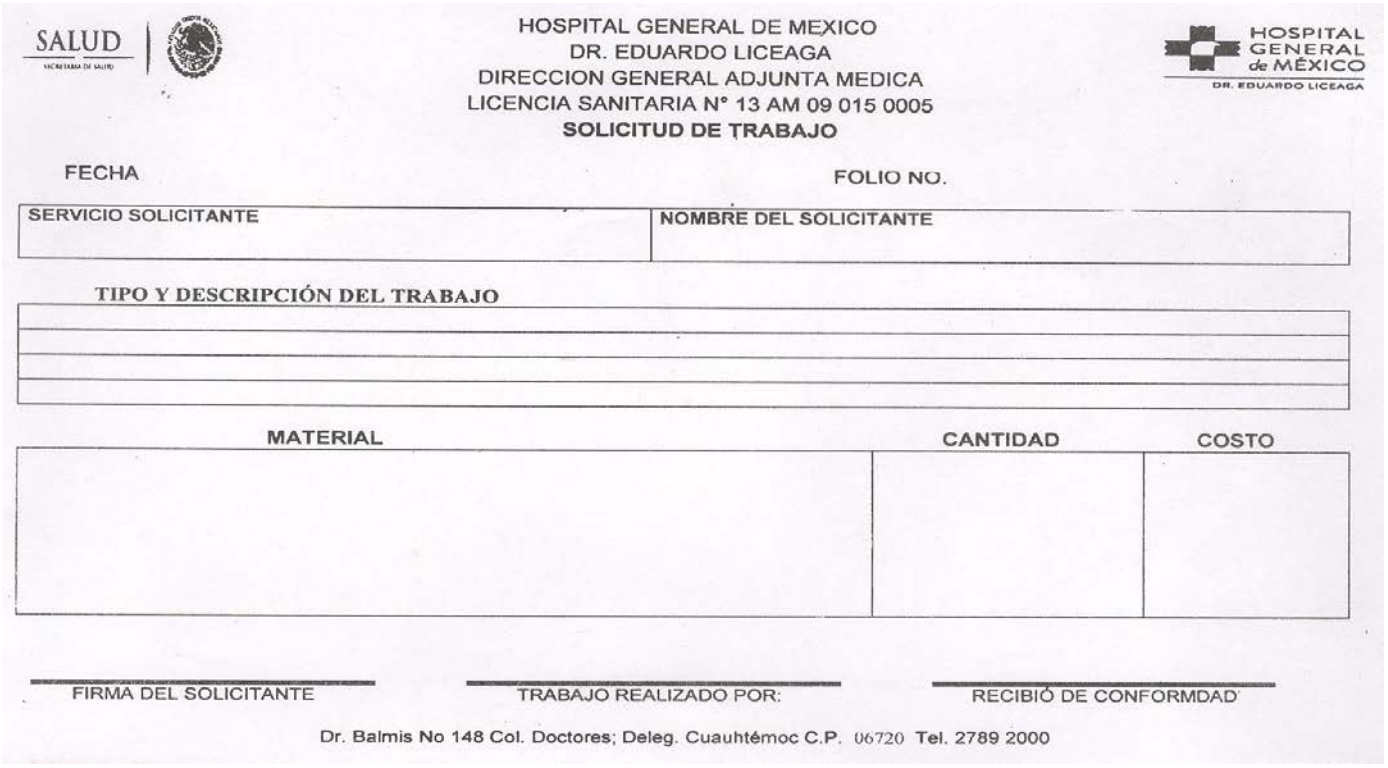
9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Solicitud de trabajo.

10.2 Solicitud de trabajo



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE TRABAJO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FECHA

FOLIO NO.

SERVICIO SOLICITANTE	NOMBRE DEL SOLICITANTE

TIPO Y DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO

FIRMA DEL SOLICITANTE

TRABAJO REALIZADO POR:

RECIBIÓ DE CONFORMDAD

Dr. Balmis No 148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06720 Tel. 2789 2000

32. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

1. PROPÓSITO

1.1 Mitigar el riesgo de caída en todos los pacientes a fin de cumplir con el propósito de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente, número 6 “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes; la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes; la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionas al cuidado de los pacientes; la Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de contribuir en la conservación y mantenimiento de los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles en condiciones de operación continua, confiable y segura, para la oportuna prestación de los servicios de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y Jefe de Enfermeras:

- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que represente riesgo de caída en el paciente.

- Identificar y dar aviso al Delegado Administrativo de los desperfectos en los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles del Servicio, tales como; pasillos, rampas, escaleras, entre otros y que representen riesgo de caída en el paciente.

- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.

- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio (barandales, rampas, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).

3.2 Es responsabilidad del Delegado Administrativo del Servicio.

- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que represente riesgo de caída en el paciente.

- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio (barandales, rampas, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).

- Identificar y dar aviso a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de los desperfectos en los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles del Servicio, tales como; pasillos, rampas, escaleras, entre otros y que representen riesgo de caída en el paciente.

- Gestionar con el área correspondiente el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, equipo y mobiliario que represente riesgo de caída en el paciente ambulatorio.

- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.

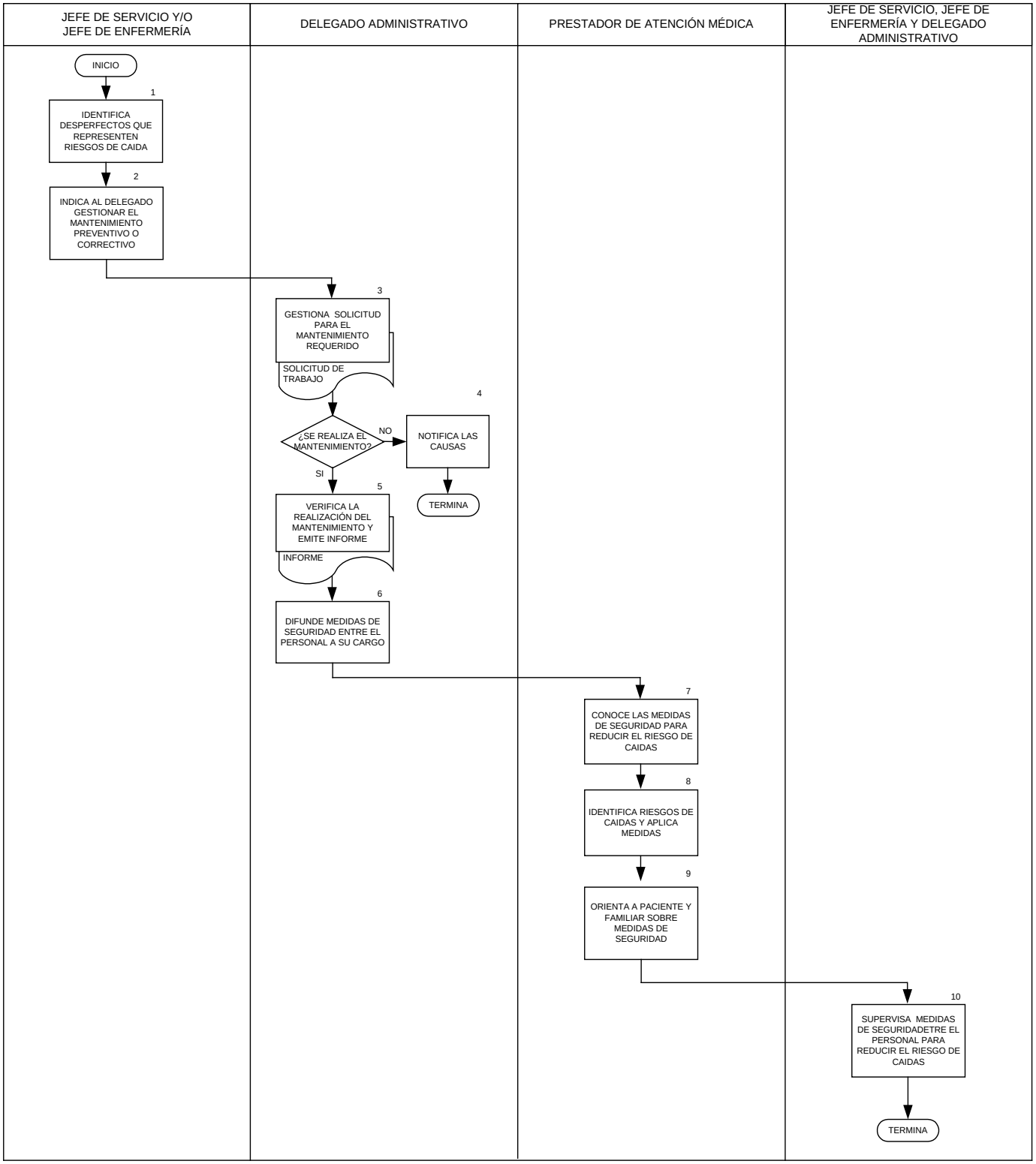
3.3 Es responsabilidad del prestador de atención médica del Servicio:

- Cumplir con la MISP. 6 “Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes”.
- Identificar riesgo de caída en el paciente ambulatorio.
- Implementar medidas de seguridad para reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.
- Orientar al paciente y su familia en las medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída durante su permanencia en el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio y/o Jefe de Enfermería	1	Identificar desperfectos en las instalaciones, equipo mobiliario, que represente riesgo de caída en el paciente.	
	2	Indica a Delegado Administrativo gestionar el mantenimiento preventivo o correctivo.	
Delegado Administrativo	3	Gestiona ante la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, la solicitud de trabajo para el mantenimiento preventivo o correctivo. ¿Es posible el mantenimiento?	• Solicitud de trabajo • Informe
	4	No: Notifica las causas y termina procedimiento.	
	5	Si: Verifica la realización del mantenimiento solicitado y emite informe por escrito al Jefe del Servicio.	
	6	Difunde las medidas de seguridad entre el prestador de atención médica a su cargo, para reducir el riesgo de daño por caída en el paciente ambulatorio.	
Prestador de atención médica	7	Conoce las medidas de seguridad para reducir el riesgo de daño por caída en el paciente ambulatorio.	
	8	Identifica riesgos de caída en el paciente y aplica medidas de seguridad.	
	9	Orienta al paciente y/o familiar sobre medidas para prevenir caídas.	
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo	10	Supervisa medidas de seguridad entre el prestador de atención médica a su cargo, para reducir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica 2012.	No aplica
6.3 Manual de procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.4 NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Trabajo	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Caída. Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

8.2 Daño. Deterioro, destrucción, mal o sufrimiento que causa a las personas.

8.3 Escala de caídas. Instrumento por medio del cual se mide el riesgo de caídas en el paciente hospitalizado, considerando los criterios: caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y problemas de deambulación.

8.4 Factor de riesgo. Elemento o condición que implica el aumento de la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

8.5 Medidas de seguridad. Acciones encaminadas a minimizar los riesgos y posibles daños por caídas.

8.6 Paciente hospitalizado. Persona que recibe atención médica durante su estancia en servicios de hospitalización.

8.7 Prestador de atención médica. Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapista, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.8 Prevención de caída. Se refiere a todos las acciones que se proporcionan al paciente con la finalidad de evitar su precipitación al suelo en contra de su voluntad; para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

8.9 Riesgo de caída. Aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de trabajo (Ver anexo del procedimiento 31)

33. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

1. PROPÓSITO

1.1 Realizar la prescripción electrónica y la transcripción de medicamentos en los Servicios Médicos a fin de asegurar el adecuado tratamiento farmacológico en los pacientes, con la prescripción completa y correcta de medicamentos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, verifica la aplicación adecuada del procedimiento, las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento), supervisan el correcto funcionamiento del procedimiento, las Jefaturas del Servicio y de Unidad, coordinan y supervisan a los médicos de base en relación a la realización de la prescripción electrónica, la Subdirección de Enfermería verifica que las Jefes de Enfermería de los Servicios realicen la transcripción y validen las indicaciones para la solicitud de medicamentos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica es responsable de supervisar que cada una de las Unidades que intervienen en el sistema de “Solicitud de medicamentos” cumplan con los lineamientos establecidos en este procedimiento, en caso de incumplimiento, establecerá las sanciones correspondientes.

3.2 La Jefatura de Servicio y o de Unidades, verificarán que los médicos tratantes encargados de solicitar vía electrónica los medicamentos, concuerden con las indicaciones anotadas en los expedientes clínicos de los pacientes o en las nota de evolución de los mismos, en los formatos establecidos para tal fin, además de que estos sean los contenidos en el Catálogo General de Productos del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.

3.3 En los casos de medicamentos no incluidos en el Catálogo General de Medicamentos y en el Programa Anual de Trabajo (PAT) autorizado para el Servicio, se deberá solicitar la aprobación de la Dirección General Adjunta Médica y/o del Comité de Abasto para su entrega o adquisición por compra.

3.4 El Médico de Base tratante es responsable de generar todo requerimiento de medicamentos a través del sistema “Solicitud de Medicamentos” conforme a la hoja de indicaciones actualizada cada 24 horas (o antes de ser necesario, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente) anotando los datos que se solicitan en el formato electrónico (anexo 1).

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y/o Jefe de Unidad que las prescripciones realizadas en su Servicio médico cumplan los siguientes requisitos:

a) **Identificadores completa de acuerdo a los dos identificadores institucionales** (Nombre Completo y el Expediente Clínico Único (ECU).
b) **Nombre completo del medicamento** (Especificando la denominación genérica y evitando en lo posible las siglas).
c) **Presentación del medicamento** (frasco ámpula, suspensión, tabletas, solución, etc.).
d) **Dosis exacta** (cantidad en gramos, miligramos, microgramos, mililitros, unidades, etc. En caso de dosis fraccionadas utilizar puntos decimales).
e) **Vía de administración** (intravenosas, vía oral, inhalado, intramuscular, etc.).
f) **Horario o frecuencia de la medicación** (ejemplo: cada 8 hrs).
g) **Duración de la medicación,** si aplica (ejemplo: por dos dosis, por tres días).
h) En los casos de **dosis única** (DU) precisar los motivos para su administración (ejemplo: en caso de dolor, Dosis Precisa y Cantidad Máxima).
i) Verificar que la prescripción de los medicamentos en la computadora otorgada para tal fin, sea clara y la impresión sea legible.

j) **Evitar el uso de abreviaturas**, por significar un riesgo de seguridad para el paciente.
k) **Evitar dejar campos vacíos**.
l) **Registrar diariamente la fecha, hora, su nombre, cédula profesional y firma** en la hoja de indicaciones médicas y en el original y las copias para trámite de entrega de medicamentos.

3.6 En los casos de pacientes inscritos en el Programa de Seguro Popular, el Médico de Base es responsable de realizar las solicitudes de medicamentos vía electrónica con la leyenda “Seguro Popular” en los formatos y procedimientos que para tal fin se han establecido.

3.7 El Médico responsable del paciente, el Médico autorizado por el jefe de servicio y el personal de enfermería son responsables de hacer buen uso de la clave para accesar al Sistema de Medicamentos, debido a que son personales e intransferibles y sujetos a auditoría dentro del sistema.

3.8 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y/o Unidad y médico de base, verificar la elección de los medicamentos prescritos por sus colegas mediante los siguientes elementos:

a) La idoneidad del fármaco, frecuencia y la vía de administración.
b) Duplicidad farmacéutica.
c) Las alergias o sensibilidad.
d) Las interacciones medicamentosas, farmacéuticas y con alimentos.
e) Variación respecto al criterio de uso del establecimiento.
f) Peso del paciente y demás información fisiológica.
g) Otras contraindicaciones.

3.9 Es responsabilidad del Médico utilizar solamente los símbolos y abreviaturas establecidos y estandarizados por la Institución, para expresar la dosis, vía y frecuencia de la administración de medicamentos.

3.10 El Médico de base es responsable de verificar que los medicamentos que el paciente trae consigo para tratamientos que no se puedan interrumpir se encuentren en su envase secundario y sean acordes con el padecimiento en estudio, en caso de medicamentos controlados, queda a su consideración si continúa con ellos, solicitar la receta médica y que enfermería los resguarde. No se permitirán las suspensiones de manera automática, en cada caso el Médico deberá dar seguimiento y anotar el momento en que los medicamentos se suspenden o cambian.

3.11 El Jefe de Servicio y/o Jefe de Unidad, debe respetar los derechos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar a tratamientos para prolongar la vida. Se registrará en el expediente clínico del paciente su decisión de rechazo o suspender tratamiento, con firma del Médico, paciente o familiar responsable y testigo, asentado con fecha y hora, de igual manera se realizará el llenado de negación o revocación en la parte posterior del formato de Consentimiento informado para ingreso hospitalario.

3.12 El Jefe de Servicio y/o Unidad, debe verificar que las indicaciones médicas siempre estén por escrito. En caso de urgencia, los medicamentos que se prescriban verbalmente el personal Médico y de enfermería, deberán seguir los siguientes pasos: escuchar, escribir, leer y confirmar la indicación médica y así deberán registrarse en el menor tiempo posible en el expediente clínico.

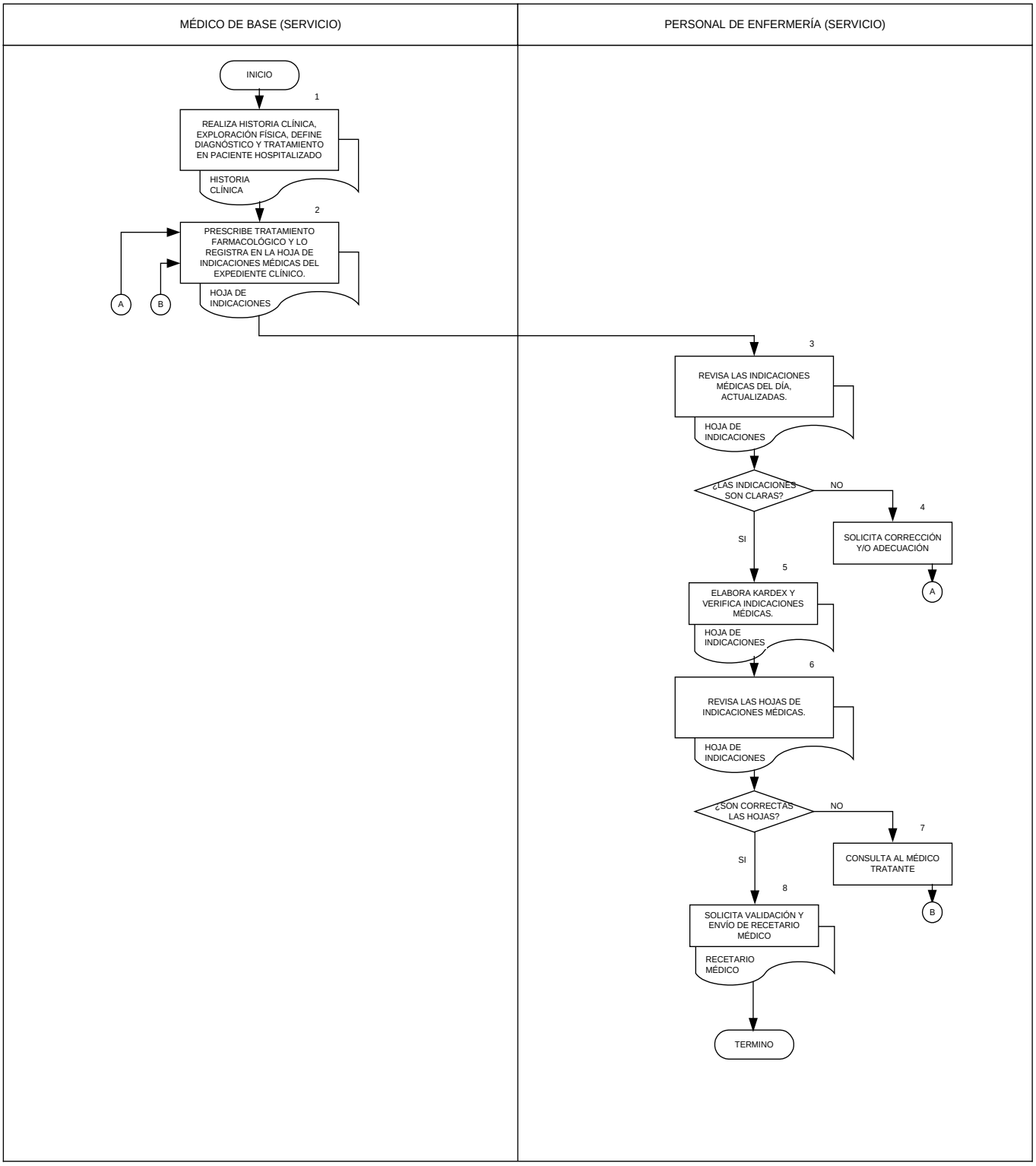
3.13 La utilización de muestras médicas, por ser productos obsequiados a los médicos tratantes, serán a consideración y riesgo de los mismos. (No se permite utilizar muestras médicas en los tratamientos de pacientes hospitalizados). En los casos de ser objeto de un protocolo de investigación, éste deberá estar registrado en la Dirección de Investigación y cumplir con los requisitos que se establecen para tal efecto.

3.14 Todas las relaciones interpersonales se realizarán con apego al Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base (Servicio)	1	Realiza Historia clínica, exploración física, define diagnóstico y tratamiento en paciente hospitalizado.	• Historia Clínica
Médico de Base (Servicio)	2	Prescribe tratamiento farmacológico completo y adecuado para el diagnóstico del paciente hospitalizado y lo registra en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico.	• Hoja de indicaciones
Personal de Enfermería (Servicio)	3	Revisa las indicaciones médicas del día, actualizadas. ¿Las indicaciones son claras?	• Hoja de indicaciones • Kardex • Recetario Médico
	4	NO: Solicita corrección y/o adecuación y regresa a la actividad 2.	
	5	SI: Elabora tarjeta de prescripción médica (kardex del paciente conforme a lo establecido) y verifica las hojas de indicaciones médicas.	
	6	Revisa las hojas de indicaciones médicas y determina. ¿Son correctas las hojas de indicaciones?	
	7	NO: Consulta al médico tratante y regresa a la actividad 2.	
	8	SI: Solicita validación y envío de recetario médico. Continúa procedimiento con apego a lo establecido (Procedimiento 45 para la solicitud y entrega de medicamentos) **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento de Insumos para la Salud	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería	No aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes	No aplica
6.4 Modelo de Farmacia Hospitalaria	No aplica
6.5 Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud	No aplica
6.6 Catálogo General de Medicamentos	No aplica
6.7 Programa Anual de Trabajo (PAT) autorizado para los Servicios	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Recetario Médico	5 años	Subdirección de Almacenes	No aplica
7.2 Hoja de Indicaciones Médicas (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.3 Kardex	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Catálogo General de Productos.- Relación ordenada en la que se incluyen o describen de forma individual libros, documentos, personas, objetos, etc., que están relacionados entre sí. En este caso, los productos disponibles para su utilización en la Institución.

8.2 Dosis.- Toma de medicina que se da al enfermo cada vez.

8.3 Envase secundario.- Empaque exterior en el cual se comercializa un insumo y no está en contacto directo con él.

8.4 Farmacia Hospitalaria.- Es una especialidad farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otra actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y económica de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia.

8.5 Hoja de indicaciones médicas.- Formato donde el médico autorizado realiza la prescripción de medicamentos

8.6 Kardex.- Documento en el cual se transcriben las indicaciones médicas (régimen dietético, terapia de medicamentos, medidas generales de cuidado de enfermería)

8.7 Medicamento.- Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

8.8 Muestra médica.- Porción de un producto, mercancía o medicamento que sirve para conocer la calidad del género.

8.9 Prescripción.- Arte y efecto de recetar un medicamento.

8.10 Presentación.- Forma farmacéutica de los medicamentos, como las cápsulas, los jarabes, los inyectables, etc.

8.11 Servicio médico.- Servicios que se ofrecen para la prevención, mantenimiento o recuperación de la salud.

8.12 Unidad de Medida.- Una unidad de medida es una cantidad estandarizada de una determinada magnitud física, definida y adoptada por convención o por ley.

8.13 Vía de administración.- Rutas de entrada al organismo que influyen en la latencia, intensidad y duración del efecto farmacológico. Conocer las ventajas y desventajas de estas vías es muy importante para saber aprovechar los medicamentos en una determinada situación. Según la que se elija, dependerá la rapidez de acción, eficacia y efectos adversos de los fármacos. Se clasifican como: 1) Enteral.- Cuando los medicamentos son introducidos al organismo por los orificios naturales del cuerpo y relacionado con intestino y tracto gastrointestinal: oral, sublingual o rectal. 2) Parenteral.- Para ser infiltrados mediante una aguja hueca hipodérmica. 3) Tópica.- Cuando los medicamentos son administrados en la piel o las mucosas para un efecto local. 4) Transdérmica.- Cuando son aplicados mediante parches sobre la piel para un efecto sistémico.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Indicaciones médicas (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Kárdex
10.3 Recetario médico individual

10.2 Kárdex

TARJETA DE PRESCRIPCION MÉDICA
Kárdex

Servicio: (1)
Nombre del paciente: (1.1) _____ **CAMA:** _____
(1.2)
Apellido paterno materno nombre (s)

DIAGNÓSTICO: (1.3) **DIETA: (1.4)** **ECU: (1.5)**

FECHA	PRESCRIPCION		DOSIS Y VIA	HORARIO	OBSERVACIONES
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA TARJETA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA (KÁRDEX).

PARTE FRONTAL

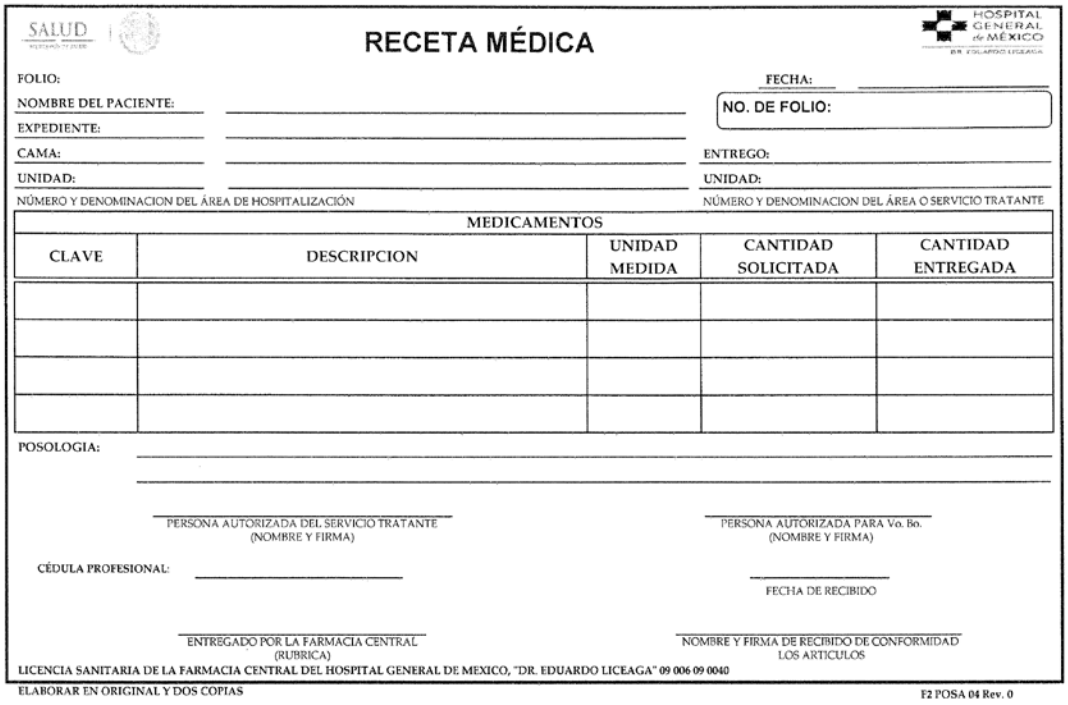
Del punto 1 al punto 1.4 se anotara con tinta azul o a máquina.

RUBRO	ANOTAR
1.Encabezado	Número y nombre del servicio correspondiente.
1.1.Nombre del paciente	Nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
1.2 Cama	Con numero arábigo el número de cama.
1.3 Diagnóstico.	El diagnóstico médico principal y entre paréntesis diagnostico anterior.
1.4 Dieta	La dieta prescrita.
1.4. Número de Expediente Único (CU).	El número de expediente único del paciente

Del punto 2 al punto 8 se anotará con lápiz.

RUBRO.	ANOTAR.
2 .Fecha	Con números arábigos la fecha de actualización del kárdex.
3. Prescripción médica.	El nombre genérico del medicamento indicado.
4.Espacio en blanco	Frecuencia de horas, indicado por el médico, para ministrar el medicamento, ejemplo: Cada/8, cada/12, PRN, etc.
5. Dosis y vía de medicamentos.	Dosis: Anotar con siglas internacionales la dosis del medicamento, (ejemplo: g, mg, unidades, etc). Vía: anotar la vía de ministración del medicamento, ejemplo: intravenoso (I.V), vía oral (V.O), subcutánea (S.C), intramuscular (I.M.) y oftálmica (oft)
6. Horario	Con números arábigos el horario en el cual ministrará el medicamento indicado, (ejemplo: 8-16-24 ó 12-24, etc.).
7. Observaciones	Anotar tratamiento específico indicado por el médico tratante. Todo medicamento que es proporcionado por el paciente deberá anotarse en el kárdex con las siglas “P x Pte.” (Proporcionado por el paciente).

10.3 Recetario médico individual



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

RECETA MÉDICA

FOLIO:

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE:

NO. DE FOLIO:

EXPEDIENTE:

CAMA:

ENTREGO:

UNIDAD:

UNIDAD:

NÚMERO Y DENOMINACION DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

NÚMERO Y DENOMINACION DEL ÁREA O SERVICIO TRATANTE

MEDICAMENTOS

CLAVE	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA

POSOLOGIA:

PERSONA AUTORIZADA DEL SERVICIO TRATANTE (NOMBRE Y FIRMA)

PERSONA AUTORIZADA PARA Vo. Bo. (NOMBRE Y FIRMA)

CÉDULA PROFESIONAL:

FECHA DE RECIBIDO

ENTREGADO POR LA FARMACIA CENTRAL (RUBRICA)

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD LOS ARTICULOS

LICENCIA SANITARIA DE LA FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, "DR. EDUARDO LICEAGA" 09 006 09 0040

ELABORAR EN ORIGINAL Y DOS COPIAS

F2 POSA 04 Rev. 0

34. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para realizar la conciliación y verificar la idoneidad en la prescripción de medicamentos en los Servicios médicos a fin de asegurar el adecuado tratamiento farmacológico, garantizando la seguridad del paciente y minimizando los errores a través de una adecuada prescripción en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización de las actividades concernientes a este procedimiento, a las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) supervisan la correcta realización del procedimiento, la Subdirección de Enfermería, Jefes de Servicio y/o de Unidad dan cumplimiento de los lineamientos establecidos en este procedimiento.

2.2 De forma externa, este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica coordinar el presente procedimiento, verificar su cumplimiento, además de solicitar que se realice adecuadamente en los Servicios médicos.

3.2 El Médico será responsable de prescribir de manera clara y concisa el tratamiento farmacológico durante el proceso de atención y plasmarlo en el expediente clínico hasta el momento del alta o la transferencia del paciente, emitiendo un resumen (hoja de alta) donde se especifiquen los medicamentos utilizados con la finalidad de que se verifique la conciliación correspondiente. De igual manera deberá supervisar que el paciente trasladado de un Servicio a otro lleve consigo los medicamentos prescritos durante las 24 horas previas a su traslado.

3.3 El Médico de Base o Médico Tratante será responsable de realizar el proceso de conciliación de medicamentos a todos los pacientes, cuando exista un cambio de médico responsable, de área de hospital, a su ingreso y/o a su egreso, mediante los siguientes puntos:

a) Verificar los medicamentos que tomaban los pacientes antes de su admisión y enlistarlos en el expediente clínico.

b) Comparar las indicaciones médicas a su ingreso con la lista de medicamentos que tomaba antes de la admisión.

3.4 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad y Médico de Base realizar una revisión específica de la idoneidad de la prescripción médica mediante los siguientes elementos:

a) Definición del o los problemas de salud del paciente.

- Enfermedad o trastorno (diagnóstico médico)
- Signos de enfermedad de base
- Problemas psicológicos o sociales
- Efectos indeseables de fármacos
- Demanda de repetición de la receta (polifarmacia)
- Falta de adhesión al tratamiento
- Petición de tratamiento preventivo
- Combinación de las anteriores.

b) Especificación de los objetivos.

- Especificar el objetivo terapéutico antes de tomar la decisión de prescribir un tratamiento es esencial.
- Esto ayudara a evitar el uso de una gran cantidad de fármacos innecesarios.
- Ayudar a evitar la prescripción profiláctica innecesaria.
- Convertir al paciente en un socio informado y mejora su adhesión al tratamiento.

c) Indicación del tratamiento farmacológico mediante los requisitos establecidos en la política del procedimiento Prescripción y Trascripción de medicamentos.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, Médico de base y/o médicos residentes de mayor jerarquía entregar información, instrucciones y advertencias al paciente entre ellas:

1.- Efectos farmacológicos	Síntomas que desaparecen y cuando; lo importante que es tomar el medicamento; lo que ocurre si no se toma.
2.- Efectos indeseados	Qué efectos indeseables pueden ocurrir; cómo reconócelos; cuánto durarán; qué gravedad tienen; qué hacer si aparecen.
3.- Instrucciones	Cuándo tomarlo; cómo guardarlo; cuánto debe durar el tratamiento; qué hacer en caso de dudas en la prescripción.
4.- Advertencias	Qué no hacer (conducción de vehículos, manejo de maquinaria); dosis máxima (fármacos tóxicos); necesidad de proseguir el tratamiento (antibióticos).
5.- Próxima cita	Cuándo volver (o no); en qué caso (s) volver antes; qué hacer con el medicamento sobrante; qué información debe traer.
6.- ¿Está todo claro?	Todo entendido; repita la información; ¿alguna pregunta?

3.6 Será responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, Médico de Base y/o Médico Residente de mayor jerarquía, diseñar un esquema terapéutico apropiado mediante el registro adecuado en el Formato para la Validación de la Idoneidad en la Prescripción Médica.

3.7 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, y/o Médico de Base verificar la idoneidad de las prescripciones médicas, antes de la dispensación o administración de los medicamentos:

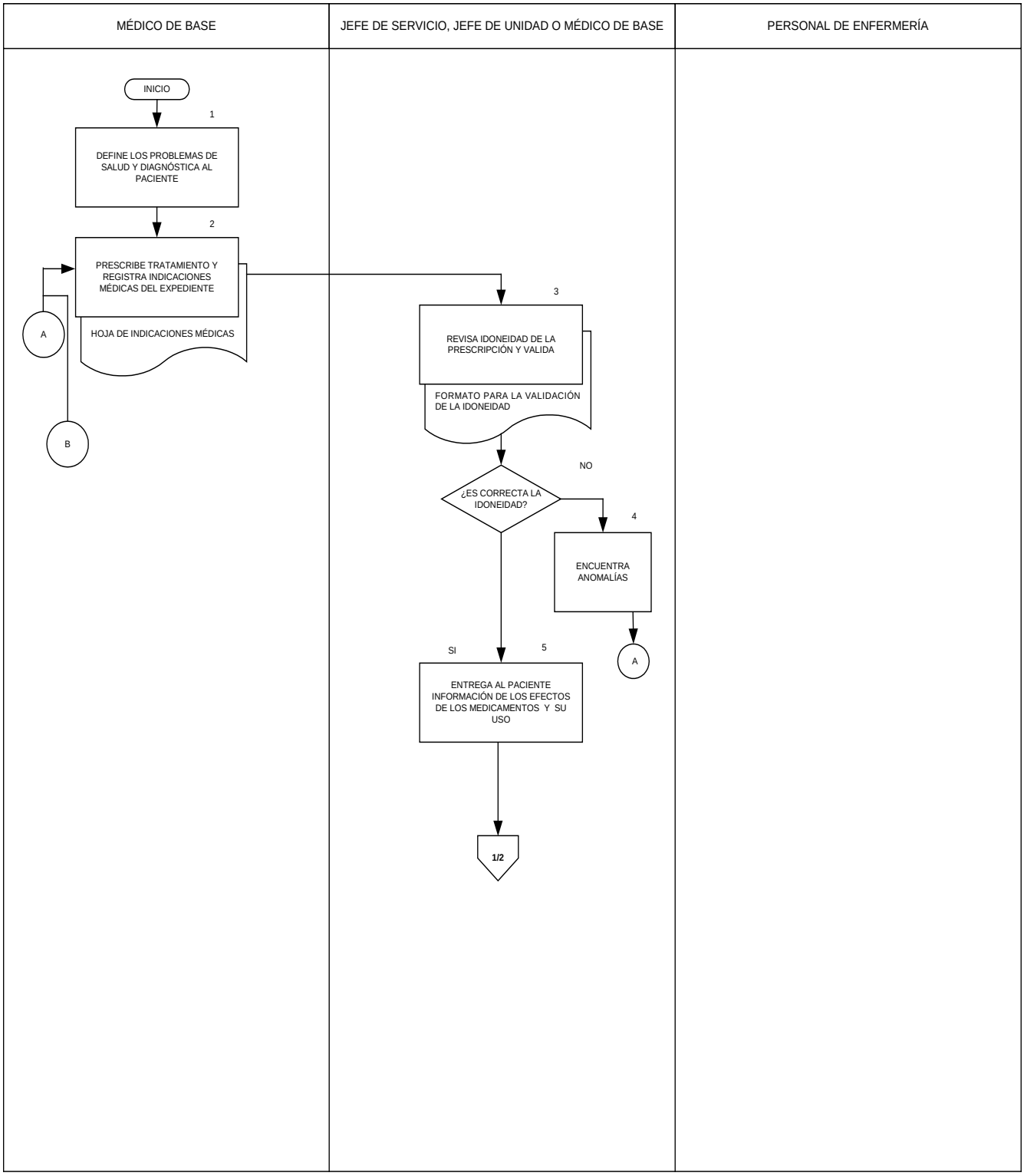
3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”

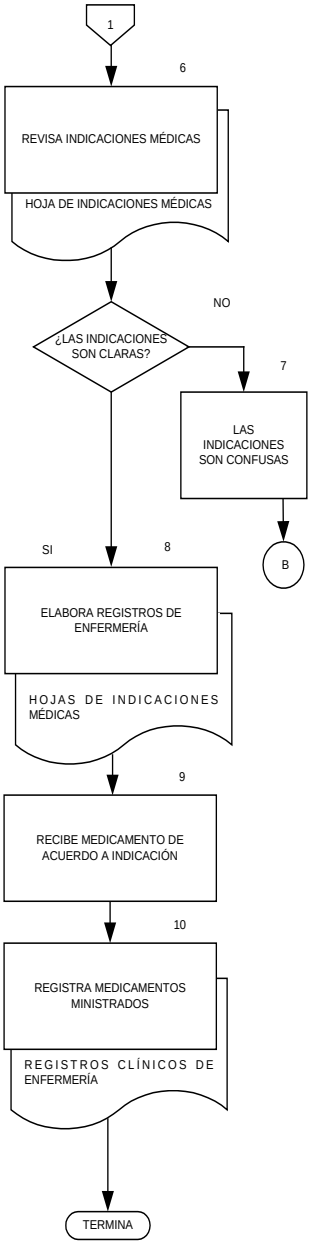
3.9 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base.	1	Define el o los problemas de salud y Diagnostica al paciente que se encuentra hospitalizado y especifica objetivos terapéuticos.	• Hoja de indicaciones médicas.
	2	Prescribe el tratamiento farmacológico completo y adecuado para el diagnóstico del paciente hospitalizado y lo registra en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico.	
Jefe de Servicio, Jefe de Unidad o Médico de Base.	3	Revisa la idoneidad: frecuencia, vía de administración, duplicidad farmacéutica, las alergias o sensibilidades, interacciones medicamentosas, farmacéuticas y/o con alimentos, conforme al formato para la validación de la idoneidad de la prescripción médica. ¿Es correcta la idoneidad?	• Formato para la validación de la idoneidad.
	4	No: Encuentra anomalías y regresa a la actividad 2.	
	5	Si: El medico entrega al paciente la información relacionada a los efectos farmacológicos y los indeseados de los medicamentos, así como instrucciones y advertencias de uso.	
Personal de Enfermería.	6	Revisa las indicaciones médicas en la “hoja de indicaciones médicas”. ¿Las indicaciones son claras?	• Hoja de indicaciones médicas.
	7	No: Las indicaciones son confusas y regresa a la actividad 2.	
	8	Si: Elabora registro de enfermería del paciente conforme a lo establecido.	
Personal de Enfermería	9	Recibe medicamento, prepara, membrete y aplica, acorde a la vía de administración indicada en los horarios establecidos en las indicaciones médicas.	• Registros Clínicos de Enfermería.
	10	Registra los medicamentos ministrados en los Registros Clínicos de Enfermería del expediente clínico. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MÉDICO DE BASE	JEFE DE SERVICIO, JEFE DE UNIDAD O MÉDICO DE BASE	PERSONAL DE ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento de insumos para la Salud.	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes.	No Aplica
6.5 Modelo de Farmacia Hospitalaria.	No Aplica
6.6 Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Receta Médica	5 años	Subdirección de Almacenes y Servicios Médicos	No aplica
7.2 Hoja de indicaciones médicas (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.3 Hoja de registro de enfermería (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Conciliación de Medicamentos.- Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, traslados, cambios de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben de comentar con el médico que prescribe y si se requiere se deben de corregir. Los cambios realizados se deben de documentar y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente y al mismo paciente.

8.2 Envase primario.- Empaque del sistema de envase que está en contacto directo con el insumo.

8.3 Envase secundario.- Empaque exterior en el cual se comercializa el insumo y no está en contacto directo con él.

8.4 Hoja de indicaciones médicas: Formato donde el médico autorizado realiza la prescripción del medicamento.

8.5 Idoneidad de la prescripción.- Es el acto de revisar la prescripción, con los siguientes elementos;
a) la idoneidad del fármaco referente a la patología, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
b) la duplicación terapéutica;
c) las alergias o sensibilidades;
d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento
f) el peso del paciente y demás información fisiológica.

8.6 Medicamento.- Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

8.7 Medicamento de mezclas.- Son los antibióticos, la quimioterapia y la nutrición parenteral.

8.8 Prescribir.- Recetar un medicamento.

8.9 Registros de enfermería.- Documento en el cual se transcribe las indicaciones médicas (régimen dietético, terapia medicamentosa y medidas generales)

8.10 Servicio médico.- área médica o quirúrgica para internamiento de pacientes con fines de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

8.11 Unidad de medida.- Descripción de la presentación en la que se entrega el medicamento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Marzo 2015	Se agregó el último párrafo de la política 3.2

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Indicaciones Médicas. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.3 Receta Médica. (Ver anexo del procedimiento 12)

35. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DE PACIENTES

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal involucrado (médico y paramédico) en el traslado interinstitucional (extrahospitalario) de los pacientes que lo requieran, con la finalidad de que se permita garantizar continuidad en la atención médica, cuando las condiciones de infraestructura institucionales no permitan otorgarla, además de ofrecerlo con calidad y calidez, cumpliendo así con los estándares internacionales de certificación.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno la Dirección General, a la Dirección General Adjunta Médica (Subdirecciones de área), a la Coordinación de Asistentes de la Dirección, a la Subdirección de Servicios Generales (Transportes), (Protección civil) y a la Subdirección de Enfermería.

2.2 A nivel externo este procedimiento tiene alcance con las distintas instituciones con las cuales se realice la aceptación de pacientes para continuidad de su atención (Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales de tercer nivel de otras Instituciones de salud)

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. El Médico tratante o el Jefe de Servicio serán responsables de establecer la necesidad de traslado del paciente, una vez que se establezca, en acuerdo con las autoridades correspondientes, que dentro de las instalaciones del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” no sea posible ofrecer el tratamiento adecuado de acuerdo a la patología o las necesidades del paciente.

3.2 El Médico tratante será responsable de determinar las causas de traslado del paciente, que incluirán:

- La imposibilidad de ofrecer algún estudio de apoyo diagnóstico necesario para normar una conducta terapéutica, con el cual no se cuente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en cuyo caso el paciente se trasladará a la Institución que apoyará con el estudio y se regresará a su Servicio.

- Por no contar con el área adecuada para pacientes que ameritan manejo especial. (Ejemplo: pacientes quemados) y que sean aceptados por otras Instituciones, a través de la gestión de traslado por parte de los directivos de guardia.

3.3 El Jefe de Servicio o el Médico tratante del paciente serán responsables de solicitar el traslado al Subdirector de la Dirección General Adjunta Médica de guardia en el turno matutino o a los Asistentes de la Dirección General en los demás turnos, enfatizando las condiciones del paciente, así como las necesidades específicas y justificación del traslado el cual deberá de quedar documentado en la hoja de Referencia-Contrarreferencia Institucional con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

3.4 El Subdirector de área o Asistente de la Dirección General se responsabilizará de establecer contacto vía telefónica con la Institución que considere la más apta para ofrecer las condiciones del manejo adecuado para el paciente, de acuerdo a las condiciones especificadas por el médico o el jefe de servicio tratantes.

3.5 El Jefe de Servicio y/o Médico Tratante es responsable, en coordinación con el directivo de guardia de verificar que se cubran en su totalidad, los requisitos que solicite la Institución receptora para garantizar la aceptación del paciente, además de asignar a un médico de su servicio para que acompañe, atienda al paciente en su traslado y lo entregue adecuadamente desde el punto de vista médico en la Institución receptora.

3.6 El Directivo de Guardia es responsable de, una vez aceptado el traslado por otra Institución, de confirmar esta situación con el servicio tratante y de avisar al Director General Adjunto Médico del Hospital.

3.7 Una vez autorizado el traslado por el Director General Adjunto Médico el directivo de guardia es responsable de avisar a la Subdirección de Servicios Generales (transportes) para solicitar un operador de ambulancia.

3.8 La Subdirección de Servicios Generales y Nutrición es responsable de enviar un operador de ambulancia, el cual se encargará única y exclusivamente del traslado del paciente a la institución que lo aceptó.

3.9 El médico asignado para el traslado del paciente será responsable de verificar que las condiciones clínicas del paciente sean estables para proceder a su traslado, que se cuenta con el expediente completo, con la hoja de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitada , donde se justifica la causa de traslado, de solicitar el acompañamiento del familiar responsable del paciente, los pacientes pediátricos invariablemente deberán ser acompañados por un familiar adulto a los cuales les solicitará la firma de consentimiento bajo información para traslado antes del mismo.

3.10 El Médico asignado para el traslado del paciente será responsable de iniciar o continuar con tratamiento médico, además de supervisar que se observen las precauciones estándar, así como las precauciones de aislamiento específicas correspondientes a la patología del paciente, teniendo cuidado especial en el contacto con sangre, fluidos corporales, material punzocortante. Durante el traslado se responsabilizará de mantener con el operador para evaluar el status del traslado. Al ser la ambulancia, una extensión del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” , se dará la atención al paciente respetando siempre sus derechos. Así mismo se deberán de seguir los lineamientos que rigen el manejo de los residuos infecto-contagiosos.

3.11 El Médico asignado para el traslado del paciente será responsable de llenar el formato específico de traslado, que incluya los datos del paciente, la información clínica, el manejo médico requerido durante el mismo, maniobras de reanimación o eventualidades que hayan ocurrido durante el traslado, el nombre de los responsables del paciente; el nombre y cargo de la persona que recibe y autoriza la recepción del paciente en la Institución receptora.

3.12 El Médico asignado para el traslado del paciente será responsable de la entrega de pacientes en la Institución receptora, informando su estado de salud, las incidencias ocurridas durante el traslado y tratamiento médico administrado, por lo cual deberá solicitar firma de conformidad de entrega.

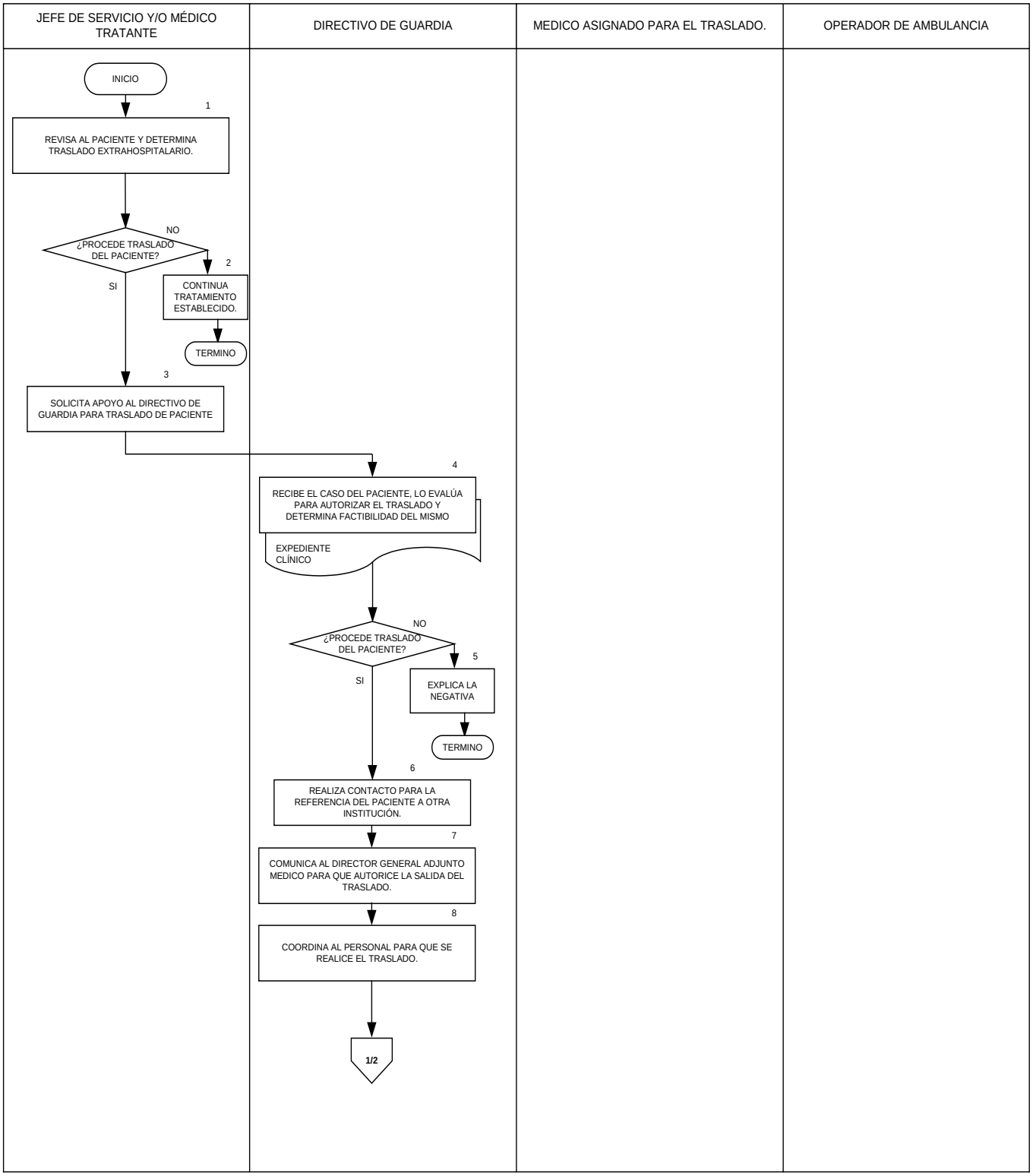
3.13 El operador especializado de la ambulancia será responsable de realizar el reporte de la hora de salida de la base y llegada a la unidad médica o domicilio, salida del hospital receptor, finalización del servicio y llegada a base o central; así como el kilometraje recorrido para registro en la bitácora correspondiente.

3.14 El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” no cuenta con ambulancia aérea por lo que, en caso de ameritar traslado por esta vía, se hará contacto con una empresa certificada en estos menesteres.

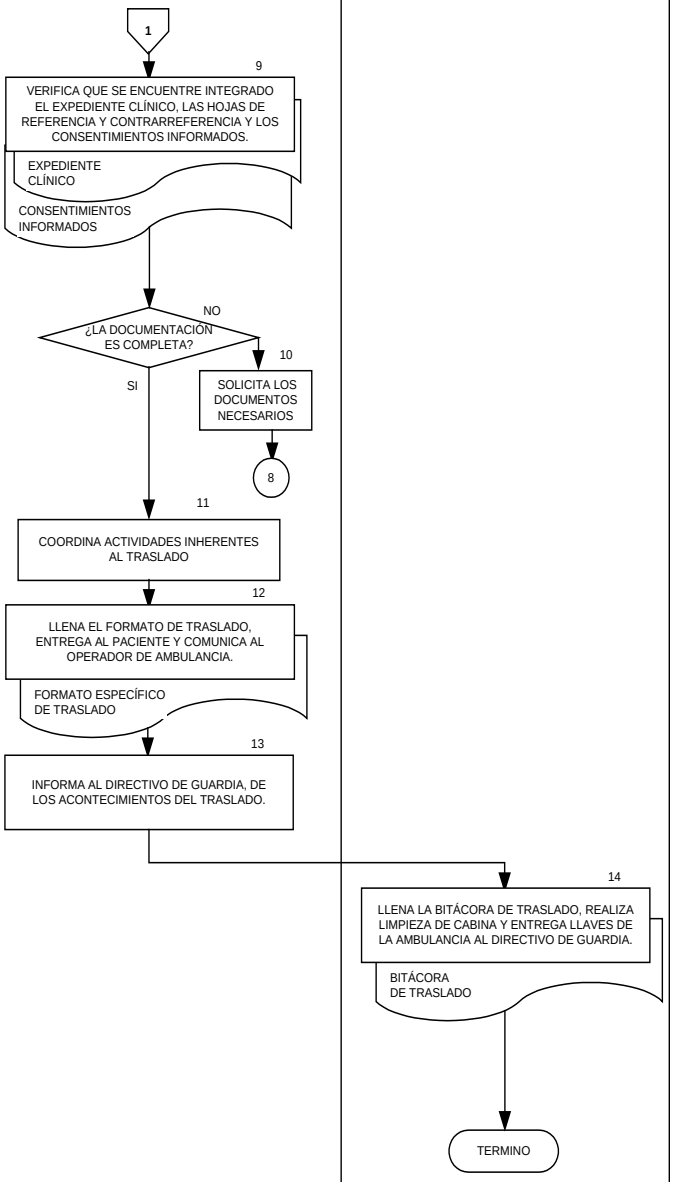
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No Act.	Descripción de actividades	Documento
Jefe de Servicio y/o Médico Tratante	1	Revisa al paciente y determina traslado extrahospitalario. ¿Procede Traslado del paciente?	
	2	No: Continua tratamiento establecido en las instalaciones del Hospital y termina el procedimiento.	
	3	Si: Solicita vía telefónica apoyo al Directivo de Guardia para traslado de paciente por considerar que no se cuenta con el área física adecuada o con los recursos necesarios para garantizar la atención adecuada al paciente.	
Directivo de Guardia	4	Recibe el caso del paciente en la Oficina de Asistentes de la Dirección General, lo evalúa para autorizar el traslado y determina factibilidad del mismo. ¿Procede Traslado del paciente?	• Expediente clínico.
	5	No: Explica la negativa, coordina la organización de los recursos de la Institución para proporcionar la atención que requiere el paciente y termina el procedimiento.	
	6	Si: Realiza contacto vía telefónica hasta tener respuesta satisfactoria para la referencia del paciente a otra Institución que considere la más apta para la atención.	
	7	Comunica al Director General Adjunto Medico para que autorice la salida del traslado.	
	8	Coordina al personal (médico, de enfermería y operador de ambulancia) para que se realice el traslado y entrega llaves de la ambulancia al operador asignado.	
Medico asignado para el traslado.	9	Verifica que se encuentre integrado el expediente clínico y los Consentimientos Informados con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. ¿La documentación es completa?	• Expediente clínico. • Consenti-mientos Informados • Formato de traslado
	10	No: Solicita los documentos necesarios para su integración y regresa a la actividad 8.	
	11	Si: Coordina actividades inherentes al traslado, incluyendo medidas de seguridad estándar y específica de aislamiento para control de infecciones, respetando los derechos del paciente.	
	12	Llena el formato específico de traslado, entrega al paciente en la Institución receptora, anotando nombre del responsable, firma de recepción de paciente y comunica al operador de ambulancia el regreso al Hospital.	
	13	Informa al Directivo de Guardia, una vez de regreso al Hospital, de los acontecimientos del traslado.	
Operador de ambulancia	14	Llena la bitácora de traslado con los datos requeridos, realiza limpieza profunda de cabina y entrega llaves de la ambulancia al Directivo de Guardia. **TERMINA**	• Bitácora de traslado

5. DIAGRAMA DE FLUJO



JEFE DE SERVICIO Y/O MÉDICO TRATANTE	DIRECTIVO DE GUARDIA	MEDICO ASIGNADO PARA EL TRASLADO.	OPERADOR DE AMBULANCIA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No Aplica
6.3 PROY-NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud. Atención prehospitalaria de las Urgencias Médicas.	No Aplica
6.4 Manual para la prevención y control de infecciones.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácora de traslados	5 años	Dirección General Adjunta Medica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Ambulancia de traslado: Unidad móvil para traslado programado de pacientes.

8.2 Operador de la Ambulancia: Persona capacitada para conducir una Ambulancia terrestre.

8.3 Tripulación: Personal involucrado en el traslado terrestre de algún paciente.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Evento de traslado de paciente.

10.1 Formato de Evento de traslado de paciente.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
Licencia Sanitaria No. 13 AM 09 015 0005

FORMATO DE EVENTO DE TRASLADO

Fecha:_____ Nº de Folio:_____
Hora de salida:_____ Ambulacia Nº:_____
Hora de regreso:_____ Placas:_____
Tipo de servicio: Traslado.

Institución que recibe:_____
Motivo del Traslado:_____

DATOS DEL PACIENTE
Nombre:_____ Edad:_____
Sexo: Femenino / Masculino Nº Expediente:_____
Antecedentes Personales Patologicos:_____

Padecimiento Actual:_____

EXPLORACION FISICA
TA:_____ /_____ FC_____ FR_____ TEMP_____

Escala de Glasgow:_____
Coloracion de piel y tegumentos:_____
Estado de Pupilas:_____

Impresión Diagnostica:_____
Manejo medico durante el traslado y/o Eventualidades:_____

Nombre del Medico que recibe traslado:_____

Nombre, Firma y C.P del Medico de traslado_____

Nombre del Operador de la ambulacia:_____
Personal Auxiliar del Traslado:_____
Nombre y parentesco del familiar acompañante:_____

Calle Dr. Balmis #148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc
México, D.F, C.P 06726, Tel:27892000

36. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y ENTREGA DE RESUMEN CLÍNICO

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para señalar los mecanismos y requisitos necesarios en los casos que se realice solicitud de resúmenes clínicos de pacientes atendidos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por parte del interesado, familiar directo, tutor, personas autorizadas por el interesado y/o por una autoridad competente; así como el proceso de entrega de la información a los solicitantes, con la finalidad de cumplir con la normatividad vigente y obtener la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica recibe solicitudes, solicita expedientes, reenvía expediente y solicitud al Servicio Médico, las tramite y entrega al peticionario, Archivo Clínico busca y envía expedientes con carácter devolutivo y los Servicios de Atención Médica realizan resumen clìnico de acuerdo al expediente clínico.

2.2 De forma externa, este procedimiento es aplicable a los pacientes, familiares directos de primera línea, tutores, personas autorizadas por el interesado y/o por una autoridad competente que deseen solicitar la elaboración de un resumen clínico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica coordinar el presente procedimiento, verificar su cumplimiento, además de informar a los solicitantes acerca de los requisitos y el proceso a realizar cuando requieran resúmenes clínicos y/o a toda persona que requiera dicha información.

3.2 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de otorgar información, recibir solicitudes y entregar los resúmenes clínicos, en horario de las 08:30 hrs. a las 15:00 hrs. de lunes a viernes, debiendo **proporcionar un trato amable y cortés al usario solicitante, además** informar adecuada y verazmente los requisitos: Formato de Solicitud de Resumen Clínico, debidamente llenado, copia de carnet o número de E.C.U. (Expediente Clínico Único), identificación oficial (credencial de elector, cartilla del servicio militar, pasaporte), carta poder o documento de la autoridad competente que autorice la solicitud de la información en caso de no ser el famliar responsable registrado en el sistema del hospital y acta de defunción (cuando aplique).

3.3 El Jefe del Servicio es responsable de los casos en que el resumen clínico sea con fines de trámites administrativos que solamente requieran información clínica no legal (incapacidades, constancias de internamiento, etc), y que el paciente se encuentre en ese momento hospitallizado, asignará al médico tratante para que lo elabore, el procedimiento se realizará en el Servicio donde se atiende al paciente, bastará con enviar el documento con firma de “Visto Bueno” para que se avale por la Dirección General Adjunta Médica a través de un sello. **Esta actividad no requiere formato de solicitud de resumen clínico, se tramitará directamente en el Servicio por parte del familiar responsable y el Jefe de Servicio.**

3.4 En estos casos, el Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de efectuar el sellado del documento, **previa autorización del Directivo de Guardia.**

3.5 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica, es responsable de realizar un expediente por cada solicitud de resumen clínico, asignar un número de folio y de registrarlo y de solicitar el expediente clínico correspondiente al Archivo clínico, mediante oficio firmado por el Director General Adjunto Médico. En los casos que el Servicio cuente con archivo propio (Pediatría, Ortopedia, Oncología, Oftalmología) la petición se hará directo al Servicio en mención.

3.6 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de solicitar el resumen mediante oficio firmado por el Director General Adjunto Médico dirigido al Jefe de Servicio correspondiente, estableciendo en el mismo como tiempo máximo de entrega 3 días hábiles para la respuesta.

3.7 El resumen clínico será responsabilidad del Médico tratante y deberá elaborarse **con estricto apego** a la NOM-004-SSA3-2012, cuyo numeral 4.10 (definiciones) a la letra establece: "...**Resumen clínico,** al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. **Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete**".

3.8 El Personal Administrativo es responsable de entregar el resumen clínico correspondiente, solicitando la copia del formato tramitado y de una identificación oficial del paciente o persona autorizada; en casos específicos el paciente deberá autorizar la entrega del documento a otras personas autorizadas, por considerarse información de tipo confidencial.

3.9 El solicitante podrá realizar una llamada telefónica a la Dirección General Adjunta Médica para confirmar la elaboración del resumen clínico; y de esta manera pueda recogerlo, el responsable es el personal admnistrativo de la Dirección General Adjunta Médica.

3.10 Los resúmenes clínicos se resguardarán 30 días naturales, posterior a la fecha de recepción por parte de la Dirección General Adjunta Médica. Posteriormente, se enviarán con oficio al Archivo Clínico para que sea resguardado en el expediente clínico correspondiente, como responsabilidad del personal administrativo de la misma.

3.11 En caso de que el solicitante acuda por la información y esta ya haya sido enviada al expediente correspondiente, se pedirá que acuda al Archivo Clínico para que le sea entregado, previa presentación de documentos que compruebe la solicitud antes realizada al personal administrativo de la Dirección General Adjunta Médica.

3.12 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga"

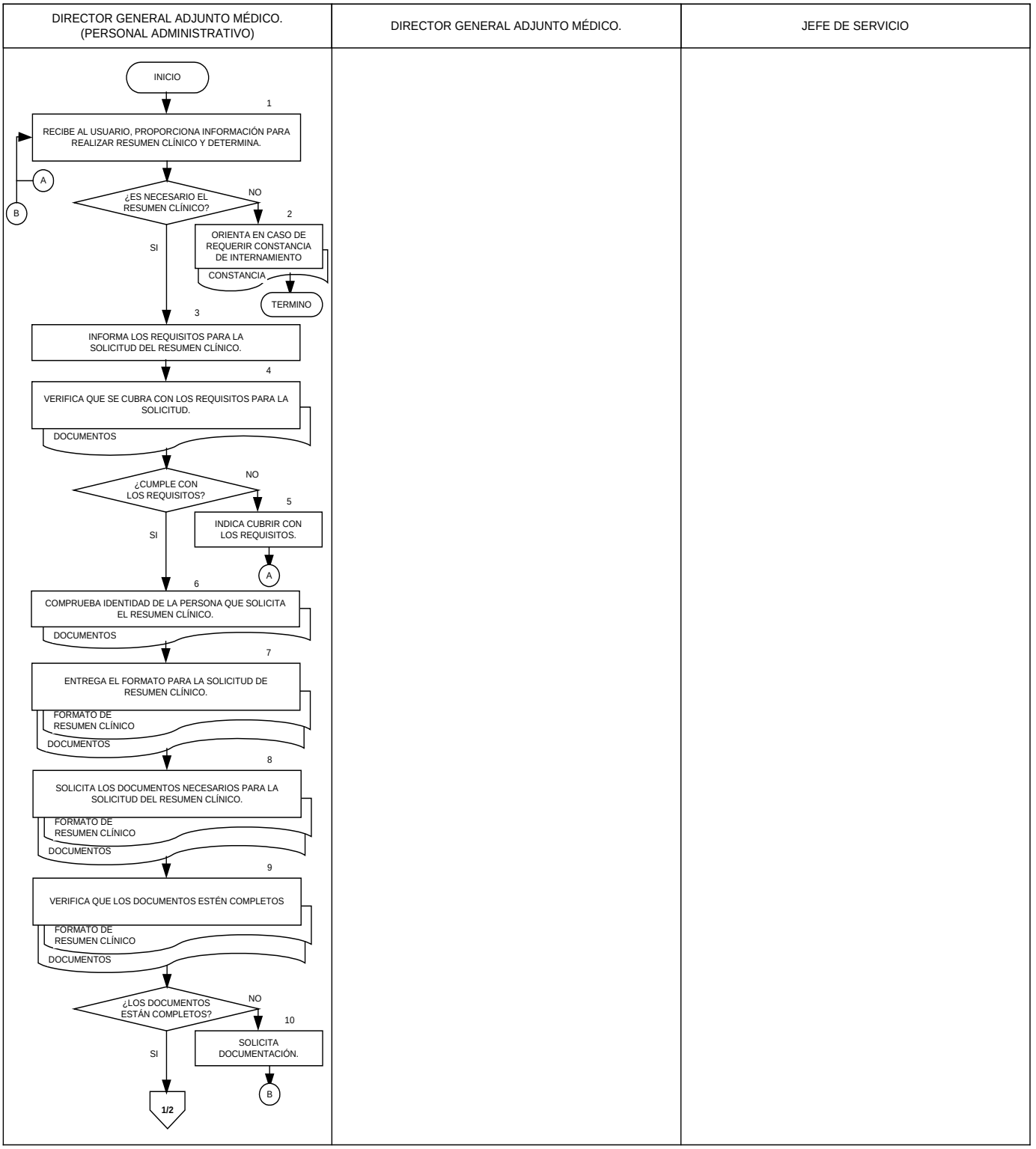
3.13 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

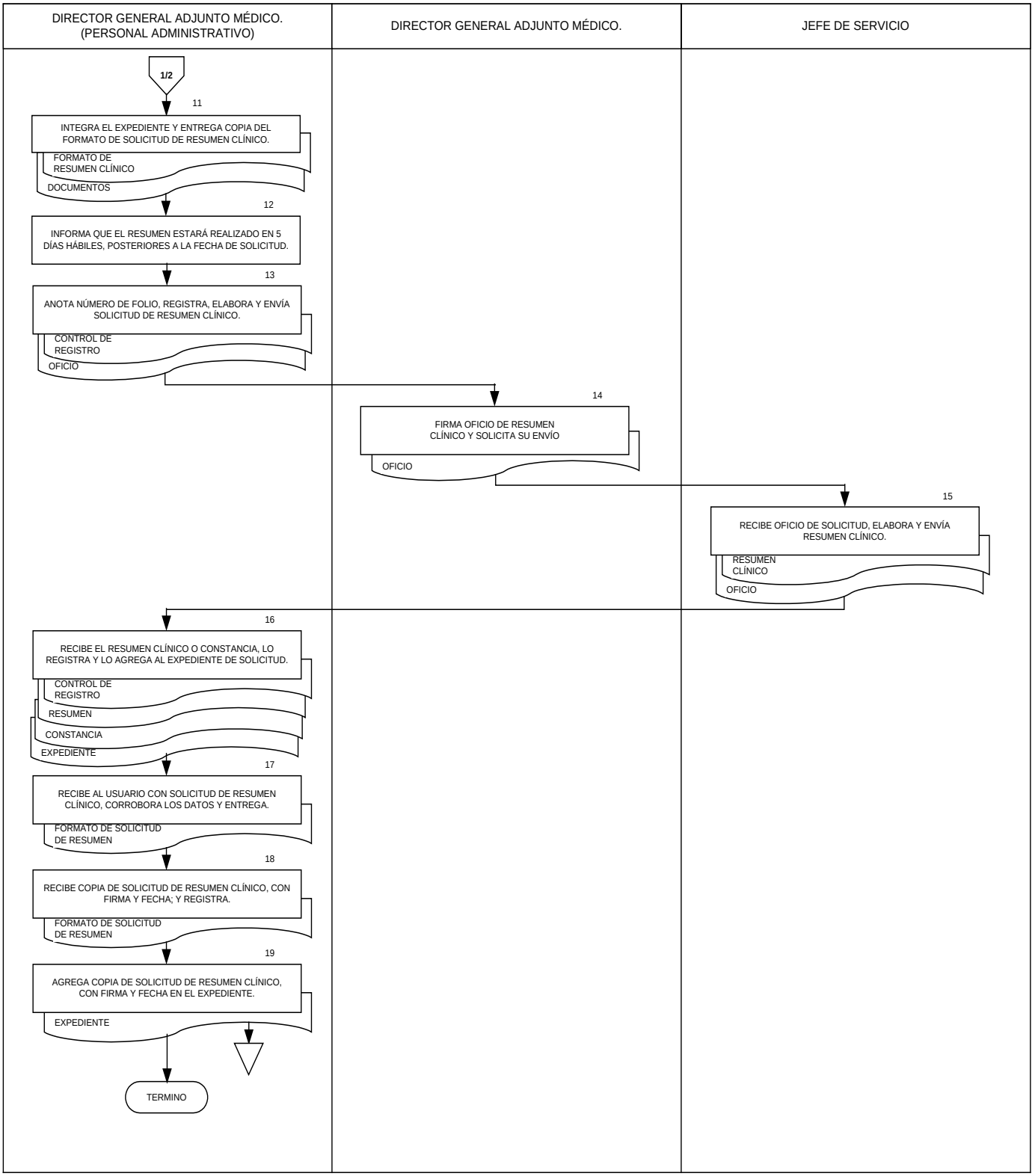
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	1	Recibe al usuario, proporciona información para realizar resumen clínico y determina si es necesario el resumen clínico (no para tramite de incapacidades o constancias de internamiento). ¿Es necesario el resumen clínico?	• Constancia de internamiento (realizada por el servicio tratante)
	2	NO: Orienta al usuario, en caso de requerir constancia de internamiento, para que acuda al Servicio Médico tratante, donde se elaborará y sellará, una vez recibida y firmada con aval del Jefe de Servicio correspondiente y termina el procedimiento.	
	3	SI: Informa al paciente, familiar o persona autorizada, los requisitos para la solicitud el resumen clínico.	
	4	Verifica que el paciente, familiar directo o persona autorizada cubra con los requisitos para la solicitud. ¿Cumple con los requisitos?	• Documentos
	5	NO: Indica cubrir con los requisitos y regresa a la actividad 1.	
	6	SI: Comprueba identidad de la persona que solicita el resumen clínico. a) Identificación Oficial (Credencial de elector, cartilla de servicio militar, pasaporte) b) Carta poder con copia de identificación oficial del solicitante, dos testigos y de la persona que autoriza.	
	7	Entrega el Formato para la Solicitud de Resumen Clínico para que la persona que solicita lo llene.	• Formato de resumen clínico • Documentos
	8	Solicita los documentos necesarios para la solicitud del Resumen Clínico. a) Formato adecuadamente llenado de la solicitud del resumen clínico. b) Identificación Oficial (Credencial de elector, cartilla de servicio militar, pasaporte) c) Carta poder con copia de identificación oficial del interesado, dos testigos y de la persona que autoriza. En este caso, se conserva el documento original y se otorga una copia. d) Carnet de atención médica del Hospital. e) Acta y/o Certificado de Defunción (en caso de que corresponda) de quien se solicita el resumen clínico.	• Formato de resumen clínico • Documentos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	9	Verifica que los documentos estén completos y obtiene una copia fotostática. ¿Los documentos están completos?	• Formato de solicitud de resumen clínico • Documentos (copia)
	10	No: Solicita documentación faltante y regresa a la actividad 1.	
	11	Si: Integra el expediente con las copias de los documentos necesarios para la solicitud del resumen clínico y entrega la copia del Formato de Solicitud de resumen clínico al solicitante.	• Expediente • Formato de Solicitud
	12	Informa al interesado que el resumen estará realizado en 5 días hábiles, posteriores a la fecha de solicitud y otorga los números telefónicos de la Dirección General Adjunta Médica, para que corrobore su elaboración, antes de acudir a recogerlo.	
	13	Anota número de folio y registra en el Control de Registro de Solicitudes de Resumen Clínico, elabora y envía oficio a la Dirección General Adjunta Médica en el cual solicita resumen clínico al Jefe de Servicio correspondiente.	• Control de Registro. • Oficio
Director General Adjunto Médico.	14	Firma oficio de resumen clínico y solicita su envío al Jefe de Servicio correspondiente.	• Oficio
Jefe de Servicio	15	Recibe oficio de solicitud, elabora y envía resumen clínico a la Dirección General Adjunta Médica en el tiempo estipulado (3 días hábiles).	• Resumen clínico • Oficio
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	16	Recibe el resumen clínico o constancia en la Dirección General Adjunta Médica, lo registra en el Control de Registro de Solicitudes de Resumen Clínico y lo agrega al expediente de solicitud del paciente.	• Control de Registro • Resumen • Constancia • Expediente
	17	Recibe al usuario, solicita la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, corrobora los datos y entrega el resumen clínico.	• Formato de Solicitud de resumen
	18	Recibe la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, con firma y fecha de recibido; y registra la entrega en la base de datos.	• Formato de Solicitud de resumen
	19	Agrega la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, con firma y fecha de recibido en el expediente de solicitud y se resguarda en la carpeta correspondiente. **TERMINA**	• Expediente

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Solicitud de Resumen Clínico.	30 días	Dirección General Adjunta Médica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Formato: Documento específico en el que se concentran datos cuantitativos y/o cualitativos. Documento escrito que ilustra acerca de algún hecho que se realiza de manera periódica o incidental.

8.2 Resumen Clínico: Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica y que se encuentran contenidos en el Expediente Clínico.

8.3 Servicios de Atención Médica: El conjunto de recursos que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de solicitud de resumen clínico

10.1 Formato de solicitud de resumen clínico

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
NÚMERO DE CARNET (ECU) _____
UNIDAD EN LA QUE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA _____
_____
NÚMERO DE CAMA (EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADO) _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD DEL RESUMEN
_____
_____
_____
_____
_____

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL RESUMEN _____
FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL RESUMEN _____
PARENTESCO _____
NÚMERO TELEFÓNICO DONDE SE PUEDA LOCALIZAR _____

LA FECHA DE ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO SERÁ **MÍNIMO** DE **5 DÍAS HÁBILES** A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A LA FECHA DE SOLICITUD
EL HORARIO DE INFORMACIÓN, SOLICITUD Y ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO ES DE **LUNES A VIERNES DE 8.30 A 15 HRS.**
USTED PUEDE LLAMAR AL CONMUTADOR DEL HOSPITAL **2789 2000** Y EN LAS EXTENSIONES **1086, 1088 Y 1089** PREGUNTAR POR EL RESUMEN SOLICITADO.

DIRECCIÓN GENERAL
ADJUNTA MÉDICA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3817
F 1756 (Ext)
Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1086 a 1089, 1794

37. PROCEDIMIENTO PARA EL MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO

1. PROPÓSITO

1.1 Dar cumplimiento al objetivo de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 4: “Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto”, identificando el sitio quirúrgico en el paciente correcto mediante un círculo con un punto en el centro sobre el área que será intervenida quirúrgicamente, con la finalidad de asegurar la calidad de la atención del usuario que acude a solicitar los servicios al Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina y difunde la aplicación del procedimiento, la Dirección Quirúrgica, coordina en conjunto con las Subdirecciones Quirúrgicas la implementación de las actividades, las Subdirecciones Quirúrgicas, supervisan el adecuado marcado del sitio quirúrgico, los Servicios Médico-Quirúrgicos realizan las actividades inherentes y el personal de enfermería del mismo, verifican la correcta observancia en todos los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica es responsable de coordinar las actividades inherentes y la difusión adecuada a toso el personal involucrado en actividades quirúrgicas para la implementación del presente procedimiento

3.2 Es responsabilidad de la Dirección Quirúrgica supervisar el proceso de implementación del procedimiento, además de retroalimentar al personal médico en la realización del marcado del sitio quirúrgico e identificar áreas de oportunidad en el llenado del “Carta de consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico” y gestionar la adquisición y abasto a los servicios de marcadores indelebles para piel.

3.3 La Dirección de Educación y Capacitación en Salud es responsable de verificar que los residentes de las especialidades quirúrgicas y médicas se apeguen a las políticas y lineamientos que se señalan, en la atención de pacientes quirúrgicos.

3.4 El Jefe de Servicio es responsable de conocer y difundir este procedimiento, además de supervisar que el área médica dé cumplimiento a este procedimiento, garantizar el abasto de marcadores indelebles e identificar áreas de oportunidad en la ejecución de este procedimiento e implementar acciones de mejora.

3.5 El Médico Cirujano tratante es responsable de realizar el marcado del sitio quirúrgico antes de que el paciente ingrese a sala Quirúrgica (durante el periodo preoperatorio), en colaboración directa con el paciente, siempre y cuando se encuentre despierto y orientado, marcar el sitio quirúrgico en la piel del paciente y en el esquema en todos los casos relacionados con lateralidad (distinción entre izquierda y derecha), estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.

3.6 En los siguientes casos es adecuado omitir el marcado en la piel y realizar únicamente marcado documental del sitio quirúrgico en el consentimiento informado: pacientes con lesiones claramente visibles (fracturas expuestas o tumoraciones evidentes), procedimientos de mínima invasión (endoscopia o laparoscopia), pacientes o familia que no aceptan el marcado en la piel, cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible (en mucosas o perineo), procedimientos dentales, pacientes neonatos, pacientes con aparato de yeso, fibra de vidrio o vendajes.

3.7 En pacientes pediátricos, incapacitados o con barreras lingüísticas, el familiar responsable o tutor debe otorgar su autorización en los formatos correspondientes (consentimiento informado para cirugías y/o procedimientos y consentimiento informado para marcado de sitio quirúrgico).

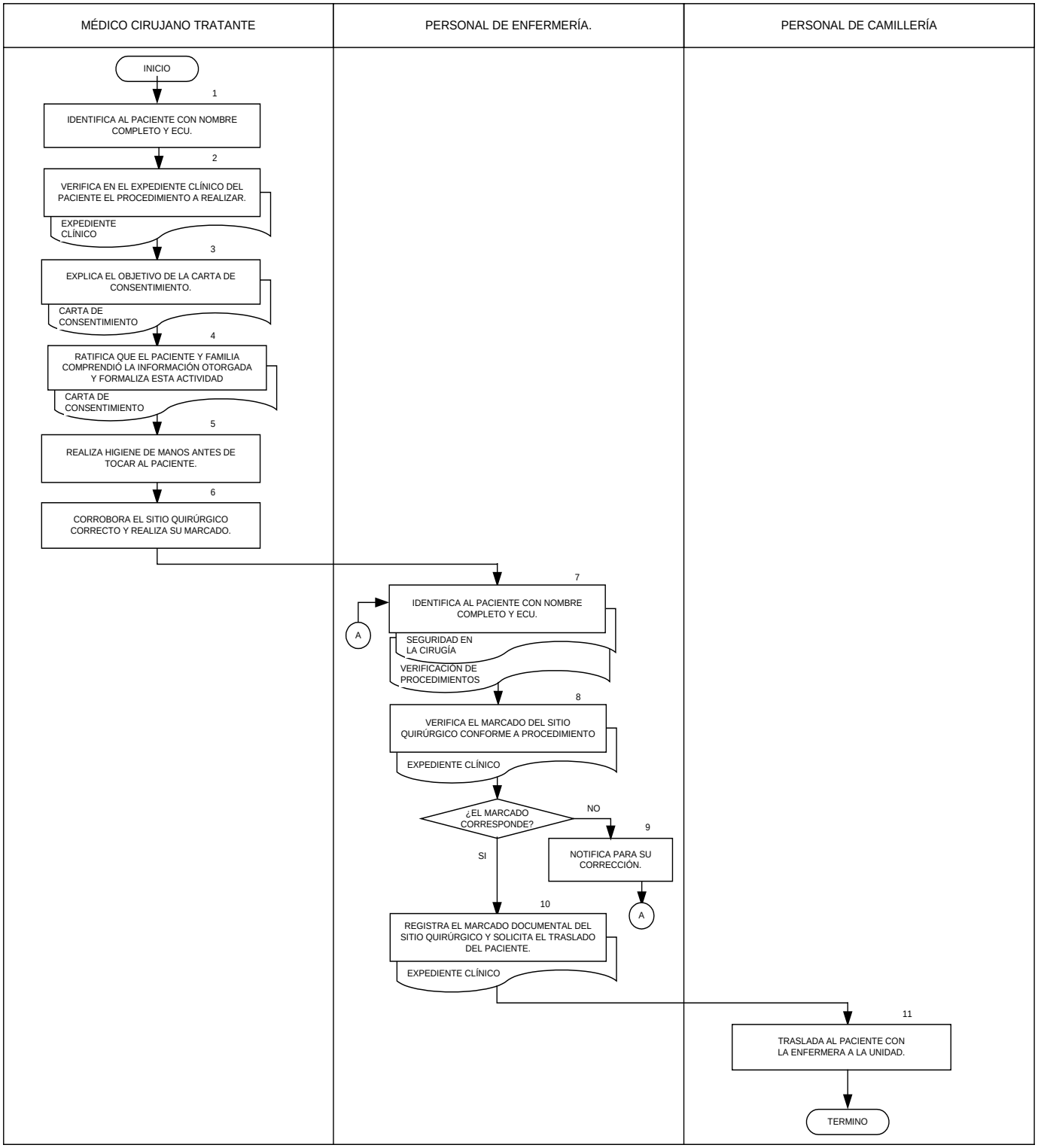
3.8 El Médico Cirujano responsable de la cirugía es responsable de identificar al paciente correcto mediante nombre completo y ECU, marcar el área quirúrgica con un círculo de aproximadamente 3 cm, con un punto en el centro (imagen DIANA) con marcador de tinta indeleble, resistente a la asepsia de la piel, cuidando la privacidad e identificar posibles alergias del marcador en la piel y de requisitar el formato de “Carta de consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico” con apego al procedimiento correspondiente, cotejar el sitio quirúrgico correcto con el expediente clínico y estudios de gabinete o imágenes diagnósticas del paciente, identificar posibles casos de *situs inversus*.

3.9 El Personal de Enfermería es responsable de conocer el procedimiento, identificar al paciente correcto mediante nombre completo y ECU, además de verificar como parte de la preparación preoperatoria del paciente que se haya realizado el marcado de sitio quirúrgico en el paciente, en caso contrario notificar y solicitar al Médico Cirujano tratante dé cumplimiento a este requisito de seguridad, cotejar el sitio quirúrgico correcto con el expediente clínico y/o estudios o imágenes diagnósticas del paciente, registrar en el esquema de modelo anatómico del Formato de Registros Clínicos de Enfermería de las áreas de Hospitalización y Preoperatorio, colocando con tinta azul el círculo con punto en el centro, el sitio quirúrgico programado, registrar en el esquema de modelo anatómico del Formato de Registros Clínicos de Enfermería del transoperatorio y postoperatorio, colocando con tinta roja la marca que señala la incisión quirúrgica realizada, registrar en la casilla correspondiente del marcado quirúrgico en el formato de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y en la Lista de Verificación de Procedimientos fuera de Quirófano.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico cirujano tratante	1	Identifica al paciente con nombre completo y ECU conforme a la técnica del "Procedimiento para evaluar la Identificación del paciente"	• Expediente clínico • Carta de Consentimiento
	2	Verifica en el expediente clínico del paciente el procedimiento y/o cirugía a realizar.	
	3	Explica al paciente y familia de manera suficiente y veraz el objetivo de la "Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico".	
	4	Ratifica que el paciente y familia comprendió la información otorgada y formaliza esta actividad solicitando la firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente, una vez requisitada adecuadamente con el marcado documental del sitio quirúrgico.	
	5	Realiza higiene de manos antes de tocar al paciente conforme a la técnica del "Procedimiento para evaluar la higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica".	
	6	Corrobora el sitio quirúrgico correcto y realiza el marcado del sitio quirúrgico utilizando marcador indeleble colocando un círculo con un punto en el centro sobre el área que será intervenida quirúrgicamente.	
Personal de Enfermería.	7	Identifica al paciente con nombre completo y ECU conforme a la técnica del "Procedimiento para evaluar la Identificación del paciente"	• Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía • Lista de Verificación de Procedimientos Fuera de Quirófano. • Expediente clínico • Registros clínicos
	8	Verifica en el expediente clínico y/o estudios o imágenes diagnósticas del paciente que el marcado del sitio quirúrgico corresponde al procedimiento y/o cirugía a realizar. ¿El marcado corresponde al procedimiento o cirugía programado?	
	9	No: Notifica al Médico Cirujano tratante o al Jefe inmediato para su corrección y regresa a la actividad 7.	
	10	Si: Registra en el Formato de registros clínicos de enfermería el marcado documental del sitio quirúrgico y solicita a camillería el traslado del paciente a Unidad Quirúrgica.	
Personal de Camillería	11	Traslada en compañía del personal de enfermería al paciente a la Unidad Quirúrgica. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.3 Estándares para la certificación de hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Meta Internacional de la Seguridad del Paciente No, 4.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato “Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico”	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.2 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.3 Lista de Verificación de la Seguridad de los Procedimientos Fuera de Quirófanos.	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.4 Expediente Clínico Único.	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.5 Registros clínicos de Enfermería	5 años	Archivo clínico	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Área de preoperatorio: Área donde se realiza la recepción del paciente, antes de operarse, donde se le proporciona cuidados inmediatos de acuerdo al tipo de cirugía que se le va a realizar.

8.2 Área de Transoperatorio: Lugar específico donde se lleva a cabo las intervenciones quirúrgicas.

8.3 Área de postoperatorio: Área de recuperación post-anestesia, en donde se proporcionan cuidados intensivos mediatos e inmediatos a todos los pacientes después de la intervención quirúrgica.

8.4 Consentimiento informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.5 Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.6 Familia: la o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

8.7 Identificación del paciente. Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención

8.8 Identificador institucional. Dato informativo (nombre completo y expediente clínico único) que permite confirmar la identidad de una persona.

8.9 Identificación gráfica: Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos de identificación que pueden ser: identificación oficial, brazalete de identificación, tarjeta de identificación del paciente, Expediente clínico único, carnet, kardex, entre otros.

8.10 Incisión quirúrgica: Es el corte en las estructuras diversas anatómicas que abren el camino a la zona a intervenir.

8.11 Marcado del sitio quirúrgico: Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en la piel del paciente el área que será intervenida quirúrgicamente, este procedimiento se realiza únicamente en el preoperatorio y tiene como objetivo prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto. La marca Institucional está conformada por un Circulo y Un Punto en el centro (imagen DIANA)

8.12 Marcado documental del sitio quirúrgico: Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en los formatos; Consentimiento informado para marcado de sitio quirúrgico y Registros clínicos de Enfermería, el área que será intervenida quirúrgicamente en el paciente.

8.13 Paciente: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

8.14 Preparación preoperatoria: Conjunto de acciones realizadas al paciente, previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psicológicas y sociológicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el estrés quirúrgico a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después de la intervención quirúrgica y prevenir complicaciones postoperatorias. Comprende desde el momento en que se toma la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el traslado del paciente al quirófano.

8.15 Unidad quirúrgica: Conjunto de secciones técnicas y administrativas que incluye: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, central de equipos y esterilización y servicios anexos, destinados a dar la atención al paciente candidato a cirugía cumpliendo con esto los objetivos de prevención, curación.

8.16 Verificación cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de atención médica identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como ejemplo: verbal y brazalete de identificación o verbal e identificación oficial.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Numero de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXO DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico. *
10.2 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía. *
10.3 Lista de Verificación de la Seguridad de los Procedimientos Fuera de Quirófano. *

* Ver formatos del procedimiento 27.

38. PROCEDIMIENTO PARA LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 La sujeción terapéutica consiste en la aplicación de dispositivos que limitan los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente para evitar que se produzcan situaciones que pongan en riesgo la integridad del paciente o la de su entorno así como cumplir con el propósito del estándar para la Certificación de Hospitales, Atención de Pacientes (COP).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes, la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes, y la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas con el cuidado de los pacientes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La sujeción terapéutica solo se indicará y justificará como último recurso y ante el fracaso de otras alternativas (verbal y farmacológica), por el médico responsable del paciente.
3.2 El paciente se mantendrá en sujeción terapéutica hasta que las condiciones de salud se hayan controlado.
3.3 En el caso de pacientes pediátricos en estado de incapacidad transitoria o permanente, el familiar responsable podrá otorgar su autorización en el formato correspondiente (“Carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica).
3.4 Es responsabilidad del Médico tratante:

- Informar al paciente o familiar la finalidad, riesgos y consecuencias del procedimiento de sujeción terapéutica.
- Requisitar la “Carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica” de acuerdo a la normativa institucional, especificando la hora de inicio del procedimiento.
- Notificar al personal de Enfermería la hora de inicio de la sujeción terapéutica.
- Autorizar el procedimiento de sujeción terapéutica únicamente en caso de urgencia o en caso de que el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, y de no contar con la presencia del familiar o su representante legal, dejando constancia en el expediente clínico.

3.5 Es responsabilidad del personal de Enfermería:

- Solicitar al médico tratante la elaboración de la Carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica.
- Confirmar que la carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica este requisitada de acuerdo a la normativa institucional.
- Registrar en el Formato de Registro Clínicos de Enfermería el procedimiento de sujeción terapéutica.
- Valorar la continuidad de la sujeción terapéutica de acuerdo a la condición de paciente.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Servicio:

- Verificar la implementación de este procedimiento
- Gestionar los recursos para la sujeción terapéutica del paciente

3.7 El personal de Enfermería responsable de realizar el procedimiento debe apegarse en su ámbito de competencia, a:

- Meta Internacional de Seguridad del Paciente 6. Reducir el daño al paciente por causa de caídas, elemento medible (EM) 4. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a mitigar el riesgo de caídas.
- Estándar Derechos del Paciente y su Familia (PFR):

- PFR 2.1 El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares acerca del proceso de cómo les comunicarán el estado de salud, diagnóstico de certeza y el tratamiento planeado, así como de la manera en que pueden participar en las decisiones sobre su atención, en la medida que deseen participar. E.M. 3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.

- PFR. 2.2 El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento. E.M. 1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
- PFR.6 El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado. E.M. 3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.
- PFR.6.4 Se obtiene un consentimiento informado antes de: una cirugía, la aplicación de anestesia o sedación, el uso de sangre y hemoderivados y demás tratamientos y procedimientos de alto riesgo. E.M. 4. Se obtiene el consentimiento antes de otros procedimientos y tratamientos de alto riesgo. E.M. 6. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
- PFR.6.4.1 El establecimiento enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado especial.

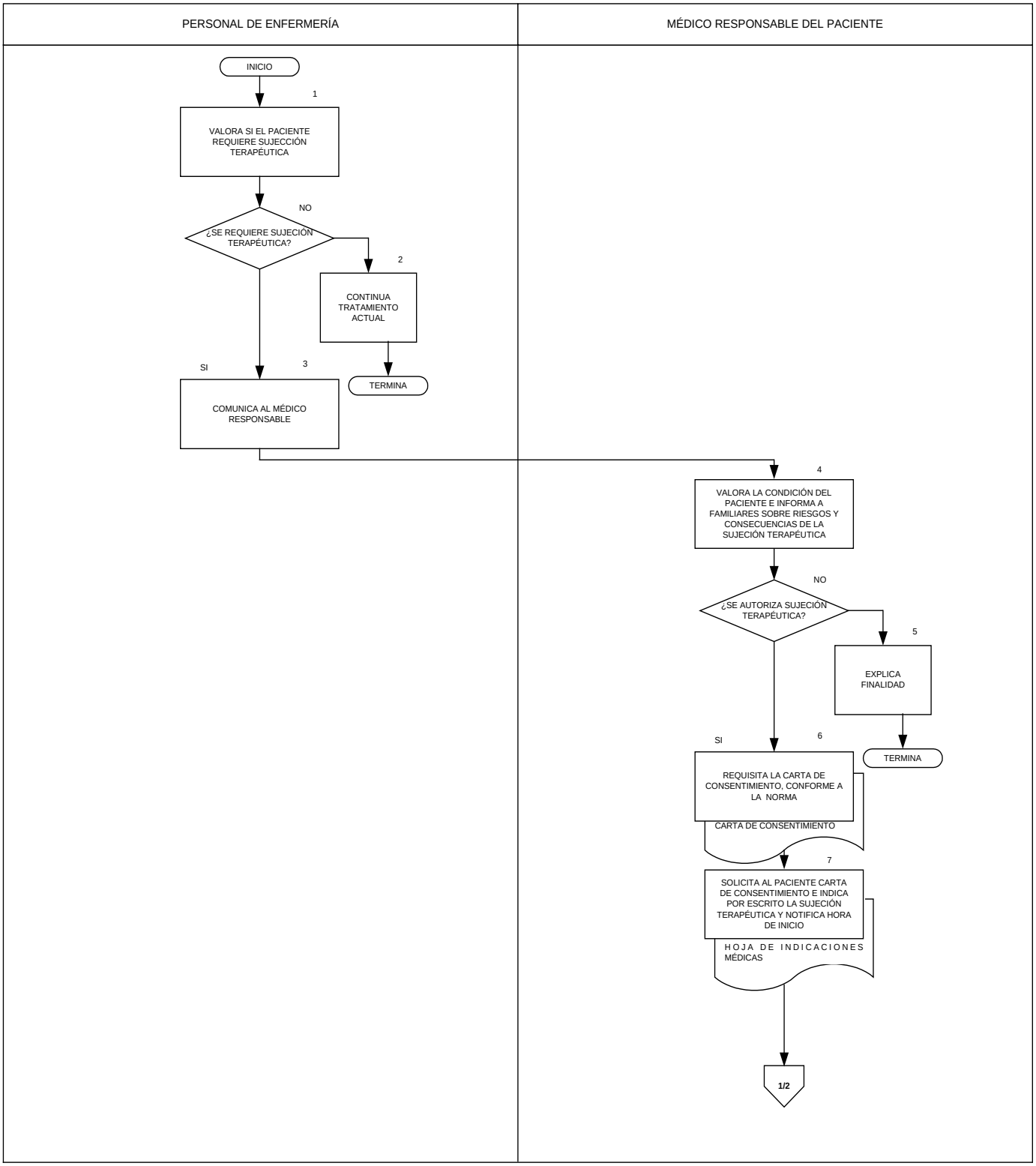
• Estándar Atención de Paciente (COP)

- COP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.
- COP.3.7 Las políticas y procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos de atención.

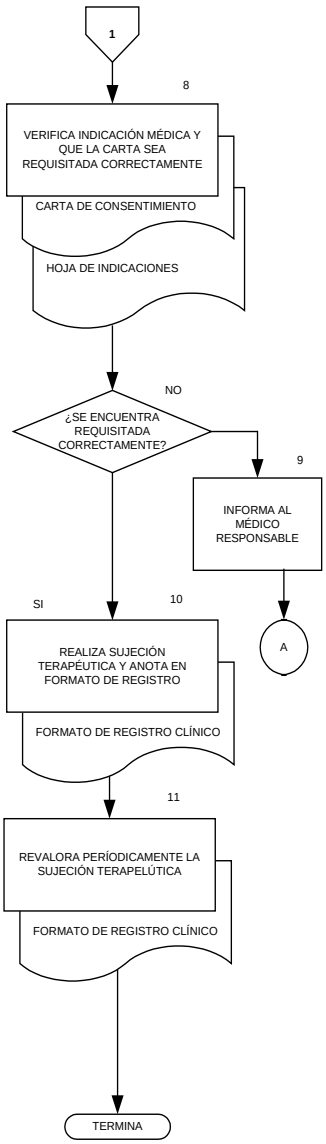
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería	1	Valora si la condición del paciente requiere sujeción terapéutica. ¿Se requiere sujeción terapéutica?	
	2	No: Continua tratamiento actual del paciente y termina procedimiento.	
	3	Si: Comunica al médico responsable de paciente.	
Médico responsable del paciente	4	Valora la condición del paciente, Explica al paciente y/o familiar la finalidad, riesgos y consecuencias del procedimiento de sujeción terapéutica y solicita la autorización del procedimiento. ¿Se autoriza sujeción terapéutica?	• Carta de consentimiento
	5	No: Explica nuevamente la finalidad y termina procedimiento.	• Hoja de indicaciones médicas
	6	Si: Requisita “Carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica” conforme a la normativa, especificando la hora de inicio del procedimiento.	
	7	Solicita al paciente y/o familiar la firma de la Carta de consentimiento, indica por escrito la sujeción terapéutica del paciente anotando en la hoja de indicaciones médicas y notifica al personal de Enfermería la hora de inicio.	
Personal de Enfermería	8	Verifica la indicación médica y que la “Carta de consentimiento bajo información para sujeción terapéutica”, esté requisitada correctamente. ¿Se encuentra la carta requisitada correctamente?	• Carta de consentimiento • Hoja de indicaciones médicas
	9	No: Informa al médico responsable del paciente y regresa a la actividad 6.	• Formato de Registros Clínicos de Enfermería
	10	Si: Realiza la sujeción terapéutica y anota en el formato de Registros Clínicos de Enfermería la intervención y actividades de enfermería realizadas.	
	11	Revalora periódicamente la continuidad de la sujeción terapéutica. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PERSONAL DE ENFERMERÍA	MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.3 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México, 2012.	No Aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1- 2012, del Expediente Clínico.	No Aplica
6.5 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012.	No aplica
6.6 Código Civil 2012.	No aplica
6.7 Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes. 2001	No aplica
6.8 Carta Universal de los Derechos Humanos (1948-2008)	No aplica
6.9 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico del Paciente	5 años	Archivo Clínico	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consentimiento informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
8.2 Familiar responsable: Persona sujeta a una responsabilidad.
8.3 Paciente: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.
8.4 Revaloración de Enfermería: son todas aquellas valoraciones subsecuentes a la valoración de Enfermería. Ejemplo: Cambios en el estado de salud, alteraciones en el estado de conciencia y condición física, ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente y al egreso del paciente.
8.5 Sujeción terapéutica: Aplicación de dispositivos que limitan los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente para evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno.
8.6 Valoración de Enfermería: obtención y análisis de la información sobre el estado de salud de la persona, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud que se realiza al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXO DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. (Ver anexo del procedimiento 12)
10.2 Formato de registros clínicos de enfermería. (Ver anexo del procedimiento 20)
10.3 Carta de consentimiento bajo información para sujeción de terapéutica. (Ver anexo del procedimiento 17)

39. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar y señalar los mecanismos necesarios para el manejo, integración y resguardo del Expediente Clínico de los pacientes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica y los Servicios de Atención Médica, aprueban y manejan la integración del expediente clínico.

2.2 A nivel externo: no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La elaboración e integración del Expediente Clínico, se apegará a la NOM-004-SSA3-2012, así como a los lineamientos establecidos por el Consejo de Salubridad General para la Certificación de Hospitales.

3.2 Se creará un solo Expediente para cada paciente que solicite atención médica en el Hospital, el Número del Expediente Clínico es el único autorizado para identificar al paciente en todo la Institución y se identifica como E.C.U (Expediente Clínico Único).

3.3 La información contenida en el Expediente debe ser clara y comprensible, además de justificar el diagnóstico, los procedimientos realizados, la terapéutica empleada y la evolución del paciente. No están permitidas las abreviaturas en los registros que integran el Expediente Clínico. Las abreviaturas que serán utilizadas son las que representen las unidades de medida internacional.

3.4 El Expediente Clínico y toda la información que se genere de la atención brindada a los pacientes, será manejada con privacidad y confidencialidad, y sólo será proporcionada, previa solicitud por escrito, al paciente, familiar directo en primera línea, tutor, representante jurídico o autoridad competente que la solicite.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio resguardar adecuadamente el Expediente Clínico y la información que de este emane, limitando el acceso al personal previamente autorizado.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Servicio resguardar los Expedientes Clínicos y la información que se genere de los usuarios en un área que evite la pérdida, alteración o acceso de personal no autorizado a éstos.

3.7 El personal que contará con autorización para tener acceso a la información contenida en el Expediente Clínico será el siguiente: Personal Médico (Médicos, Residentes, Internos, Estudiantes bajo la supervisión de un Médico Responsable de estos), de Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología.

3.8 El personal autorizado para agregar información es el Personal Médico (Médicos, Residentes, Internos), de Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología; de acuerdo a los formatos y categoría de información correspondiente.

3.9 El Expediente se actualizará, registrando todos los datos que la atención del paciente genere: estado de salud, evolución, diagnósticos y procedimientos; como lo dicta la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

3.10 Las notas del Expediente Clínico (evolución, interconsulta, urgencia, transfusión, pre y postoperatorias y pre y postanestésicas, hoja de indicaciones), incluirán: nombre y E.C.U. del paciente, fecha y hora de elaboración, signos vitales, nombre, cédula y firma del médico tratante y del personal que la elabora. Será realizada utilizando lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible y sin alteraciones.

3.11 La evaluación inicial del área médica incluye: historia clínica, exploración física, evaluación nutricional, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta, evaluación del dolor.

3.12 La evaluación inicial del área de enfermería incluye: evaluación de enfermería, evaluación psicológica de tamizaje, evaluación funcional, identificación del riesgo de caídas, identificación de las necesidades de educación, evaluación de las barreras para el aprendizaje, evaluación de la disposición para aprender, evaluación del dolor, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta.

3.13 La evaluación inicial del área de Trabajo Social incluye: evaluación social, evaluación económica, evaluación cultural (valores y creencias)

3.14 La evaluación inicial tanto médica como de enfermería y de trabajo social de los pacientes Hospitalizados se realizará dentro de las primeras 24 horas de ingreso, de acuerdo a la condición general del paciente y la información obtenida encontrándose la misma en los formatos y el Expediente Clínico correspondiente.

3.15 En una urgencia, las Evaluaciones Iniciales Médicas y de Enfermería, podrán solamente enfocarse a las necesidades y al estado del paciente. Cuando no hay tiempo de registrar la historia clínica completa en un paciente de urgencia que requiera cirugía, se incluye una nota con el diagnóstico preoperatorio y se completará posteriormente.

3.16 La historia clínica será elaborada por el Médico Interno de Pregrado y/o Médico Residente, con la supervisión del Médico de Base o Residente de Guardia de Mayor Jerarquía.

3.17 La nota de ingreso será elaborada por el Médico Residente de Guardia, bajo la supervisión del Médico de Base o Médico Residente de Mayor Jerarquía, en caso de que el turno no cuente con el primero.

3.18 La hoja de valoración inicial del Servicio de Urgencias Médicas (Triage) será anexada al expediente clínico, si es el caso que el paciente ingresara por este servicio.

3.19 Los eventos adversos, errores en la medicación, reacciones adversas a medicamentos, cuasi fallas, accidentes y eventos centinelas ocurridos durante la atención del paciente serán registrados en el Expediente Clínico además de apegarse al procedimiento de registro, análisis y seguimiento de eventos adversos por parte de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica. (Ver Procedimiento de Registro, Análisis y Seguimiento de Eventos Adversos).

3.20 Las indicaciones médicas serán numeradas, sin abreviaturas ni símbolos. En el caso de indicaciones vía telefónica deberá seguirse el procedimiento correspondiente (Procedimiento para Prevenir Errores por Órdenes Verbales o Telefónicas)

3.21 Las cartas de consentimiento bajo información serán explicadas detenidamente al paciente, cuando sea posible, y a los familiares para autorizar el acto a realizar, aclarando previamente toda duda que surja al usuario o a sus familiares; la falta del nombre, cédula y firma del médico responsable, del paciente o de la persona responsable a autorizar los procedimientos es un impedimento para llevar a cabo el acto. Excepto en casos de urgencia, donde se elaborará nota en el expediente clínico describiendo la situación.

3.22 En caso de que el Paciente o los Familiares decidieran en base a la información proporcionada por el Médico Tratante o Residente de Mayor Jerarquía, así como de la enfermedad del paciente, no aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y/o tratamientos que prolonguen la vida; se describirá la información proporcionada al paciente y/o familiar en el Expediente Clínico y firmarán el personal que proporcionó la información así como el paciente y/o los familiares de conformidad.

3.23 Los familiares del paciente tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el paciente para evitar la obstinación terapéutica.

3.24 Es responsabilidad del Médico Tratante emplear los códigos de diagnóstico y de procedimiento de acuerdo a la CIE 9 y CIE 10, en la hoja de alta hospitalaria.

3.25 En caso de traslado a otro Servicio Médico, es responsabilidad del Médico de Base del Servicio Tratante, corroborar que el Expediente del paciente a trasladar se encuentre completo, así como elaborar la nota de envío y resumen clínico con la información de la atención proporcionada, ésta estará integrada como mínimo por los siguientes elementos: motivo de ingreso, padecimiento actual, diagnóstico y procedimientos realizados, así como la terapéutica empleada.

3.26 Durante el cambio de turno, el Personal Encargado comunicará la información necesaria y suficiente del estado de salud del paciente, al Personal que Quedará a Cargo de este; esta información consistirá como mínimo en: padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento, evolución, estudios realizados y actividades pendientes por realizar.

3.27 La información del estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico será otorgada a la persona que el paciente tenga a bien designar, siempre y cuando, se encuentre en condiciones de hacerlo.

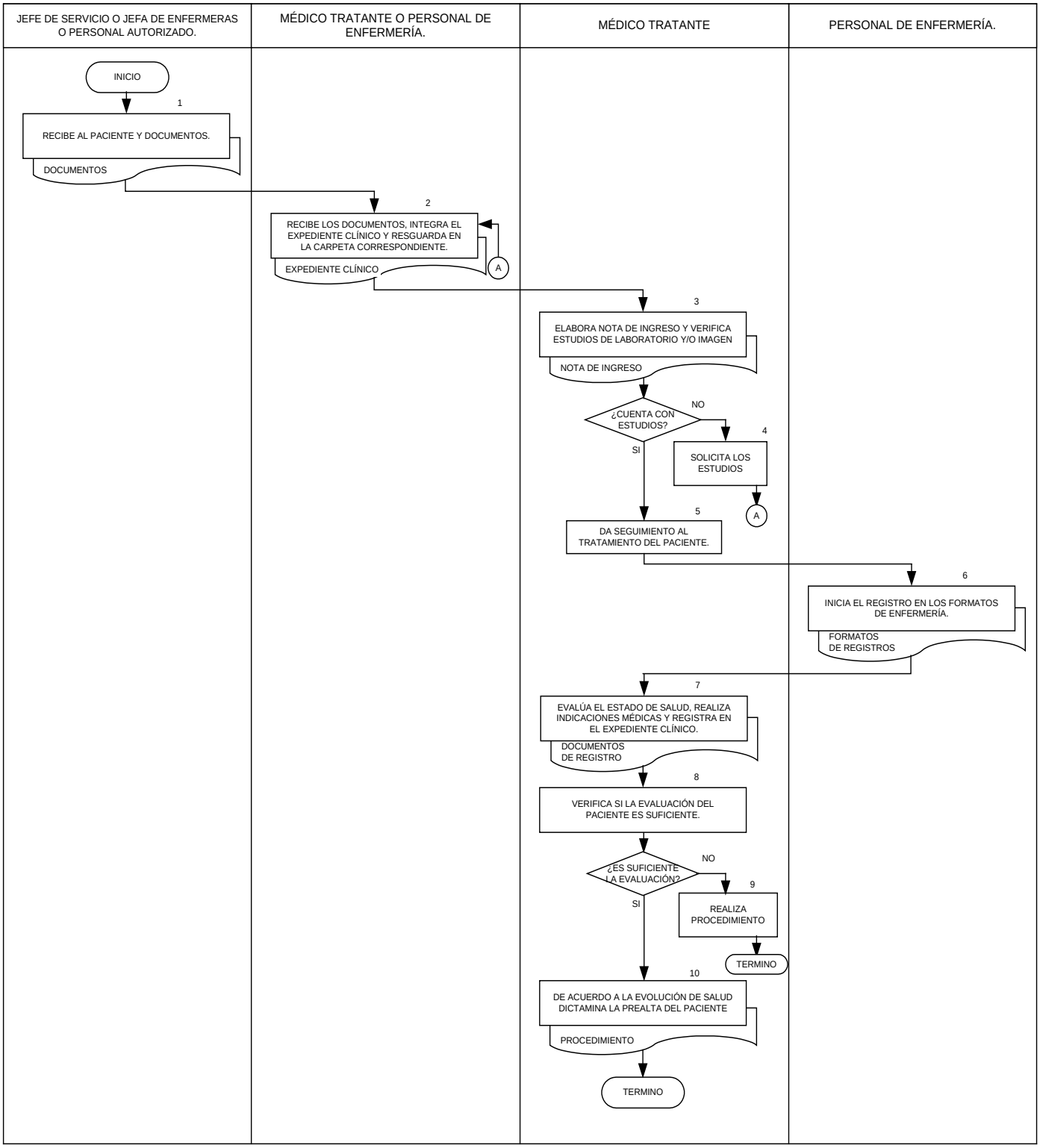
3.28 Los informes del estado de salud del paciente o a sus familiares se darán en un horario y lugar establecido por cada Servicio, con el fin de dar a conocer la atención brindada: diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico, pronóstico, beneficios, riesgos y alternativas de atención, aclarando cualquier duda que surja por parte del usuario o sus familiares.

3.29 La información proporcionada a los pacientes o a sus familiares del estado de salud, diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico y pronóstico, quedará registrada en el Expediente Clínico o Bitácora Específica y firmada de conformidad por el usuario o familiares responsables de este; así como por el Médico Tratante y será integrada con los siguientes elementos: fecha, hora, nombre completo y firma de conformidad por parte de los usuarios, nombre completo, cédula y firma del Médico Tratante.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio o Jefa de Enfermeras o Personal Autorizado	1	Recibe al paciente y Hoja de internamiento, Hoja de ingreso – egreso, Hoja de consentimiento informado, Hoja de trabajo social, Hoja de enfermería, Nota de ingreso, Historia clínica, Nota de evolución, Nota de traslado de acuerdo al Servicio procedente (Consulta Externa, Urgencias o Servicio médico interconsultado) y entrega a Médico Tratante o Personal de Enfermería.	• Documentos
Médico Tratante o Personal de Enfermería	2	Recibe los documentos, integra el Expediente Clínico y resguarda en la carpeta correspondiente a la cama del paciente.	• Expediente clínico
Médico Tratante	3	Elabora nota médica de ingreso al Servicio y verifica que el paciente cuente con estudios complementarios de laboratorio y/o imagen. ¿Cuenta con estudios complementarios?	• Nota de ingreso
	4	No: Solicitan los estudios o exámenes necesarios y regresa a la actividad 2.	
	5	Si: Da seguimiento al tratamiento del paciente.	
Personal de Enfermería	6	Inicia el registro de información en los formatos de registros de Enfermería.	• Formatos de registros
Médico Tratante	7	Evalúa el estado de salud del paciente, realiza las indicaciones médicas, implementa las acciones para obtener y establecer un diagnóstico o tratamiento necesario para restaurar la salud del paciente y registra en el expediente clínico. • Nota de evolución del estado de salud del paciente. • Nota de urgencia. • Nota de transfusión. • Nota preoperatoria. • Nota postoperatoria. • Nota preanestésica. • Nota postanestésica. • Hoja de indicaciones médicas.	• Documentos de registro • Procedimiento • Expediente clínico
	8	Verifica si la evaluación del paciente es suficiente con un solo servicio. ¿Es suficiente la evaluación?	
	9	No: Realiza la actividad de acuerdo al “Procedimiento para la Solicitud y Realización de Interconsultas Médicas” del Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica y termina el procedimiento.	
	10	Si: De acuerdo a la adecuada evolución del estado de salud dictamina la prealta del paciente, de conformidad con el ”Procedimiento para el Egreso del Paciente, Control del Expediente Clínico y Liberación de Camas Censables”. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.2 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Solicitud de Resumen Clínico	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 E.C.U.: Expediente Clínico Único, número irrepetible, con que se identifica el expediente del paciente.

8.2 Evento Adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

8.3 Expediente Clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Médico Interno de Pregrado: Estudiante de medicina que cubre el ciclo académico teórico-práctico, el cual forma parte de la Licenciatura de Medicina.

8.5 Médico Residente: Profesional de la medicina con título legalmente expedido que realiza estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse.

8.6 Médico Tratante: Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud del paciente asignado a su cargo.

8.7 Servicios de Atención Médica: El conjunto de recursos que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

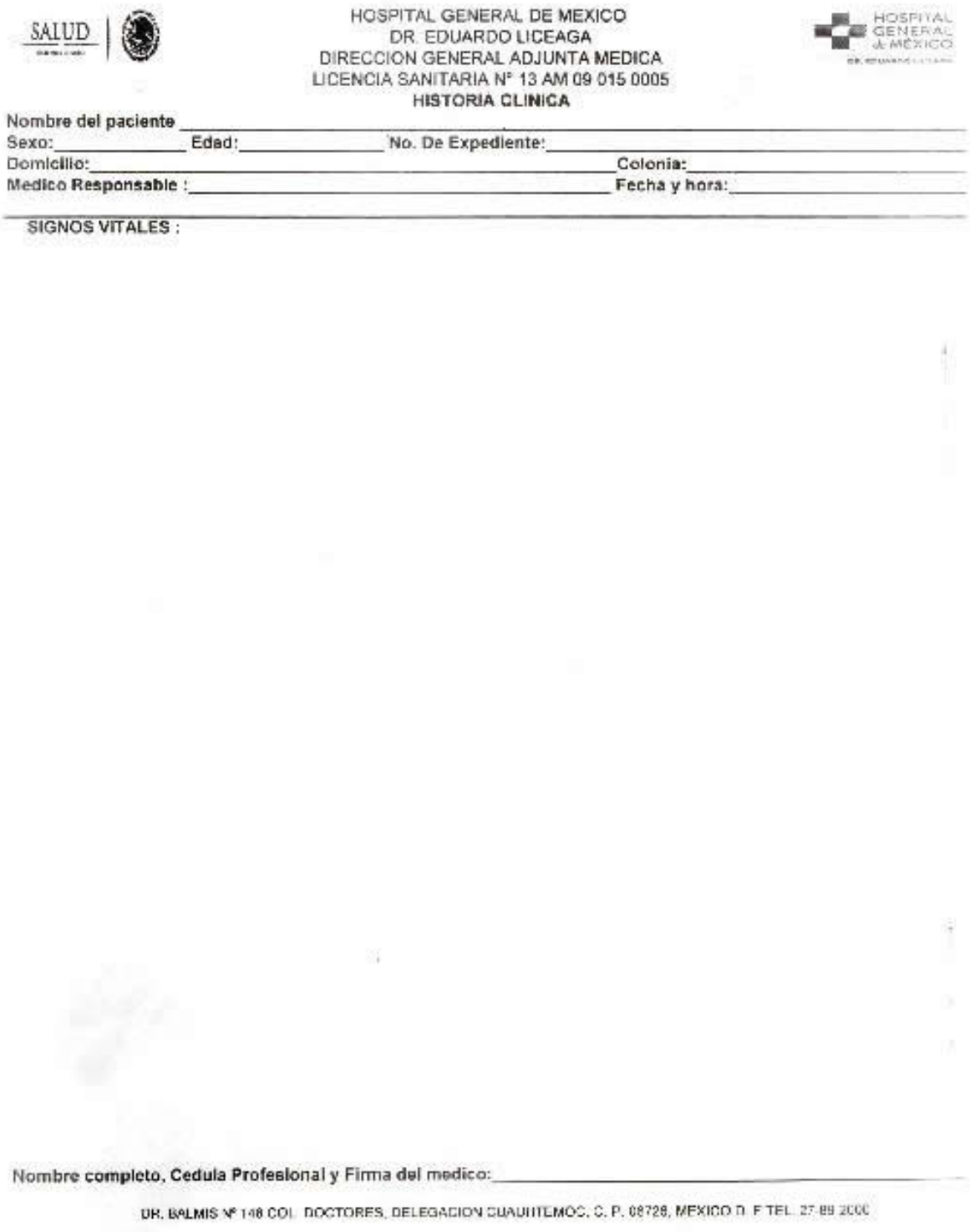
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico

10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico



SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HISTORIA CLINICA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Nombre del paciente _____
Sexo:_____ **Edad:**_____ **No. De Expediente:**_____
Domicilio:_____ **Colonia:**_____
Medico Responsable :_____ **Fecha y hora:**_____

SIGNOS VITALES :

Nombre completo, Cedula Profesional y Firma del medico:_____

DR. BALMIS Nº 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C. P. 06726, MEXICO D. F TEL. 27-89 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

AL SERVICIO: _____ NO. DE EXPEDIENTE _____

NOMBRE DEL ENFERMO _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

DEL SERVICIO _____ UNIDAD _____ CAMA ____ FECHA Y HORA ____/____/____

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA :

_____

_____

_____

_____

MEDICO SOLICITANTE:

RECIBIDO POR _____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

FECHA Y HORA ____/____/____

_____
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA".
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO

México, D.F. a _____ de _____ de 20 _____

Realizar trámite de ingreso hospitalario al paciente:

Nombre _____ No. Expediente _____

al Servicio _____ Cama _____ Servicio a cargo : _____

Tipo de Internamiento ☐ Normal ☐ Con estancia

Diagnóstico (s) de ingreso _____

_____

Procedencia ☐ Consulta externa ☐ Urgencias ☐ Referido CASO ☐ Médico ☐ Quirúrgico

Tipo de ingreso ☐ Primera vez ☐ Subsecuente

Médico que indica el ingreso _____
(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

NOTIFICACION AL SERVICIO A CARGO HECHA POR _____

RECIBIO NOTIFICACION DEL SERVICIO A CARGO: _____ (NOMBRE Y CARGO)

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOJA DE FILTRO DE CONSULTA EXTERNA PARA PACIENTES ENVIADOS PARA INTERCONSULTA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO: _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

DIAGNÓSTICO ALGOLÓGICO: _____

TRATAMIENTO ALGOLÓGICO: _____

NOTA PARA EL PACIENTE: ESTOY INFORMADO DE QUE ESTA CONSULTA ES UNA VALORACIÓN PREVIA A LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN ESTE SERVICIO, DONDE SE ME REALIZARA HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTO PARA MI ENFERMEDAD. EL TRATAMIENTO QUE SE ME INSTALE EL DÍA DE HOY ES TRANSITORIO Y DESLINDO TODA RESPONSABILIDAD A LOS MÉDICOS DE ESTE SERVICIO POR LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE LLEGARAN A PRESENTAR, TOMANDO EN CUENTA QUE ES UNA VALORACIÓN DE URGENCIA.

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

_____

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE

México, D.F. a _____ de _____ de _____

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

OFICINA DE ADMISION

ORDEN DE TRASLADO INTERNO

SE TRASLADA AL ENFERMO (A)

_____

DE LA UNIDAD
O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA _____

A LA UNIDAD

O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA _____

A SOLICITUD

DEL MEDICO _____

(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

AUTORIZADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD O SERVICIO _____

FECHA __/__/__ HORA ___

ENFERMERA QUE RECIBE AL ENFERMO

_____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

POR LA OFICINA DE ADMISION

_____

NOMBRE COMPLETO CARGO, FIRMA Y SELLO

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE CIRUGIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Electiva ( ) Urgencia ( )

Datos del paciente:

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Edad: _____ Genero: M ( ) F( ) Expediente: _____ Cama: _____

Diagnostico Preoperatorio: _____

Cirugía Solicitada: _____

Fecha de Cirugía: _____ Hora: _____

Equipo Quirúrgico:

Cirujano Responsable _____
1er. Ayudante _____
2do. Ayudante _____
Otros Integrantes _____

Instrumental y Equipo Solicitado:

Rayos X ( )
Estudios de Patologia ( )

Hemocomponentes: _____ Otros: _____

Anestesiólogo Responsable: _____ Sala: _____

SOLICITADO POR: AUTORIZACIÓN

Jefe de Unidad o Cirujano Responsable	Jefe de Quirófanos	Jefe de Anestesiologia
Nombre, Cedula Profesional y Firma	Nombre, Cedula Profesional y Firma	Nombre, Cedula Profesional y Firma

Folio:

Recibió: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Nombre y Firma

DR. BALMIS NO. 148, COL. DOCTORES, DEL. CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F., C.P. 06720, TEL. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Fecha_____Hora_____

Nombre del paciente _____
No. expediente_____ Edad_____ Sexo_____ Fecha de Ingreso _____

Diagnóstico(s) de Ingreso_____ Fecha y hora de egreso _____

Diagnóstico (s) de egreso (CIE-10) _____

Motivo de egreso: Mejoría ☐ Máximo beneficio ☐ Alta Voluntaria ☐ Curación ☐ Defunción ☐

RESUMEN DE ALTA HOSPITALARIA
(Evolución Clínica- Resultado de estudios relevantes- Plan de Tratamiento, Medicamentos administrados)

Problemas clínicos pendientes o comorbilidades a atender _____

Recomendaciones de Vigilancia Ambulatoria: _____

Referencia a _____

Nombre, Cedula y Firma Vo.Bo. Jefe de Servicio _____

Nombre, Cedula y Firma del Médico Tratante _____

Recibí información y resumen (Nombre y firma del paciente o familiar responsable) _____

Su próxima cita es _____

PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

SERVICIO: _____

No. de Expediente: _____

DATOS DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO (PACIENTE)

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ No.de Cama _____

Diagnóstico Médico de egresos _____

Requisitos de Educación:

Medidas Higiénico-Dieteticas:

Cuidados Específicos:

Terapia Medicamentosa:

Enfermera (o) Responsable _____
Nombre y Firma

Nombre y/o firma del agente de autocuidado o familiar que recibe el plan de alta _____

Fecha de Elaboración _____

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
TERAPEUTICA QUIRURGICA
DICTADO DE OPERACIÓN

FECHA

DIA	MES	AÑO

NOMBRE DEL PACIENTE					EDAD	M F
UNIDAD	EXP.	CAMA	HORA	MESA	SANGRE	
TIPO DE ANESTESIA				ANESTESIOLOGO		
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO						
OPERACIÓN PROGRAMADA						
OPERACIÓN REALIZADA						
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO						

DESCRIPCIÓN

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

ACCIDENTES

BIOPSIA ____SI ____NO TIPO _____ SE ETIQUETO _____

RADIOLOGIA

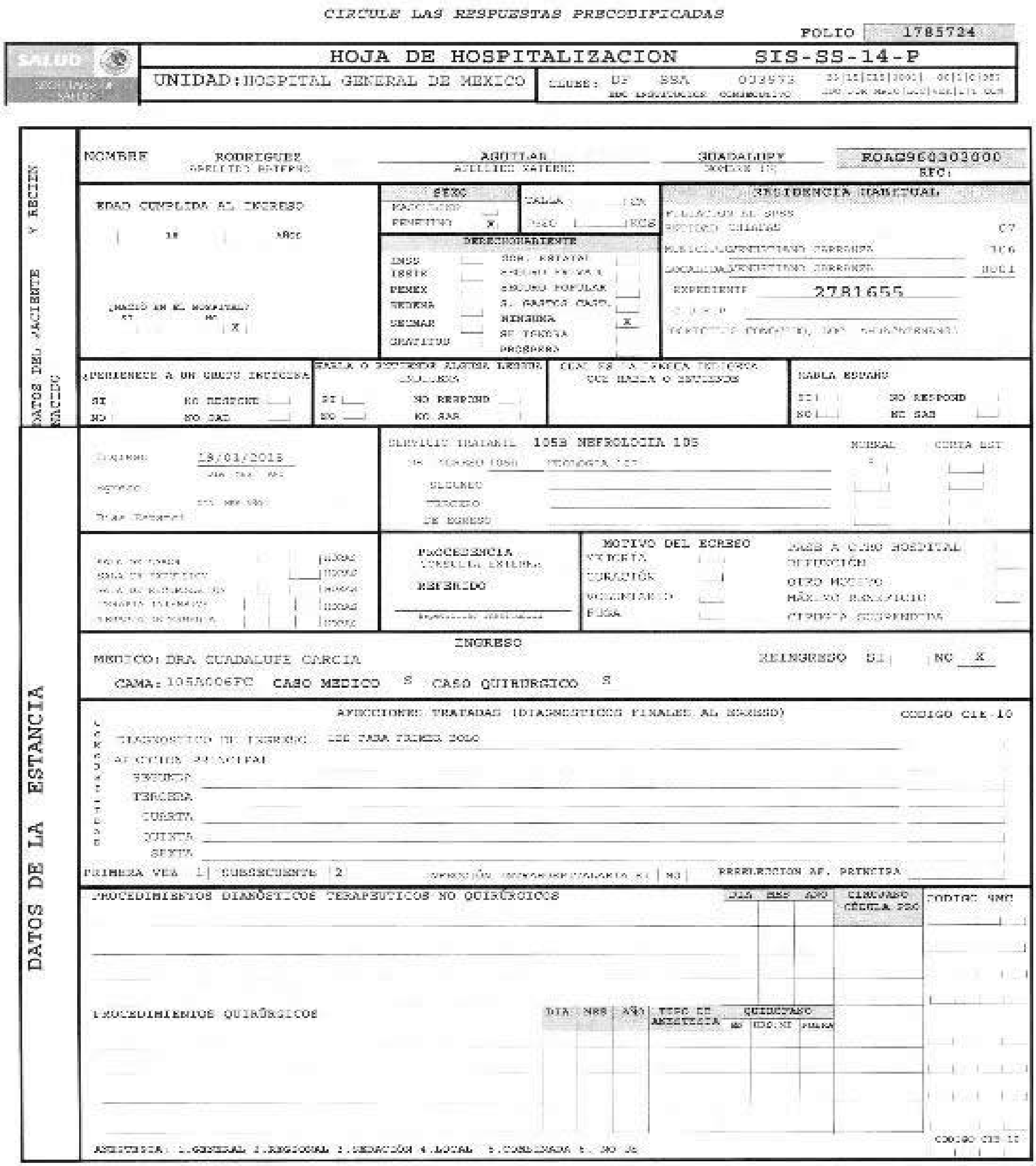
CIRUJANO RESPONSABLE (NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA)

1ER. AYUDANTE (NOMBRE, CEDULA Y FIRMA)

2DO. AYUDANTE (NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA)

INSTRUMENTISTA:

NOTA: Deberá llenarse un formato por cada cirugía con todos los datos solicitados, SIN EXCEPCION.



CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS

FOLIO 1785724

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACION SIS-SS-14-P

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CLUES:

DATOS DEL PACIENTE Y RECIÉN NACIDO

NOMBRE: RODRIGUEZ (APELLIDO PATERNO) AGUILAR (APELLIDO MATERNO) GUADALUPE (NOMBRE (S)) RFC: ROAG960302000

EDAD CUMPLIDA AL INGRESO: 18 AÑOS

SEXO: MASCULINO / FEMENINO X

TALLA / PESO

RESIDENCIA HABITUAL: ENTIDAD CHIAPAS 07; MUNICIPIO VENUSTIANO CARRANZA 106; LOCALIDAD VENUSTIANO CARRANZA 0001

EXPEDIENTE 2781655

DERECHOHABIENTE: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, GRATUIDAD, GOB. ESTATAL, SEGURO PRIVADO, SEGURO POPULAR, S. GASTOS CATAS., NINGUNA X, SE IGNORA, PROSPERA

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL? SI / NO X

¿PERTENECE A UN GRUPO INDÍGENA? SI / NO / NO RESPONDE / NO SABE

HABLA O ENTIENDE ALGUNA LENGUA INDÍGENA: SI / NO / NO RESPONDE / NO SABE

CUÁL ES LA LENGUA INDÍGENA QUE HABLA O ENTIENDE

HABLA ESPAÑOL: SI / NO / NO RESPONDE / NO SABE

DATOS DE LA ESTANCIA

INGRESO 18/01/2018

EGRESO

DÍAS ESTANCIA

SERVICIO TRATANTE 1053 NEFROLOGIA 105

PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA, REFERIDO

MOTIVO DEL EGRESO: MEJORÍA, CURACIÓN, VOLUNTARIO, FUGA, PASE A OTRO HOSPITAL, DEFUNCIÓN, OTRO MOTIVO, MÁXIMO BENEFICIO, CIRUGÍA SUSPENDIDA

INGRESO

MEDICO: DRA. GUADALUPE GARCIA

REINGRESO SI / NO X

CAMA: 105A006PC CASO MEDICO S CASO QUIRURGICO S

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) CÓDIGO CIE-10

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

AFECCIÓN PRINCIPAL

SEGUNDA

TERCERA

CUARTA

QUINTA

SEXTA

PRIMERA VEZ 1 SUBSECUENTE 2

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS — DÍA MES AÑO — CIRUJANO CÉDULA PRO — CÓDIGO 9MC

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS — DÍA MES AÑO — TIPO DE ANESTESIA — QUIRÓFANO

ANESTESIA: 1.GENERAL 2.REGIONAL 3.SEDACIÓN 4.LOCAL 5.COMBINADA 6. NO SE

CÓDIGO CIE-10

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA AMPUTACION QUIRURGICA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____ dentificado con: _____
Servicio _____ Cama _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____Edad_____
Identificado con: _____Domicilio _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a) _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: **Amputación quirúrgica de** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo o de posibles anomalías anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la **amputación quirúrgica** de_____se encuentran: _____, también se me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica como son: _____, por lo que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.** Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cedula Profesional y Firma) Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, debera contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCAJE DE SITIO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: ____________________ Sexo__________ Edad __________

Lugar y fecha:____________________ Estado Civil __________ Ocupación__________

Identificado con: ______________ Domicilio____________________

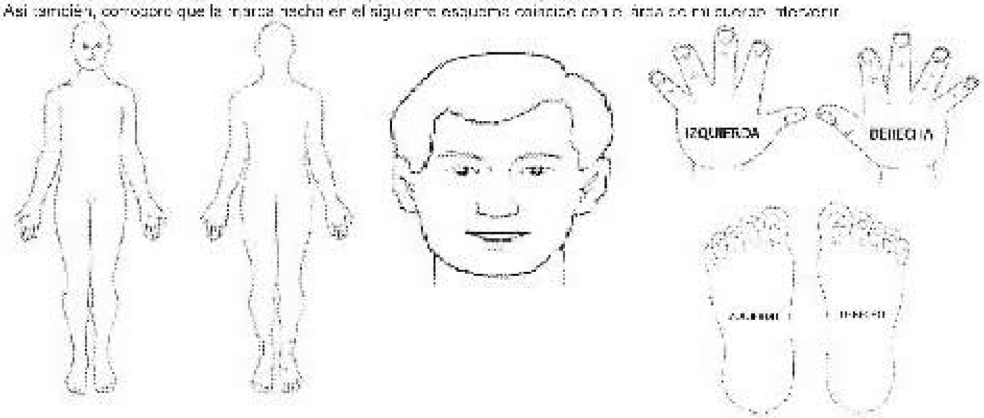
Nombre del familiar responsable____________________ Parentesco __________

Representante Legal ____________________

Cirugía programada: ____________________ al día __________

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). ______________ del servicio de ______________ del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informó que: El marcaje del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en mi cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el área que será intervenida quirúrgicamente, por lo tanto es conveniente realizarlo y me explicó que no existen complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento.
He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos residentes o enfermeras).

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo negar o revocar el presente consentimiento. Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y autorizo al médico cirujano tratante para que marque en mi cuerpo el sitio para la realización de la cirugía de acuerdo a lo estipulado.
Así también, corroboro que la marca hecha en el siguiente esquema coincide con el área de mi cuerpo a intervenir.



Observaciones ____

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con	Que se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y llenarse un formato para cada procedimiento de marcaje quirúrgico a realizar, sin excepción.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA
ENTRADA

1. EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

SU IDENTIDAD ☐NO ☐SI ☐NA
EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI ☐NA
EL PROCEDIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
SU CONSENTIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA

2. MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO
☐NO ☐SI

3. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO
☐NO ☐SI

4. MONITOREO CARDIACO Y OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
☐NO ☐SI ☐NA

5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?
☐NO ☐SI

6. ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?
☐NO ☐SI ☐NA

7. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS)
☐NO ☐SI ☐NA

8. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS?
☐NO ☐SI

9. HEMODERIVADOS DISPONIBLES (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
☐NO ☐SI ☐NA

10. CRUCE DE SANGRE (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
☐NO ☐SI ☐NA

11. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS?
☐NO ☐SI ☐NA

12. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
☐NO ☐SI ☐NA

NA=No Aplica

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA
INTERMEDIO QUIRÚRGICO

13. CONFIRMAR QUE EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE PRESENTE POR NOMBRE Y FUNCIÓN

ENFERMERA ☐NO ☐SI
CIRUJANO ☐NO ☐SI
ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

14. ENTRE EL CIRUJANO ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE

LA IDENTIDAD DEL PACIENTE ☐NO ☐SI
EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR ☐NO ☐SI

15. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS
EL CIRUJANO REVISA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE
☐NO ☐SI

16. EL ANESTESIÓLOGO (A) REVISA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

17. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO
☐NO ☐SI

18. ¿SE PUEDEN VISUALIZAR ADECUADAMENTE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS Y/O DIAGNÓSTICAS?
☐NO ☐SI

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO
SALIDA

19. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO:
EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
☐NO ☐SI

20. QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS Y AGUJAS SEA CORRECTO Y COMPLETO.
☐NO ☐SI

21. LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE INCLUYE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
☐NO ☐SI ☐NA

22. SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
☐NO ☐SI

23. EL CIRUJANO ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

CIRUJANO ☐NO ☐SI
ENFERMERÍA ☐NO ☐SI
ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

24. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?
☐NO ☐SI

25. SE REALIZÓ REPORTE DEL EVENTO ADVERSO
☐NO ☐SI

26. EQUIPO QUIRÚRGICO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN
(especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre y cédula profesional	Firma
CIRUJANO		
ANESTESIÓLOGO		
INSTRUMENTISTA:		
CIRCULANTE:		

27. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____
CIRUGÍA REALIZADA: _____
FECHA: _____

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____ parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento _____, considerado como de **alto riesgo** y me explico que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (_____) se encuentran: _____

_____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable	
Que se identifica con:	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar.**

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente

_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal

_____

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

Procedimentos de alto riesgo: biopsias: (músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal), Colocación de sonda endotraqueal, toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal, colocación de marcapasos externo o definitivo, colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis, colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal, venodisección, bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares, laringoscopias, crisis de anafilaxia, broncoscopia, cualquier procedimiento que requieres inyección de medio de contraste o para medicina nuclear, punción subclavia, colocación de catéter central, procedimientos de radiología intervencionista, punción lumbar, endoscopia gastrointestinal, colonoscopia, braquiterapia, CPREs, punción de médula ósea, hemodiálisis, terapia con láser, fluorangiografía, catetensmo cardiaco.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No.13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

Servicio _____ Unidad _____ Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ no. De cama _____

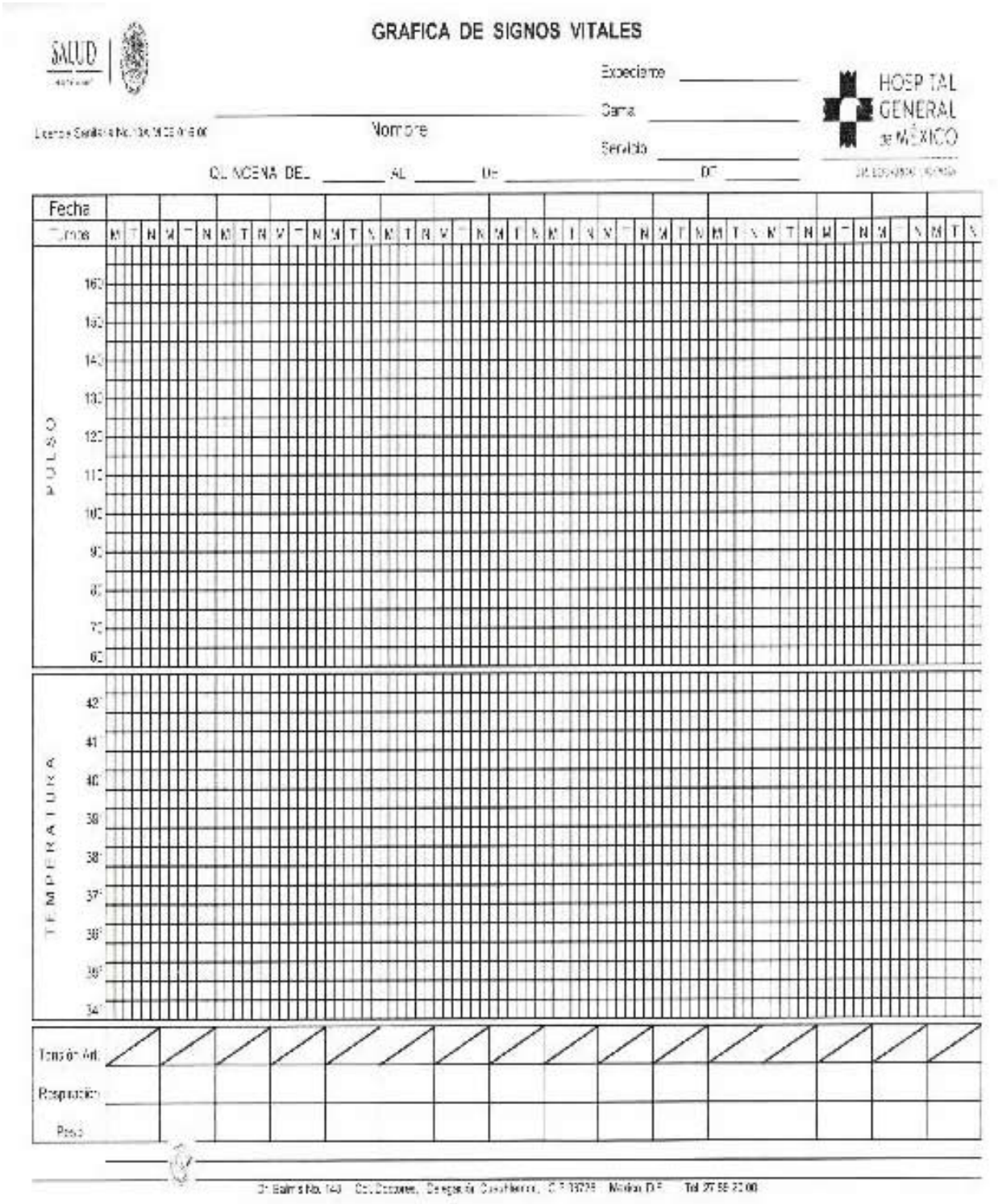
No. De expediente Clínico _____ Fecha y hora de fallecimiento _____

Diagnóstico (s) de ingreso _____

Diagnóstico (s) de defunción _____

Entrega de Expediente y cadáver	Recibe notificación	Recepción de formato
Nombre _____	_____	_____
Firma _____	_____	_____
Hora _____	_____	_____

Vía telefónica _____



GRAFICA DE SIGNOS VITALES

SALUD

Expediente _____

Cama _____

Nombre

Servicio _____

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

QUINCENA DEL _____ AL _____ DE _____ DE _____

Fecha

Turno M T N M T N M T N V T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N

PULSO

160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

TEMPERATURA

42
41
40
39
38
37
36
35
34

Tensión Art.

Respiración

Peso

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06726 México D.F. Tel. 27 89 22 00

40. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo administrativo que sirva para realizar de manera concreta y objetiva la evaluación acerca de la actuación de los Jefes de Servicios de la Direcciones de área, con la finalidad de contar con los instrumentos de medición adecuados que reflejen su desempeño, enfocado en el cumplimiento de las metas institucionales con las cuales se comprometieron y de esa manera elevar la calidad en la atención médica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, las Direcciones de Área, así como a las Subdirecciones de área correspondientes intervienen en la evaluación de la actuación de los Jefes de Servicio.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica y las Direcciones a su cargo serán las responsables de supervisar el presente Procedimiento para la evaluación de la actuación de los Jefes de Servicio Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

3.2 La Dirección y las Subdirecciones de la Dirección General Adjunta Médica serán los responsables de realizar el presente Procedimiento de acuerdo a las instrucciones de esta Dirección.

3.3 La Dirección realizará el diseño de la cédula correspondiente de evaluación para los Jefes de Servicio a su cargo.

3.4 La Dirección y las Subdirecciones realizarán de manera trimestral la aplicación de la cédula de evaluación de los Jefes de Servicio que les corresponda y enviarán el resultado de la misma a la Dirección General Adjunta Médica.

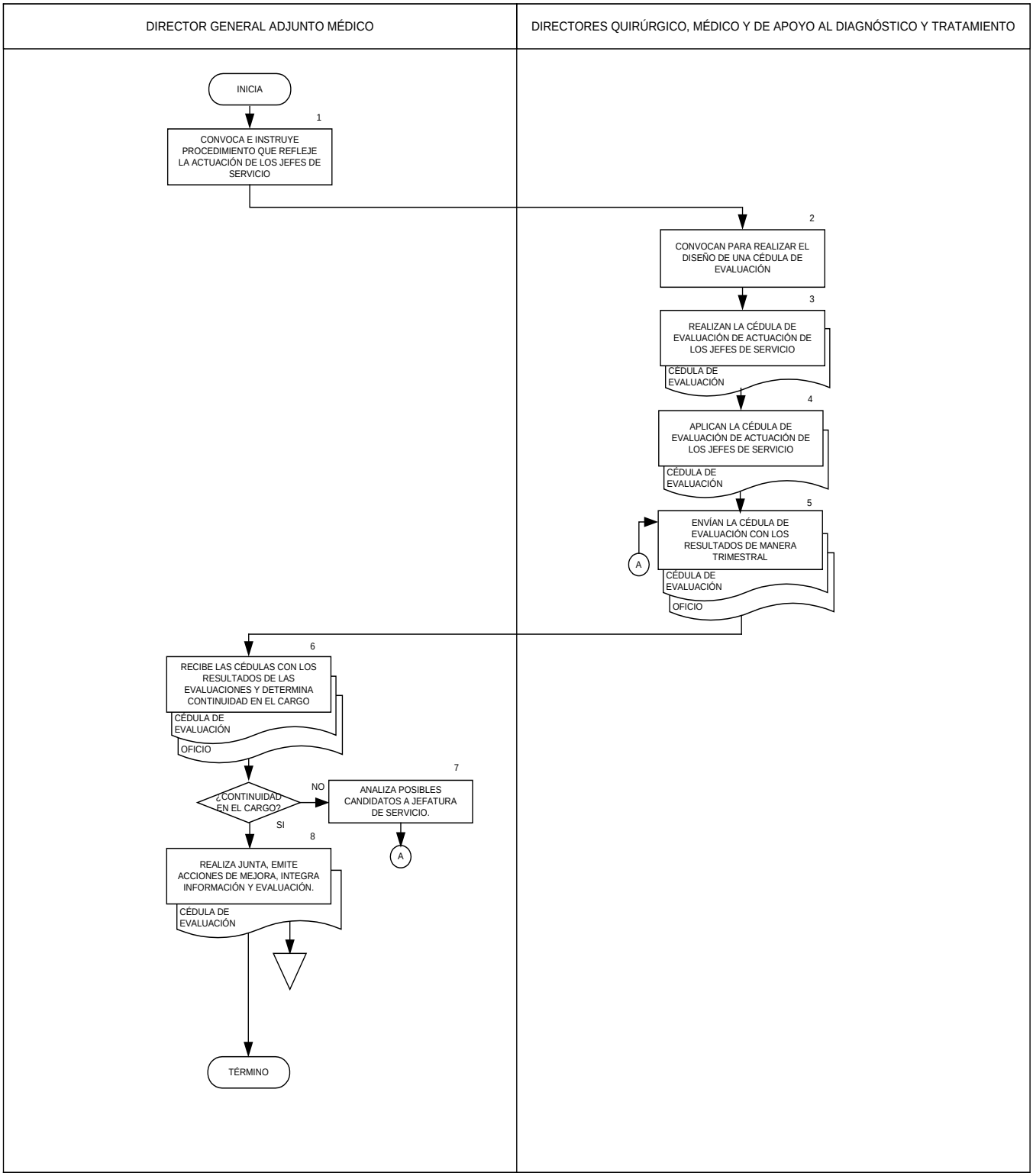
3.5 El incumplimiento del presente Procedimiento será observado y sancionado por la Dirección General Adjunta Médica de acuerdo al reglamento interno del Hospital.

3.6 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y el Decálogo del Código de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico	1	Convoca e instruye verbalmente a la Dirección de área para que establezca el procedimiento que refleje la actuación de los Jefes de Servicio	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2	Convocan verbalmente a las Subdirecciones correspondientes para realizar el diseño de una cédula de evaluación de los Jefes de Servicio	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	3	Realizan en consenso la cédula de evaluación de actuación de los Jefes de Servicio para su aplicación con periodicidad trimestral.	• Cédula de Evaluación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	4	Aplican, en colaboración con las Subdirecciones correspondientes de manera trimestral, la Cédula de Evaluación de actuación de los Jefes de Servicio	• Cédula de Evaluación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5	Envían con oficio la cédula de evaluación con los resultados de manera trimestral a la Dirección General Adjunta Médica.	• Cédula de Evaluación • Oficio
Director General Adjunto Médico	6	Recibe las cédulas con los resultados de las evaluaciones efectuadas, establece el comportamiento en la aplicación del procedimiento, observando desviaciones u omisiones y determina posibilidad de continuidad en el cargo del Jefe de Servicio, de acuerdo a resultados. ¿Continuidad en el cargo?	• Cédula de Evaluación • Oficio
	7	NO: Realiza reunión con Directores de Área Médica para analizar posibles candidatos a Jefatura de Servicio y regresa a la actividad 5.	
	8	SI: Realiza junta con Dirección de Área, emite oficio con acciones de mejora, integra información y archiva evaluación. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.3 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud	No Aplica
6.4 Código de Bioética del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	
6.5 Decálogo de Ética de los Trabajadores del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cédula de Evaluación	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actuación.- Poner en acción

8.2 Calidad en la Atención Médica.- Grado en que se obtienen los máximos beneficios de la atención médica con los mínimos riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes.

8.3 Cédula.- Escrito o documento.

8.4 Evaluación.- Valoración.

8.5 Medición.- Determinación de las dimensiones de una cosa.

8.6 Metas.- Finalidad de un trabajo o aspiración.

8.7 Revisión.- Someter algo a nuevo examen para corregirlo, repararlo o enmendarlo.

8.8 Servicios o Unidades Médicas.- Áreas médicas de especialidades adscritas a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cédula de Evaluación de actuación de los Jefes de Servicios.

10.1 Cédula de Evaluación de actuación de los Jefes de Servicios.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR, EDUARDO LICEAGA"

DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA

CEDULA DE EVALUACION DE LA ACTUACION DE LOS JEFES DE SERVICIO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Servicio	Titular J.S. = CN (+)	Antigüedad			Desempeño (A-P-EF-EF-C-A)			MEDICOS CON PERFIL A CUBRIR	OBSERVACIONES
		FECHA	AÑOS	REAL	M	R	B		

A = Asistencia	EF = Eficacia
P = Permanencia	C = Calidad
EF = Eficiencia	A = Atención

Servicio	Titular J.S. = CN (+)	Antigüedad			Desempeño (A-P-EF-EF-C-A)			REGLAMENTO CARRERA HOSPITALARIA			STATUS PROMOC. CARR. HOSP.	PERFIL A CUBRIR
		R	RR	REAL	M	R	B	A	B	C		
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	DR. GERARDO SERRANO GALLARDO			27-VI-05								
NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA	DR. FRANCISCO VELASCO CAMPOS			17-IV-98								
ESTOMATOLOGIA	DRA. CAROLINA TORRES GONZALEZ			16-VII-02								
NEUMOLOGIA	DR. FRANCISCO NAVARRO REYNOSO			5-XII-02								

41. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS EN HOSPITALIZACIÓN

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal involucrado (médico y paramédico) en el control de los electrolitos concentrados en los Servicios de hospitalización de la Institución, con la finalidad de eliminar riesgos en la ministración de los mismos, solicitando diariamente según los requerimientos de cada servicio, garantizando calidad y seguridad en la atención al paciente, cumpliendo así con los estándares internacionales de certificación, específicamente de la Meta Internacional para la seguridad del Paciente No. 3, además de proporcionar una atención acorde a las políticas del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica coordina la adecuada realización del procedimiento, la Coordinación de Asistentes de la Dirección autoriza las solicitudes de electrolitos concentrados, la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas garantiza la adquisición de los insumos necesarios a través de la Subdirección de Almacenes y la Subdirección de Enfermería solicita, resguarda y controla los electrolitos concentrados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica será la encargada de supervisar que este procedimiento se lleve a cabo adecuadamente.

3.2 La Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas será responsable de garantizar el abasto a través de la Subdirección de Recursos Materiales y la Subdirección de Almacenes.

3.3 El personal de enfermería encargada de turno de cada Servicio es responsable de solicitar diariamente sólo el número de ampolletas de cada uno de los electrolitos concentrados que se requieran por paciente, de acuerdo a las indicaciones médicas. Para unificar criterios y para poder contar con ampolletas emergentes en caso de nuevos pacientes en cada uno de los Servicios de Hospitalización en el Hospital, se permitirá hasta el 50% más de los requerimientos diarios de cada uno de los electrolitos concentrados y se proporcionará por única vez al hacer el abastecimiento inicial. No se puede dar una cifra homogénea pues cada Servicio maneja pacientes con características únicas, por lo que se manejan porcentajes de necesidades.

3.4 La Subdirección de Almacenes será responsable de otorgar únicamente las ampolletas que el Servicio requiera, debidamente re-etiquetados exclusivamente con receta médica, de acuerdo a la Normatividad Institucional como se presenta a continuación:

- Rojo: Cloruro de potasio, ámpula de 10 ml
- Lila: Fosfato de potasio, ámpula de 10ml
- Gris: Sulfato de magnesio, ámpula de 10 ml
- Azul cielo: Bicarbonato de sodio al 7.5%, frasco ámpula de 50 ml
- Blanco: Bicarbonato de sodio al 7.5%, ámpula de 10 ml
- Amarillo: Cloruro de sodio 17.7%, ámpula de 10 ml
- Rosa: Gluconato de calcio, ámpula de 10 ml

3.5 El Almacén de Urgencias de la Subdirección de Almacenes será el responsable de otorgar las ampolletas que soliciten los Servicios, para el turno vespertino a partir de las 15:00 Hrs., veladas, fines de semana y días festivos.

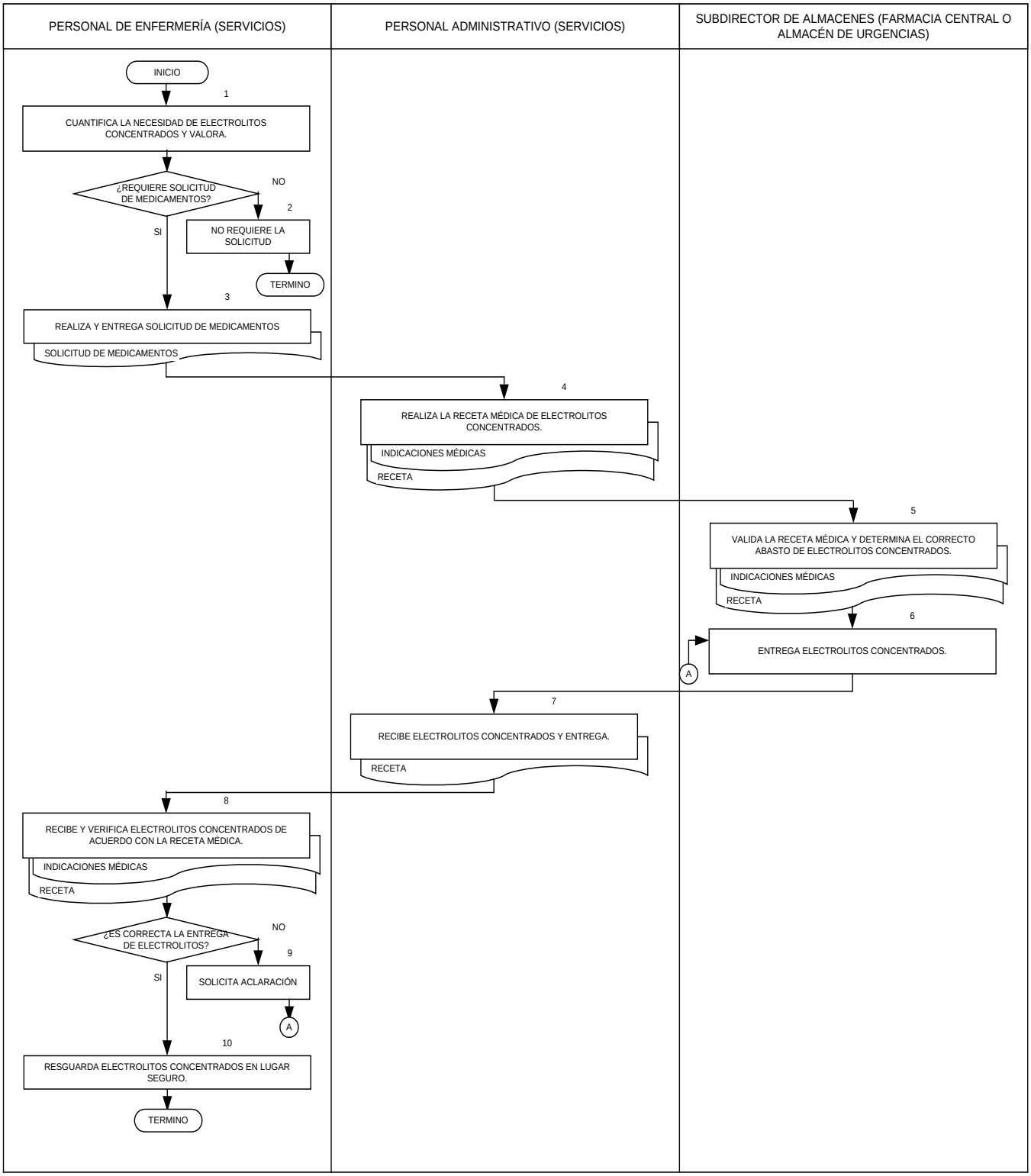
3.6 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

3.7 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería (Servicios)	1	Cuantifica diariamente la necesidad de electrolitos concentrados de acuerdo al ajuste de las indicaciones médicas y valora. ¿Requiere solicitud de medicamentos?	• Hoja de solicitud de medicamentos
	2	No: No requiere la solicitud de medicamentos y termina el procedimiento.	
	3	Si: Realiza y entrega la hoja diaria para solicitud de medicamentos por paciente al personal administrativo.	
Personal Administrativo (Servicios)	4	Realiza la receta médica de electrolitos concentrados, con soporte documental (indicaciones médicas).	• Hoja de indicaciones médicas • Receta médica
Subdirector de Almacenes (Farmacia Central o Almacén de Urgencias)	5	Valida la receta médica y determina el correcto abasto de electrolitos concentrados.	• Hoja de indicaciones médicas • Receta médica
	6	Entrega electrolitos concentrados al personal administrativo para ser entregados a la responsable de turno de enfermería.	
Personal Administrativo (Servicios)	7	Recibe electrolitos concentrados y entrega a la Responsable de Turno de Enfermería.	• Receta médica
Personal de Enfermería (Servicios)	8	Recibe electrolitos concentrados y verifica número de ampolletas entregadas de acuerdo con la receta médica, así como su correcto re-etiquetado. ¿Es correcta la entrega de electrolitos?	• Hoja de indicaciones médicas • Receta médica
	9	No: Solicita aclaración y regresa a la actividad 6.	
	10	Si: Resguarda electrolitos concentrados en lugar seguro, destinado por el servicio. Debe ser un lugar bajo llave pero que tenga disponibilidad las 24 hrs. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.3 Estándares de Certificación del Consejo de Salubridad General. Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente MISP # 3.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones medicas (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.2 Requisición de salida de almacén (electrolitos)	5 años	Delegado administrativo	No aplica
7.3 Bitácora para electrolitos concentrados	5 años	Personal de enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Electrolitos concentrados: Los Electrolitos concentrados forman parte del grupo de los “medicamentos de alto riesgo”, que son aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Indicaciones Médicas. Ver anexo del procedimiento 20.
10.2 Registros Clínicos de Enfermería. Ver anexo del procedimiento 20.
10.3 Receta médica. Ver anexo del procedimiento 12.

42. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para garantizar un plan de acción acorde a las necesidades específicas del paciente considerando de manera integral su edad, necesidades de salud, preferencias del paciente, estado de salud-enfermedad, etc., con base en el análisis de la información obtenida a través de estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de cribado, escalas o reactivos, etc. para identificar las necesidades de atención médica del paciente, elaborar un plan de atención para cubrir los requerimientos individuales de cada uno, que permita a la Institución otorgar una atención médica integral y dar cumplimiento al estándar del Consejo de Salubridad General “Evaluación del Paciente”

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica define las políticas de operación, normas y lineamientos para la ejecución de este procedimiento; las Direcciones de Área supervisan y verifican el cumplimiento del procedimiento, los Jefes de Servicio y Unidad difunden, supervisan y vigilan la correcta aplicación del procedimiento; el Personal Médico de Base, el Personal de Enfermería y el Personal de Trabajo Social de manera multidisciplinaria ejecutan y aseguran que la evaluación inicial cubra las necesidades de atención específica del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 El Médico Tratante es responsable de realizar la evaluación inicial integral, la cual deberá realizarse en las primeras 24 horas de hospitalización del paciente, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el presente procedimiento, con la finalidad de comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa, garantizar un diagnóstico inicial y un plan de acción objetivo y realista acorde con sus necesidades, que asegure el mejor entorno de atención del paciente.

3.2 La evaluación inicial se documentará en el apartado respectivo de la “Historia Clínica Institucional Estandarizada”.

3.3 Dentro del proceso de evaluación inicial en el paciente hospitalizado se deberá contar con los siguientes elementos: historia clínica, evaluación de enfermería, evaluación del dolor, evaluación del riesgo de caídas, factores de riesgo social; valores, costumbres y creencias; factores de riesgo psicológico, evaluación nutricional, identificación de evaluaciones especializadas adicionales, identificación de pacientes que requieren una planeación temprana del alta; necesidades específicas de educación y barreras para el aprendizaje.

3.4 En el caso del paciente ambulatorio los elementos con que contará la evaluación inicial serán: historia clínica, evaluación de enfermería, evaluación del dolor si corresponde y evaluación del riesgo de caídas. La historia clínica se realizará en el momento que el paciente entre en contacto con la Institución (medicina general) o cuando vía urgencias u otra especialidad (al interior) le envíen a un nuevo Servicio.

3.5 El Personal de Salud es responsable de presentarse e identificarse ante el paciente, proporcionando su nombre y cargo. Además deberá de portar en todo momento su gafete de identificación otorgado por la Institución.

3.6 Respecto a la realización de la Historia Clínica, el Médico Tratante supervisará al Personal en formación encargado de realizar la evaluación del paciente documentando los siguientes rubros: ficha de identificación completa y correcta, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración física, resultados de estudios de laboratorio y gabinete previos y actuales (cuando existan), terapéutica empleada y resultados obtenidos previa y actual (cuando existan), diagnósticos o problemas clínicos, programación del plan de estudios, indicaciones médicas o plan terapéutico, pronóstico, apartado de evaluación inicial y personal que elabora y supervisa la historia, avalando con nombre, firma y cédula profesional de ambos con apego a la NOM 004-SSA3-

2012 del Expediente Clínico, la cual deberá completarse e integrarse al Expediente Clínico en las primeras 24 hrs. de internamiento.

3.7 El Médico tratante es responsable en las áreas de hospitalización de adultos de realizar y/o supervisar la "historia clínica institucional estandarizada", la cual dependiendo de cada especialidad será enriquecida con elementos propios de cada área. Se contará con una historia clínica para áreas específicas: como obstetricia, neonato y pediatría.

3.8 El Médico tratante es responsable de actualizar la historia clínica del paciente en la Consulta Externa, si tiene ésta más de 30 días de antigüedad, en el momento de la hospitalización.

3.9 En la consulta externa de especialidades se elaborará la Historia Clínica y se continuará con la evolución y seguimiento del paciente, actualizando en las notas de seguimiento el estado del paciente. Cuando el paciente abandone por más de un año su seguimiento se deberá de actualizar la historia clínica.

3.10 El Personal de Enfermería encargado de la atención inicial del paciente es responsable de realizar la evaluación correspondiente, dejando evidencia de sus hallazgos en el formato de registros clínicos de enfermería en el área de hospitalización avalando con su nombre y firma la documental y notificará los hallazgos relevantes al médico a cargo del paciente de manera inmediata.

- La evaluación inicial de Enfermería en el paciente ambulatorio incluirá la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, peso, talla y temperatura), la evaluación del riesgo de caída y la evaluación del dolor.

3.11 El personal de Enfermería y el Médico encargado de realizar la historia clínica deberán evaluar el dolor y el riesgo de caídas, se apoyarán en la "Escala Visual Análoga de Dolor" (EVA) vigente en la Institución y la de riesgo de caídas de J.H. Downton que el personal de Enfermería realiza en su "Formato de Registros Clínicos" y se registrará en el expediente, además consignará el resultado de la evaluación inicial con las medidas a tomar, así como la periodicidad necesaria para las revaloraciones correspondientes. En caso de no existir dolor se deberá consignar en el expediente la ausencia de éste, anotándolo como "EVA 0".

- La herramienta para evaluar la intensidad del dolor en niños y adultos será la "Escala Visual Análoga de Dolor" en formato numérico o de "caritas" para niños o adultos que no sepan leer (ver anexo).

- Para los neonatos se utilizará el "Perfil de Dolor en Neonatos" (PIPP), en donde se tomará en cuenta la edad gestacional, comportamiento, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, entrecejo fruncido, ojos apretados y surco naso labial. Con un puntaje de 0= dolor nulo, 1- 6 = dolor leve, 7 – 12= dolor moderado, más de 13= dolor intenso (ver anexo).

- Las revaloraciones para las condiciones de dolor se efectuarán máximo a las dos horas después de haber iniciado el tratamiento o antes si la condición del paciente así lo requiere. Se deberá consignar la intensidad (Escala Visual Análoga de Dolor) y características del dolor (frecuencia, ubicación y duración). En las áreas de Urgencias y en las Unidades de Cuidados Intensivos las revaloraciones formarán parte esencial de las revisiones horarias que se realicen. El dolor en pacientes hospitalizados deberá valorarse al menos una vez por turno o tan frecuente como la condición clínica del paciente lo amerite. En el caso del dolor, en pacientes específicos como los neonatales se utilizará la "Escala de Dolor Infantil Neonatal (NIPS), para él pre-escolar la "Escala del Dolor Preescolar (FLACC) y en el escolar y adolescente la "Escala Visual del Dolor" por medio de caritas. En pacientes con ventilación mecánica la "Escala de Dolor de Campbell" será la utilizada. (Ver anexos).

3.12 El personal de Enfermería y el Médico encargado de realizar la historia clínica deberán evaluar intencionalmente la presencia de dolor a través del interrogatorio y en caso de ser positivo considerar la intensidad

a través de la “Escala Visual Análoga de Dolor”, así como la frecuencia, localización y duración. El Médico tratante o residente de mayor jerarquía lo consignará en el apartado de “Evaluación del Dolor” en la “Historia Clínica Estandarizada”, evaluaciones posteriores deberán de anotarse en la “Nota de Evolución Clínica” en el expediente clínico, el personal de Enfermería lo consignará en su “Formato de Registros Clínicos”.

3.13 En el paciente ambulatorio se evaluará el dolor (sí corresponde) considerando la intensidad y características del mismo (frecuencia, localización y duración) iniciando manejo o canalizándole al área correspondiente para su atención, dejando evidencia de las acciones tomadas en el expediente clínico.

3.14 El Personal de Salud es responsable de identificar los pacientes con riesgo de vulnerabilidad (menores de edad, embarazadas, adultos mayores, pacientes con sobrepeso u obesidad o con trastornos psiquiátricos o emocionales, víctimas de abuso, negligencia o violencia familiar, comatosos, con sospecha de alguna dependencia a droga o alcohol, indígenas, en situación de calle, refugiados y enfermos en estadios terminales de cualquier etiología, incluyendo infección por virus de la inmunodeficiencia humana, migrantes, jornaleros agrícolas, así como aquellos que tienen discapacidades, o personas con preferencias sexuales distinta a la heterosexual) enfocándose a salvaguardar su integridad y dar prioridad en su atención, dentro de lo posible.

3.15 El Personal de Trabajo Social es responsable de realizar la evaluación social y económica, la cual forma parte del Expediente Clínico y se elaborará de acuerdo a los lineamientos del Departamento, dejando constancia en el documento citado. Además dentro de este apartado considerará como una situación social la cual se consignará en el expediente cuando se identifiquen o cualquier situación considerada dentro del grupo de pacientes vulnerables.

- Dentro de los factores de riesgo social además se identificarán: pertenecer al grupo de pacientes vulnerables, pacientes con alcoholismo, consumo de drogas, tabaquismo, ser cabeza de familia, redes de apoyo familiares, contexto e integración familiar, escolaridad, etc.

- La evaluación de factores de riesgo social se completara por el área de Trabajo Social en el momento del ingreso del paciente a hospitalización durante las primeras 24 horas.

- Los valores, costumbres y creencias de cada paciente serán considerados, para adecuar la atención y respetar sus derechos.

3.16 El Personal Médico realizará una evaluación cultural de acuerdo a las consideraciones de los Estándares para la Certificación de Hospitales 2015 que incluye los valores y creencias que pudieran interferir en el proceso de atención para ello, la Institución se sustentará en los elementos enmarcados en los estándares centrados en los pacientes (Derechos del paciente y su Familia PFR 1.1, Educación del Paciente y de su Familia PFE 2.1 y Atención del Paciente COP 7).

3.17 El Personal Médico Tratante es responsable de verificar que el Médico encargado de realizar la historia clínica incluya en la misma los elementos concernientes a la solicitud de servicios pastorales especiales, necesidades religiosas o espirituales, creencias religiosas y espirituales. Este apartado se quedará abierto hacia cualquier tipo de religión o creencia. En este ámbito es importante identificar si existen creencias que influyan en la atención a la salud, por lo que se deberá interrogar al paciente acerca de sus creencias, o religión (si la profesa) y si al momento de su ingreso o posteriormente necesitará de este tipo de apoyo.

3.18 Una vez identificada la necesidad se informará al Personal de Trabajo Social de cada Unidad y/o Servicio quienes serán responsables de contar con las direcciones de ministros e iglesias para que sean contactados en caso de solicitud por parte del paciente y/o familiar y será responsable de realizar los trámites correspondientes para su efecto.

3.19 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica es responsable de reconocer a los pacientes que pudieran presentar alguna de las siguientes situaciones: ansiedad, indiferencia, temor, depresión, con ideas suicidas o agresivo (en este último apartado se identificará si el paciente pudiera causarse daño a sí mismo o es un riesgo para los demás), en caso de ser así, realizará la interconsulta para una evaluación más exhaustiva al Servicio de Salud Mental en las próximas 24 horas. excepto *en el caso de pacientes agresivos o con ideas suicidas la cual se solicitará de manera inmediata*.

3.20 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica evaluará los factores de riesgo nutricional antes de las 24 h del tiempo de ingreso a hospitalización, dichos factores son:

- Índice de Masa Corporal menor a 18.5 o mayor de 24.9 (calculado a través de la formula IMC= Peso/Talla2).
- Pacientes con una pérdida de peso involuntaria mayor al 10% de su peso habitual durante los últimos tres a seis meses.
- Y/o una ingesta inadecuada mantenida durante al menos 7 días.
- Y/o una ingesta oral alterada (nutrición enteral o parenteral, cirugía reciente, presencia de enfermedad), Pacientes con incapacidad para la vía oral (ej. paciente inconsciente o sedado, disfagia, edentulia, etc.).

En caso de identificar cualquiera de estos elementos se solicitará interconsulta al Servicio de Nutrición Clínica para una evaluación más profunda y definición de la nutrición adecuada.

3.21 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica deberá identificar a los pacientes en quienes es necesario realizar evaluaciones especializadas adicionales, considerándose así, las evaluaciones odontológicas, auditivas, visuales y nutricionales, de lo cual deberá existir constancia en el expediente y ser referido al área correspondiente dentro del Hospital, con apego al procedimiento “Para la solicitud y realización de interconsultas médicas” vigente, difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

3.22 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica al ingresar al paciente, identificará las necesidades y requerimientos para hacer frente a su condición de salud, que serán tomadas en cuenta cuando el paciente sea egresado, (Planificación del alta de manera temprana). Se pretende identificar así las necesidades de capacitación del paciente y su familiar (por ejemplo; manejo de la diálisis peritoneal ambulatoria, aplicación de insulina, etc.), las redes de apoyo con que se cuenta ya sean familiares u organizaciones (cuidados de enfermería continua, alimentación del paciente, etc.) apoyo psicológico (ej. Cuidados paliativos o de tanatología, etc.) y rehabilitación (reintegración a las actividades de la vida diaria y autocuidado). Inicialmente se considerarán pacientes que requerirán orientación y entrenamiento para sus cuidados en casa como son: pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatoria, ostomizados, úlceras por presión o heridas, amputación reciente, traqueostomizados, insulinodependientes, dependientes de oxígeno, en clase funcional IV de Steinbroker o cualquier condición que el médico considere sea aplicativo a este rubro.

3.23 El Personal Médico tratante deberá supervisar al personal encargado de realizar la historia clínica que interrogue si el paciente sabe leer y escribir, años de educación formal y grado escolar concluido. Además preguntará si el paciente habla alguna lengua o idioma diferente al español, para conocer el nivel de educación del paciente y su familia e identificar los conocimientos y habilidades del binomio paciente- familia y de esta manera planificar y cubrir las necesidades de educación en salud. En caso de no hablar español se procederá a identificar si algún familiar lo habla o solicitar a Trabajo Social que contacte a algún intérprete o traductor de acuerdo a lo establecido en el propio Manual de Procedimientos del Departamento.

3.24 Respecto a la evaluación de necesidades de educación, éstas serán orientadas en base a: nivel educativo del paciente y familiares, barreras para el aprendizaje y necesidades de capacitación. El Jefe de Servicio y Médico tratante de base supervisarán que la información y educación otorgada al paciente y su familia se realice con un

lenguaje claro, comprensible y sencillo. Esta educación podrá reforzarse a través de pláticas, consejerías, trípticos, universidad del paciente, etc.

3.25 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica deberá detectar barreras para el aprendizaje del paciente como la comunicación (lengua o idioma), alteraciones visuales (ceguera, disminución de la agudeza visual, etc.), alteraciones auditivas (hipoacusia, sordera, etc.), retraso mental, etc. En caso de ser identificadas las colocará en el expediente, solicitará interconsultas a los Servicios correspondientes (Rehabilitación, Audiología, Oftalmología, Salud Mental, Trabajo Social, etc.)

3.26 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica deberá realizar la evaluación y disposición para aprender cuando se identifiquen pacientes que rechazan este aprendizaje, manifestado como falta de adherencia al tratamiento o abandono de su seguimiento, se solicitará en el plan de atención una valoración psicológica.

3.27 El Médico tratante será responsable de realizar las revaloraciones correspondientes, las cuales de acuerdo a los siguientes lineamientos, son parte integral del seguimiento y continuidad de la atención, lo cual pone en evidencia si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas.

a) La evaluación del dolor y del riesgo de caída se realizarán desde el primer contacto clínico, una vez por turno y de acuerdo a las necesidades del paciente.

b) La historia clínica en las especialidades médicas en el área de atención ambulatoria se realizarán al ingreso a la especialidad y de continuar la atención y seguimiento del paciente no será necesario elaborar una nueva ya que dicho seguimiento se documentará a través de las notas de evolución clínica en el expediente, únicamente en el caso del abandono de la consulta ambulatoria por más de un año se realizará una nueva historia clínica.

c) En todo paciente que ingresa al área de hospitalización se elaborará una historia clínica, en el momento del ingreso.

d) Cuando se tenga el antecedente de una evaluación previa y cercana al ingreso del paciente como en el caso de cirugía programada o pacientes en hemodiálisis la historia clínica tendrá una vigencia de 30 días.

3.28 El Personal Médico y el Personal de Enfermería encargados de realizar la valoración inicial en las áreas de Urgencias, deberán efectuarlas enfocadas a las necesidades y condición clínica del paciente dentro de las primeras dos horas de ingreso o antes según lo permita el estado del paciente. La nota inicial de Urgencias deberá elaborarla el Médico de Base o Residente de mayor jerarquía e incluirá: fecha y hora en que se otorga el servicio; signos vitales; motivo de la atención; resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; resultados relevantes de los estudios de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; tratamiento y pronóstico. En el caso de pacientes quirúrgicos se registrará una nota preoperatoria y un diagnóstico preoperatorio antes de la intervención, por parte de los Servicios de Cirugía y de Anestesiología. En su caso el Personal de Enfermería registrará los hallazgos de su evaluación inicial en el “Formato de Registros Clínicos de Enfermería”.

3.29 Cuando por sus condiciones ingrese un paciente directamente al área de terapia intensiva la historia clínica se elaborará en este sitio, acorde con las políticas previamente establecidas.

- Las re evaluaciones de enfermería se realizarán al menos una vez por turno y/o cada vez que la condición clínica del paciente lo requiera o el médico a cargo lo indique.

- En el caso de los factores de riesgo psicológico, nutricional, evaluaciones especializadas y planeación temprana de alta la necesidad de una revaloración dependerá de lo identificado e indicado por las áreas interconsultantes.

- Para los elementos de riesgo social; valores, costumbres y creencias, necesidades específicas de educación y barreras para el aprendizaje con la evaluación inicial será suficiente, a menos que durante el internamiento del paciente se detecten situaciones que pudieran repercutir en su condición de salud.

3.30 El Personal Médico tratante es responsable de informar al paciente y/o familiar responsable sobre el padecimiento, la atención y el tratamiento planeado, haciendoles partícipes en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir dejando constancia en la bitácora destinada para ello o en el expediente clínico, deberá anotar: nombre completo, firma y parentesco de quien recibió la información, de preferencia deberá ser la persona que funja como responsable del paciente; además de nombre completo, cargo, firma y cédula profesional de quien la otorgó.

3.31 El Personal Médico encargado de realizar la historia clínica deberá realizar la evaluación funcional inicial de los pacientes hospitalizados a través de la "Escala funcional de Steinbrocker" la cual considera los siguientes grados funcionales.

I. Sin limitación funcional, realiza vida normal.
II. Limitado para actividades sociales o recreacionales, pero realiza actividades de la vida diaria.
III. Limitado para actividades sociales, recreacionales y laborales, pero sin dificultad en las tareas de autocuidado.
IV. Limitado en todas sus actividades. Dependiente.

En los casos que se identifique un paciente con el grado funcional II o III de Steinbroker, solicitará interconsulta al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en las primeras 24 horas de su estancia hospitalaria.

3.32 Al ingreso, egreso o traslado se aplicará el "Procedimiento para la Conciliación y Verificación de la Idoneidad de Prescripción en los Servicios Médicos" difundido por la Dirección General Adjunta Médica, el Médico tratante y/o residente de mayor jerarquía será responsable de realizar esta actividad.

3.33 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" con absoluto respeto de los derechos humanos individuales del paciente, del familiar y del prestador de servicios.

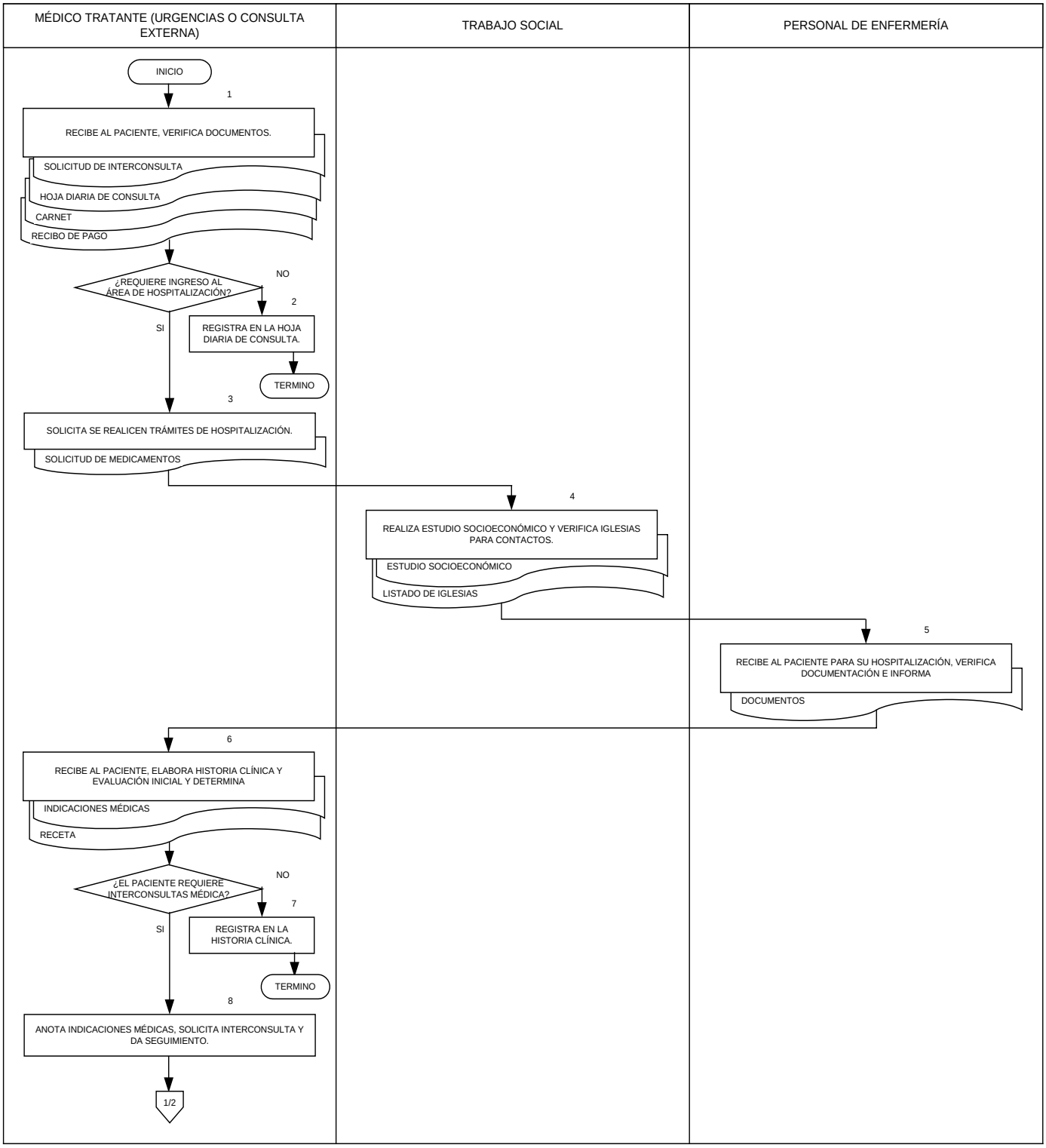
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

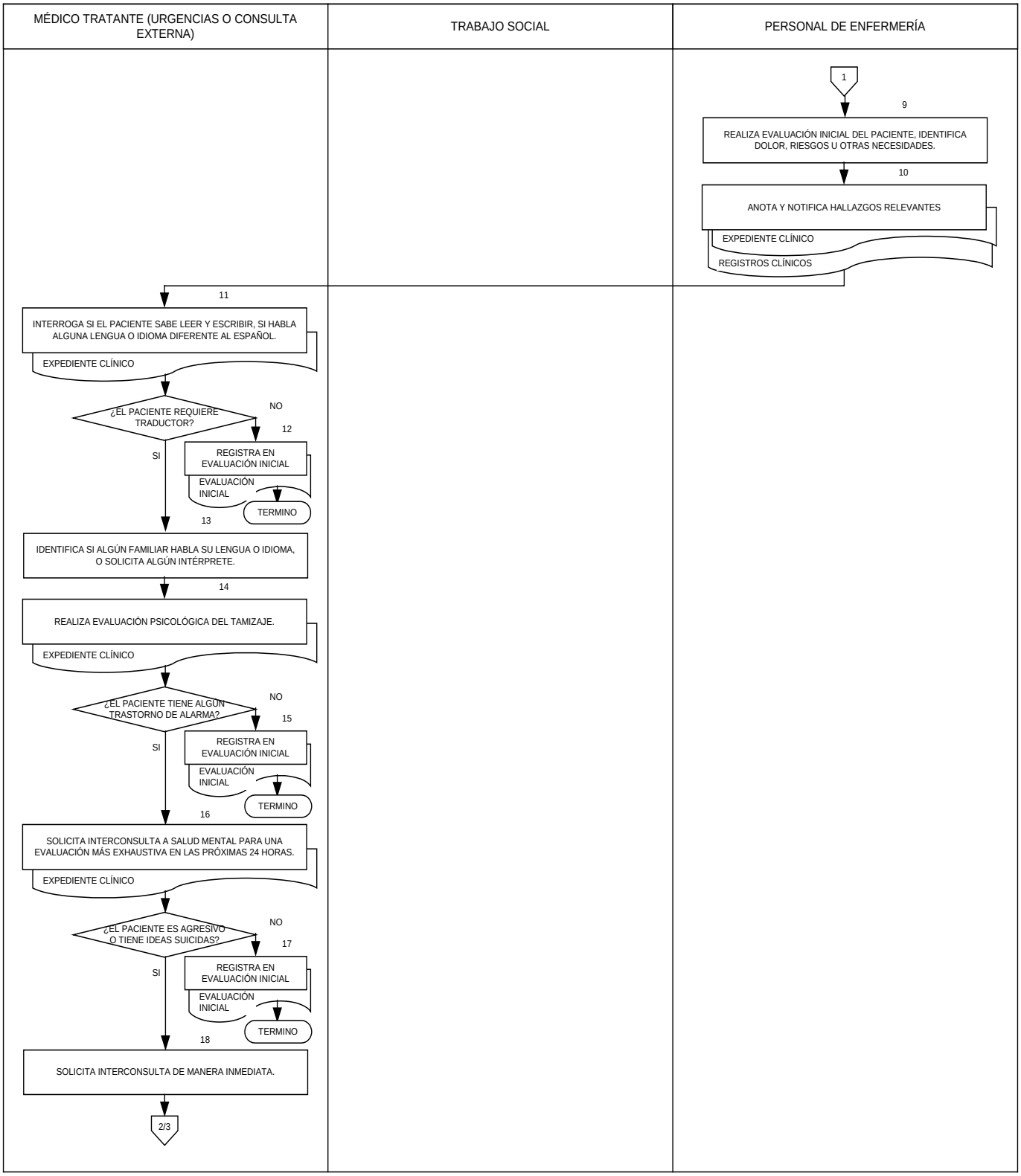
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Tratante (Urgencias o Consulta Externa)	1 2 3	Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, solicitud de interconsulta y recibo de pago. ¿Requiere ingreso al área de hospitalización? No: Registra en la hoja diaria de consulta y termina procedimiento. Si: Solicita se realicen trámites de hospitalización de acuerdo al Manual de Procedimientos.	• Formato de interconsulta • Hoja diaria de consulta • Carnet • Recibo de pago
Trabajo Social	4	Realiza estudio socioeconómico, verifica las direcciones de ministros e iglesias para contactarlos en caso de solicitud por parte del paciente y familiar.	• Estudio socioeconómico • Listado de iglesias
Personal de Enfermería	5	Recibe al paciente para su hospitalización, verifica documentación e informa al médico tratante.	• Documentos
Médico Tratante (Urgencias o Consulta Externa)	6 7 8	Recibe e identifica al paciente, se presenta con él, elabora Historia Clínica y Evaluación Inicial del Paciente, identifica dolor, riesgos (caídas, úlceras por presión, lesión), Evaluaciones Especializadas u otras necesidades específicas de atención. Incluye los elementos relacionados a la solicitud de servicios pastorales especiales, creencias y valores y determina ¿El paciente requiere interconsultas médica? No: Registra en la Historia Clínica y termina el procedimiento. Si: Anota indicaciones médicas, previene riesgos, solicita interconsulta (en caso necesario) al área correspondiente, da seguimiento al paciente y solicita a Enfermería realice evaluación inicial e inicie indicaciones médicas.	• Expediente clínico • Historia clínica
Personal de Enfermería	9 10	Realiza evaluación inicial del paciente, identifica dolor, riesgos (caídas, úlceras por presión, lesión) u otras necesidades específicas de atención. Anota en el formato de Registros Clínicos de Enfermería avalado con nombre y firma y notifica hallazgos relevantes al médico tratante de manera inmediata para continuar evaluaciones.	• Expediente clínico • Registros clínicos de enfermería
Médico Tratante (Urgencias o Consulta Externa)	11 12 13	Interroga si el paciente sabe leer y escribir, escolaridad, si habla alguna lengua o idioma diferente al español. ¿El paciente requiere traductor? NO: Registra negativa en Evaluación Inicial y termina el procedimiento. SI: Identifica si algún familiar habla su lengua o idioma, o solicita a Trabajo Social algún intérprete o traductor.	• Expediente clínico • Evaluación inicial

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Tratante (Urgencias o Consulta Externa)	14	Realiza al paciente evaluación psicológica del tamizaje. ¿El paciente tiene algún trastorno de alarma?	• Expediente clínico • Evaluación inicial
	15	NO: Registra en Evaluación Inicial y termina el procedimiento.	
	16	SI: Solicita interconsulta a Salud Mental para una evaluación más exhaustiva en las próximas 24 horas. ¿El paciente es agresivo o tiene ideas suicidas?	
	17	NO: Registra en la evaluación inicial y termina el procedimiento.	
	18	Si: Solicita Interconsulta de manera inmediata al Servicio requerido.	
	19	Realiza evaluación nutricional inicial calculando el índice de Masa Corporal. ¿El Índice de Masa Corporal si es menor a 18.5 o mayor a 24.9?	• Expediente clínico • Evaluación inicial • Interconsulta
	20	NO: Registra en la evaluación inicial y termina el procedimiento.	
	21	Si: Solicita Interconsulta del paciente al Servicio de Nutrición Clínica para una evaluación más profunda. ¿El paciente tiene una pérdida de peso involuntaria mayor al 10% de su peso habitual durante los últimos tres a seis meses y/o una ingesta inadecuada mantenida durante al menos 7 días y/o una ingesta oral alterada?	
	22	NO: Registra en Evaluación Inicial y termina el procedimiento.	
	23	SI: Realiza la interconsulta al Servicio de Nutrición Clínica para una evaluación más profunda.	

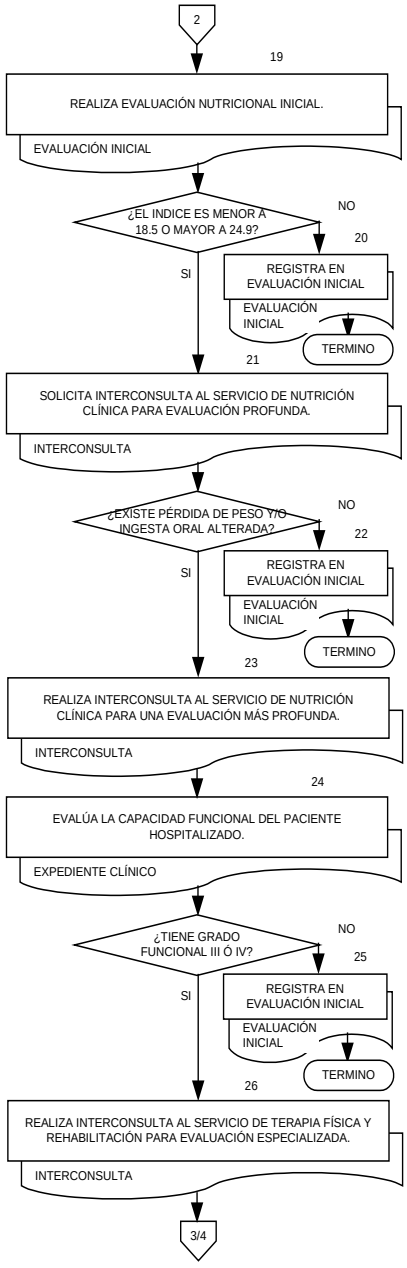
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Tratante (Urgencias o Consulta Externa)	24	Evalúa la capacidad funcional del paciente hospitalizado a través de la "Escala funcional de Steinbrocker". ¿El paciente tiene grado funcional III ó IV de la Escala de Steinbrocker?	• Expediente clínico • Evaluación inicial
	25	NO: Registra en Evaluación Inicial y termina el procedimiento.	
	26	SI: Realiza interconsulta al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en las primeras 24 horas de su ingreso para evaluación especializada.	
	27	Identifica necesidad de realizar evaluaciones especializadas al paciente. ¿El paciente requiere evaluaciones especializadas?	• Expediente clínico • Evaluación inicial
	28	NO: Registra en Evaluación Inicial y termina el procedimiento.	
	29	SI: Realiza solicitudes de interconsulta correspondientes en las primeras 24 horas de estancia hospitalaria del paciente.	
	30	Verifica el correcto llenado de la historia clínica y evaluación inicial.	• Expediente clínico • Evaluación inicial
	31	Registra el nombre completo, cargo, cédula profesional y firma de quién elabora y supervisa.) u otras necesidades específicas de atención. **TERMINA**	

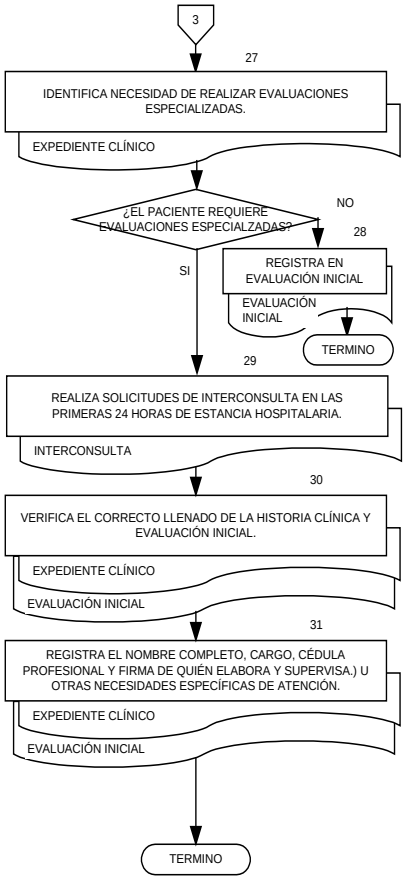
5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO TRATANTE (URGENCIAS O CONSULTA EXTERNA)
TRABAJO SOCIAL
PERSONAL DE ENFERMERÍA
1
9
REALIZA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE, IDENTIFICA DOLOR, RIESGOS U OTRAS NECESIDADES.
10
ANOTA Y NOTIFICA HALLAZGOS RELEVANTES
EXPEDIENTE CLÍNICO
REGISTROS CLÍNICOS
11
INTERROGA SI EL PACIENTE SABE LEER Y ESCRIBIR, SI HABLA ALGUNA LENGUA O IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL.
EXPEDIENTE CLÍNICO
¿EL PACIENTE REQUIERE TRADUCTOR?
NO
12
REGISTRA EN EVALUACIÓN INICIAL
EVALUACIÓN INICIAL
TERMINO
SI
13
IDENTIFICA SI ALGÚN FAMILIAR HABLA SU LENGUA O IDIOMA, O SOLICITA ALGÚN INTÉRPRETE.
14
REALIZA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TAMIZAJE.
EXPEDIENTE CLÍNICO
¿EL PACIENTE TIENE ALGÚN TRASTORNO DE ALARMA?
NO
15
REGISTRA EN EVALUACIÓN INICIAL
EVALUACIÓN INICIAL
TERMINO
SI
16
SOLICITA INTERCONSULTA A SALUD MENTAL PARA UNA EVALUACIÓN MÁS EXHAUSTIVA EN LAS PRÓXIMAS 24 HORAS.
EXPEDIENTE CLÍNICO
¿EL PACIENTE ES AGRESIVO O TIENE IDEAS SUICIDAS?
NO
17
REGISTRA EN EVALUACIÓN INICIAL
EVALUACIÓN INICIAL
TERMINO
SI
18
SOLICITA INTERCONSULTA DE MANERA INMEDIATA.
2/3

MÉDICO TRATANTE (URGENCIAS O CONSULTA EXTERNA)	TRABAJO SOCIAL	PERSONAL DE ENFERMERÍA



MÉDICO TRATANTE (URGENCIAS O CONSULTA EXTERNA)	TRABAJO SOCIAL	PERSONAL DE ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.3 Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería	No Aplica
6.4 NOM-004 –SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica
6.5 Estándares para la certificación de hospitales 2012.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 Años	Archivo clínico	No Aplica
7.2 Historia Clínica	5 Años	Archivo clínico	No Aplica
7.3 Nota de Evaluación integral	5 Años	Archivo clínico	No Aplica
7.4 Registros Clínicos de Enfermería.	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 Conciliación de medicamentos: Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, traslados, cambios de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben de comentar con el médico que prescribe y si se requiere se deben de corregir. Los cambios realizados se deben de documentar y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente y al mismo paciente.

8.3 Evaluación inicial del paciente: Proceso a través del cual se obtiene información para ser analizada y permitir elaborar un plan de atención específica hacia el paciente, que sea efectivo, oportuno y asertivo.

8.4 Expediente clínico: conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8.5 Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

8.6 Idoneidad: elección adecuada del medicamento de acuerdo a las necesidades terapéuticas del paciente.

8.7 Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

8.8 Paciente, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

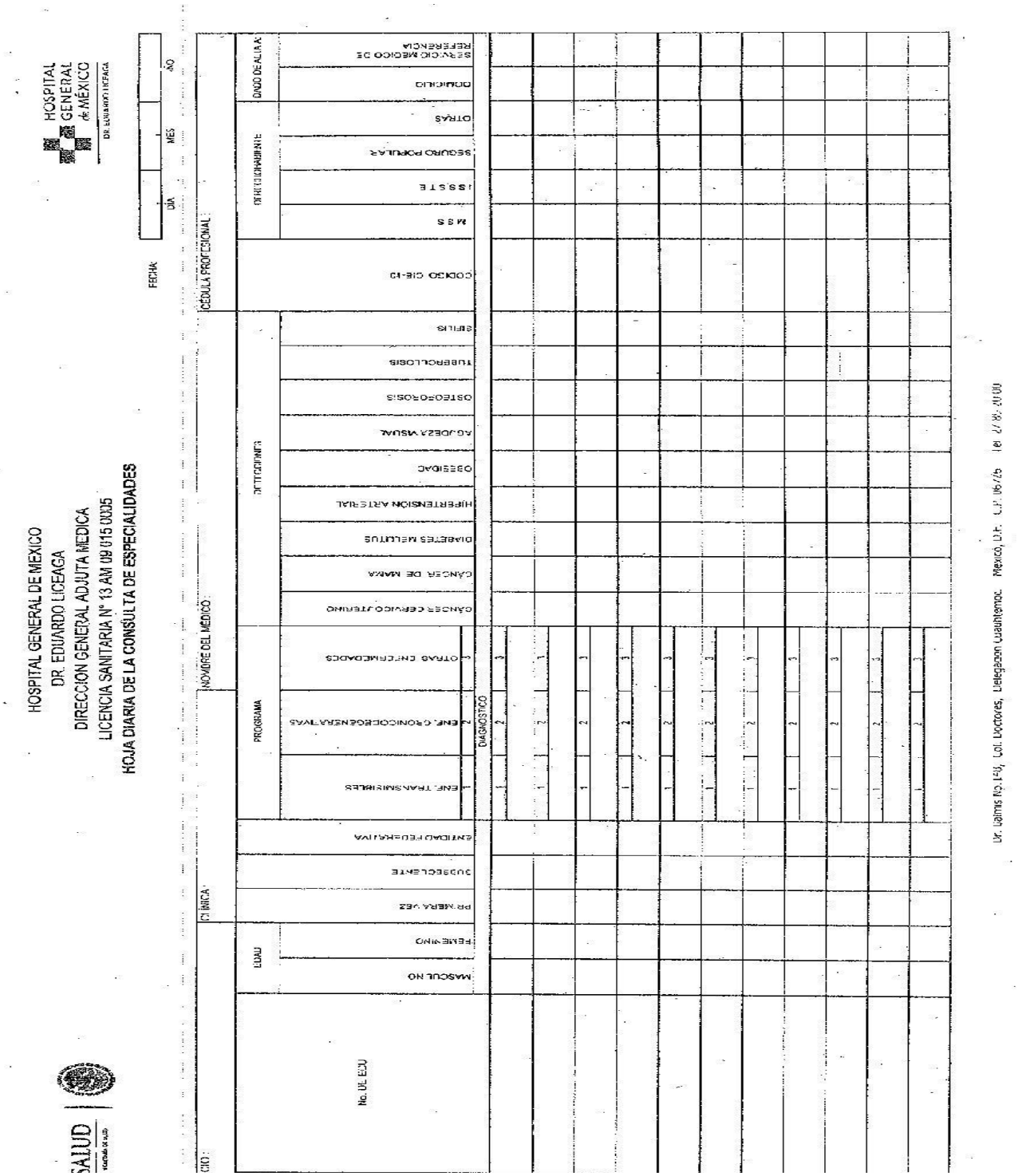
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

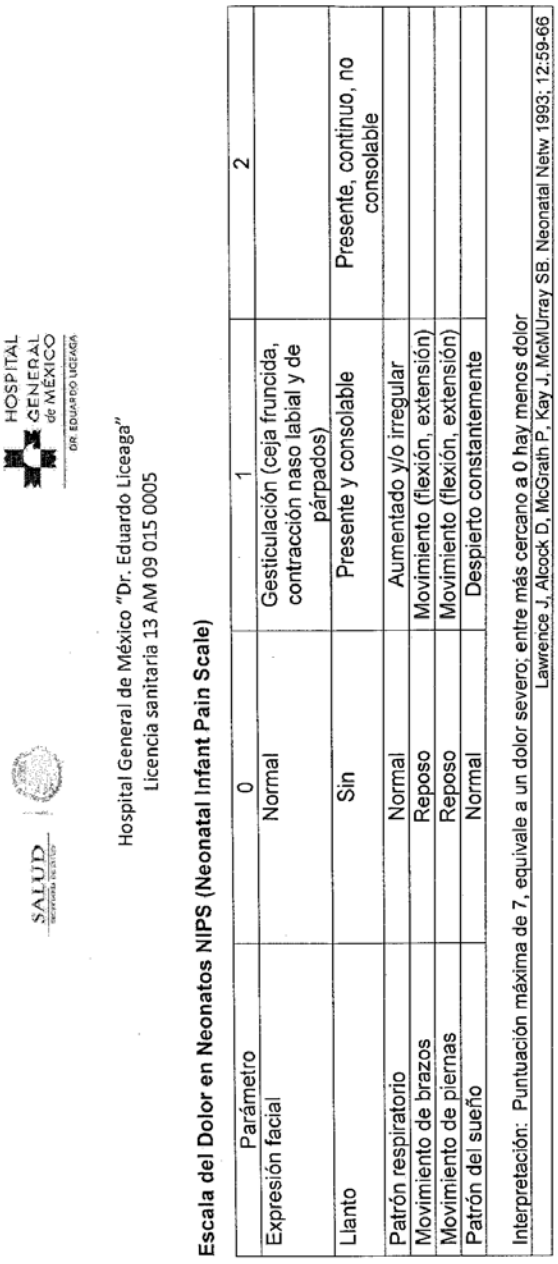
10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexo del procedimiento 7).
10.2 Estudio socioeconómico (Ver anexo del procedimiento 7).
10.3 Historia Clínica (Ver anexo del procedimiento 6).
10.4 Recibo de pago (Ver anexo del procedimiento 12).
10.5 Registros clínicos de enfermería (Ver anexo del procedimiento 20).
10.6 Formato de interconsulta (Ver anexo del procedimiento 6).
10.7 Hoja diaria de consulta.
10.8. Escala del dolor en Neonatos NIPS (Neonatal Infantil Pain Scale).
10.9. Escala de Evaluación de Dolor de Campell.
10.10 FLACC (Facial, Legs, Activity, Cry, Capacity).

10.7 Hoja diaria de consulta.



10.8. Escala del dolor en Neonatos NIPS (Neonatal Infantil Pain Scale).



HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

SALUD

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
Licencia sanitaria 13 AM 09 015 0005

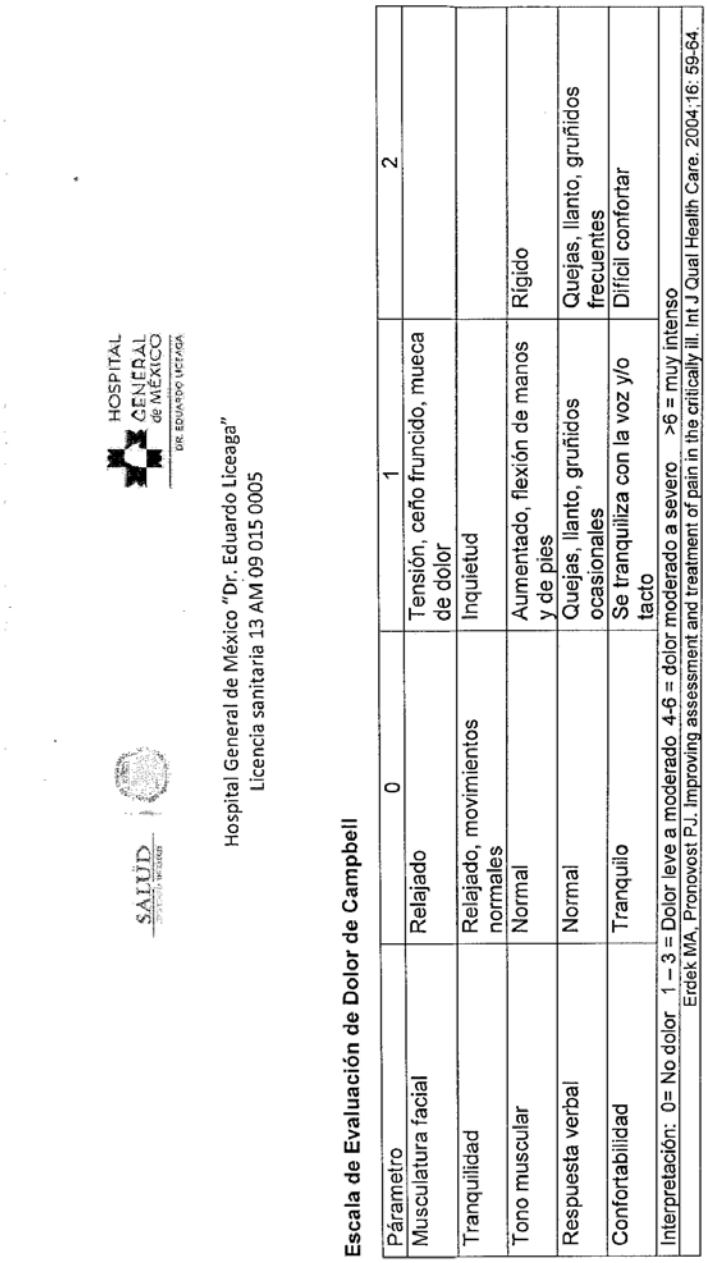
Escala del Dolor en Neonatos NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Parámetro	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción naso labial y de párpados)	Presente, continuo, no consolable
Llanto	Sin	Presente y consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Aumentado y/o irregular	
Movimiento de brazos	Reposo	Movimiento (flexión, extensión)	
Movimiento de piernas	Reposo	Movimiento (flexión, extensión)	
Patrón del sueño	Normal	Despierto constantemente	

Interpretación: Puntuación máxima de 7, equivale a un dolor severo; entre más cercano a 0 hay menos dolor

Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, McMUrray SB. Neonatal Netw 1993; 12:59-66

10.9. Escala de Evaluación de Dolor de Campell.



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
Licencia sanitaria 13 AM 09 015 0005

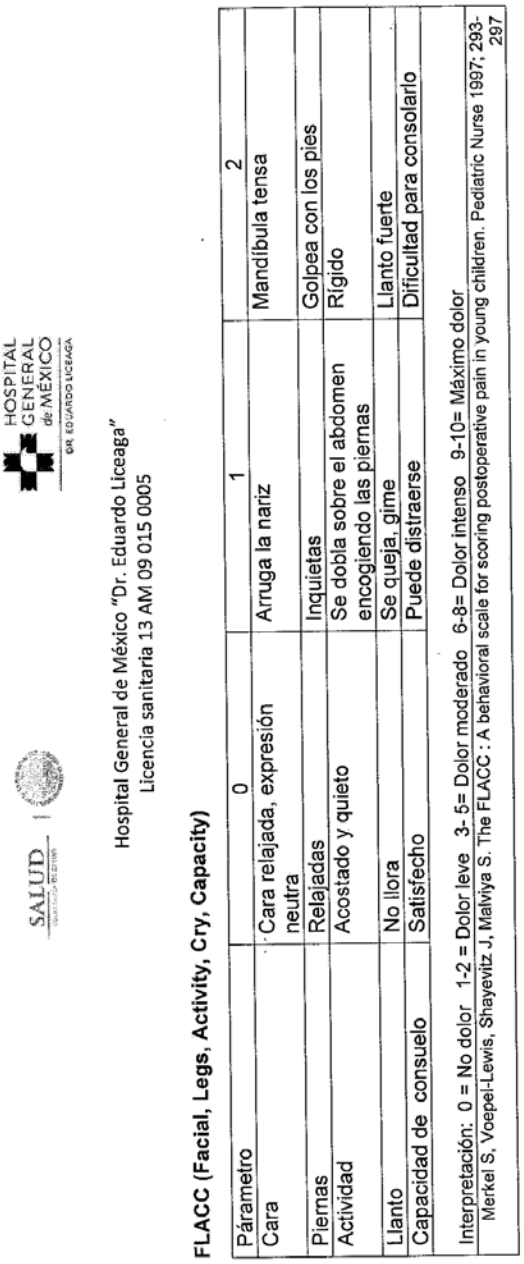
Escala de Evaluación de Dolor de Campbell

Párametro	0	1	2
Musculatura facial	Relajado	Tensión, ceño fruncido, mueca de dolor	
Tranquilidad	Relajado, movimientos normales	Inquietud	
Tono muscular	Normal	Aumentado, flexión de manos y de pies	Rígido
Respuesta verbal	Normal	Quejas, llanto, gruñidos ocasionales	Quejas, llanto, gruñidos frecuentes
Confortabilidad	Tranquilo	Se tranquiliza con la voz y/o tacto	Difícil confortar

Interpretación: 0= No dolor 1 – 3 = Dolor leve a moderado 4-6 = dolor moderado a severo >6 = muy intenso

Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care. 2004;16: 59-64.

10.10 FLACC (Facial, Legs, Activity, Cry, Capacity).



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
Licencia sanitaria 13 AM 09 015 0005

FLACC (Facial, Legs, Activity, Cry, Capacity)

Parámetro	0	1	2
Cara	Cara relajada, expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

Interpretación: 0 = No dolor 1-2 = Dolor leve 3- 5= Dolor moderado 6-8= Dolor intenso 9-10= Máximo dolor

Merkel S, Voepel-Lewis, Shayevitz J, Malviya S. The FLACC : A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurse 1997; 293-297

43. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO QUIRURGICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el procedimiento administrativo para la supervisión de los servicios médico-quirúrgicos dependientes de la Dirección General Adjunta Médica del Hospital con el fin de hacer una evaluación de los mismos de manera homogénea e implementar medidas preventivas y correctivas de acuerdo a los resultados obtenidos y mejorar la atención médica del paciente que solicita los servicios, así como para que los Subdirectores de área cuenten con una herramienta que permita conocer, asegurar y desarrollar las supervisiones de manera efectiva, funcionales y apegada al marco normativo.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, Dirección Quirúrgica, Dirección Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Subdirecciones Médica y Quirúrgica supervisan y valoran la atención a los usuarios de los Servicios dependientes de estas Direcciones.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica en conjunto con las Direcciones de Área serán las responsables de difundir y vigilar que se cumpla el procedimiento.

3.2 Las Subdirecciones de Área serán las responsables de elaborar un calendario anual de programación de visitas aleatorias a los servicios, en apego a la guía de supervisión de unidades médicas y de presentarla a la Dirección Quirúrgica para su aprobación y firma. Las visitas a los Servicios deberán ser por lo menos una vez al mes, sin conocimiento a los Jefes de Servicio acerca de las fechas de visita.

3.3 Las Subdirecciones de Área serán las responsables de supervisar y aplicar la cédula mensual de evaluación cualitativa y cuantitativa, aprobada por la Dirección General Adjunta Médica que soporta el cumplimiento del programa de supervisión de los servicios y de enviarla a la Dirección de Área para su conocimiento, análisis y recomendaciones de mejora.

3.4 Las Direcciones de Área, con base al resultado de evaluación de la cédula de supervisión, será responsable de implementar medidas y acciones preventivas y correctivas, así como recomendaciones a los servicios cuando se detecten desviaciones críticas a los procesos, mismas que se clasificarán como urgentes y requerirán su aplicación inmediata.

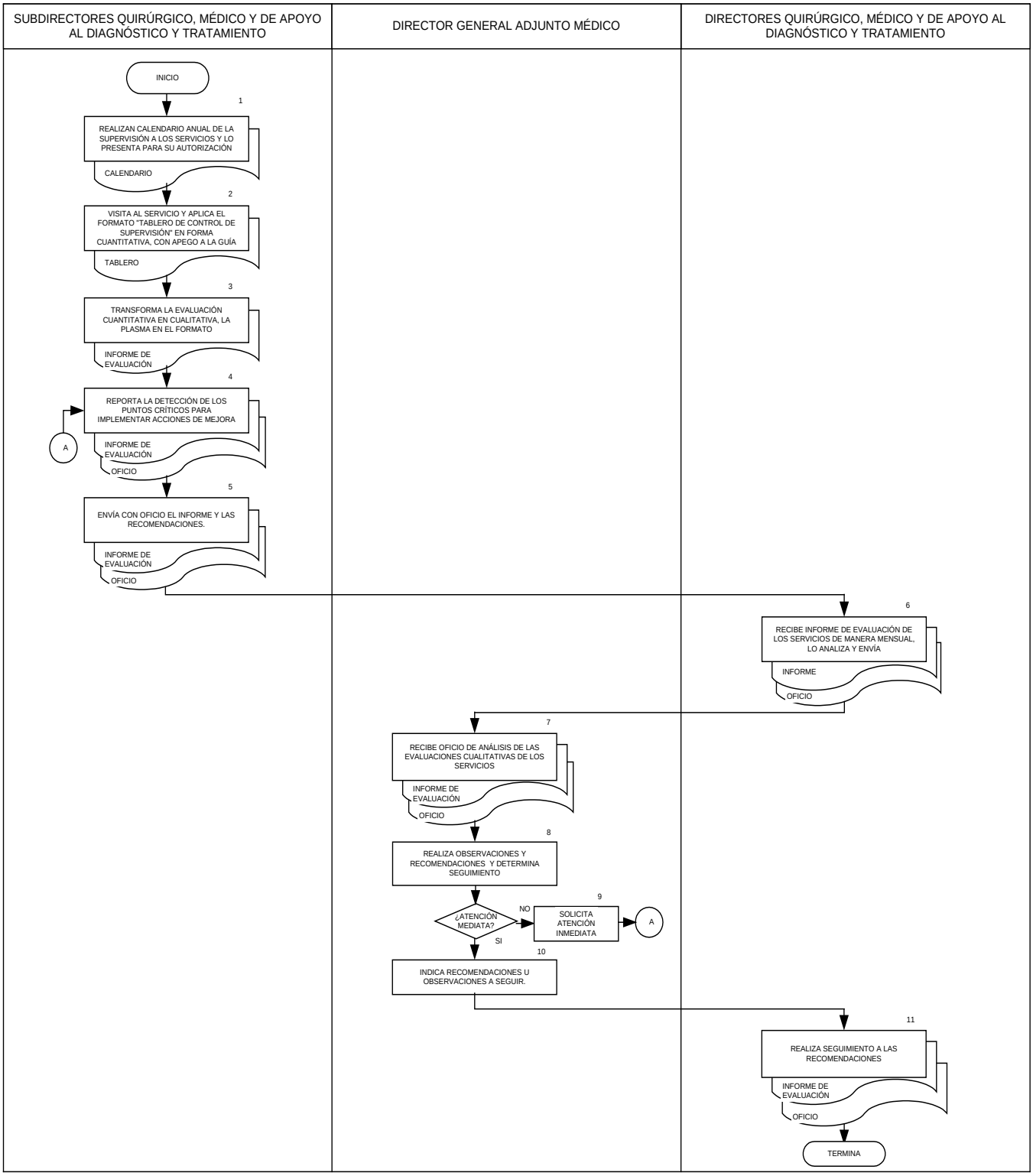
3.5 La Dirección de Área correspondiente es responsable de verificar que todas las actividades de supervisión de servicios se encuentren en evaluación permanente.

3.6 La Dirección de Área es responsable de verificar que todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales se apeguen al Código de Ética de los Trabajadores del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	1	Realizan calendario anual de la supervisión a los Servicios y lo presenta a la Dirección Quirúrgica para su autorización y firma.	• Calendario de supervisión
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2	En base al calendario anual, visita el Servicio y aplica el formato “tablero de control de revisión de las unidades médico - quirúrgicas” en forma cuantitativa, con apego a la guía de llenado correspondiente. Puede ser de manera manual o automatizada.	• Tablero
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	3	Califica, transforma la evaluación cuantitativa en evaluación cualitativa, la plasma en el formato “Informe de Evaluación de los servicios”.	• Informe de evaluación
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	4	Reporta acerca de la detección de los puntos críticos en los servicios a su cargo para implementar acciones de mejora consideradas como inmediatas.	• Informe de evaluación
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5	Envía con oficio el informe y las recomendaciones a la Dirección de Área correspondiente.	• Oficio • Informe
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	6	Recibe el informe de evaluación de los servicios de manera mensual, lo analiza y los envía con oficio a la Dirección General Adjunta Médica.	• Informe de evaluación • Oficio
Director General Adjunto Médico	7 8 9 10	Recibe oficio de análisis de las evaluaciones cualitativas de los Servicios. Realiza observaciones y recomendaciones a las Direcciones de Área como resultado del análisis realizado y determina seguimiento de las recomendaciones. ¿La recomendación es mediata? NO: Solicita a las Direcciones de Área atención inmediata y regresa a la actividad 4. Si: Indica a las Direcciones de Área las recomendaciones u observaciones a seguir.	• Informe de evaluación • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	11	Realiza seguimiento a las recomendaciones de la Dirección General Adjunta Médica. **TERMINA**	• Informe de evaluación • Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios de Recomendaciones	5 años	Dirección Médica	No aplica
7.2 Cédulas	2 años	Dirección Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Análisis.- Del griego analyo=desatar. Individualización y estudio de las partes de un sistema con vistas a profundizar el conocimiento de éste y establecer la posición y funciones de aquéllas en el mismo.
8.2 Área Médica.- Espacio físico donde se han de realizar actividades relacionadas con la cirugía.
8.3 Calendario.- Sistema de medición del tiempo según fenómenos astronómicos de carácter cíclico.
8.4 Calendarización.- Efectuar las actividades de manera programada en base al calendario.
8.5 Cedula.- Documento en que se reconoce una deuda u otra obligación. Certificado.
8.6 Guía.- Aquello que dirige o encamina. Tratado en que se dan preceptos para encaminar o dirigir en cosas, ya espirituales o abstractas, ya puramente mecánicas. Lista impresa de datos o noticias referentes a determinada materia.
8.7 Orientar.- Disponer algo en determinada dirección. Fijar la posición de un objeto con respecto a algo. Dar instrucciones a uno sobre un asunto o negocio para que sepa desenvolverse en él. Conducir algo a determinado fin.
8.8 Servicios o Unidades Médicas.- Áreas médicas de especialidades adscritas a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
8.9 Supervisar.- Verificar lo que ya ha sido visto, reconocido o inspeccionado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Calendario Anual de Supervisión de los Servicios.
10.2 Formato “Tablero de control de revisión de las unidades médico-quirúrgicas”
10.3 Informe de Evaluación de los Servicios.

10.1 Calendario Anual de Supervisión de los Servicios.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD — HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

CALENDARIO ANUAL DE SUPERVISION DE SERVICIOS 2014

DIA/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	FESTIVO	101A	404A	307A	FESTIVO	SABADO	305A	304B	DOMINGO	304B	307A	DOMINGO
2	203A	SABADO	SABADO	203B	305B	DOMINGO	104C	404A	105A	306A	SABADO	403A
3	101A	DOMINGO	DOMINGO	101A	203A	304A	112A	SABADO	403A	203B	DOMINGO	404A
4	203B	FESTIVO	401A	305A	SABADO	303A	305A	DOMINGO	112A	401A	403A	401A
5	SABADO	104C	406A	111A	DOMINGO	105A	305B	112A	304A	SABADO	305B	304B
6	DOMINGO	303A	112A	SABADO	105A	305A	SABADO	203C	102A	DOMINGO	203C	111A
7	102A	105A	304B	DOMINGO	304B	102A	DOMINGO	305B	SABADO	403A	112A	SABADO
8	203C	304A	107A	203C	303A	SABADO	404A	101A	DOMINGO	106A	111A	DOMINGO
9	104C	SABADO	SABADO	303A	101A	DOMINGO	203B	303A	305B	307A	SABADO	406A
10	303A	DOMINGO	DOMINGO	105A	106A	104C	203C	SABADO	305A	203C	DOMINGO	101A
11	105A	203B	303A	305B	SABADO	306A	304B	DOMINGO	104C	107A	303A	303A
12	SABADO	102A	105A	404A	DOMINGO	106A	111A	105A	306A	SABADO	101A	105A
13	DOMINGO	203C	304A	SABADO	102A	307A	SABADO	304A	307A	DOMINGO	406A	304A
14	304A	106A	106A	DOMINGO	305A	203C	DOMINGO	102A	SABADO	203A	203A	SABADO
15	106A	306A	101A	102A	104C	SABADO	303A	305A	DOMINGO	404A	106A	DOMINGO
16	304B	SABADO	SABADO	203A	306A	DOMINGO	101A	111A	FESTIVO	112A	SABADO	102A
17	107A	DOMINGO	DOMINGO	401A	403A	305B	307A	SABADO	304B	406A	DOMINGO	305A
18	305A	107A	FESTIVO	112A	SABADO	203B	105A	DOMINGO	107A	101A	FESTIVO	104C
19	SABADO	305A	305B	306A	DOMINGO	404A	304A	104C	203A	SABADO	105A	306A
20	DOMINGO	111A	102A	SABADO	304A	112A	SABADO	106A	203A	DOMINGO	304A	106A
21	111A	305B	306A	DOMINGO	307A	107A	DOMINGO	307A	SABADO	303A	102A	SABADO
22	306A	112A	111A	106A	203C	SABADO	107A	203A	DOMINGO	105A	305A	DOMINGO
23	305B	SABADO	SABADO	304A	107A	DOMINGO	203A	107A	111A	304A	SABADO	307A
24	112A	DOMINGO	DOMINGO	104C	203B	406A	306A	SABADO	101A	111A	DOMINGO	203C
25	307A	203A	104C	403A	SABADO	101A	106A	DOMINGO	106A	102A	203B	FESTIVO
26	SABADO	307A	305A	304B	DOMINGO	403A	102A	406A	303A	SABADO	104C	112A
27	DOMINGO	304B	403A	SABADO	404A	111A	SABADO	403A	203C	DOMINGO	306A	107A
28	403A	403A	FESTIVO	DOMINGO	112A	304A	DOMINGO	306A	SABADO	305A	404A	SABADO
29	404A		FESTIVO	107A	111A	SABADO	401A	106A	DOMINGO	104C	107A	DOMINGO
30	406A		SABADO	406A	406A	DOMINGO	406A	401A	406A	203A	SABADO	305B
31	401A		DOMINGO		401A		403A	SABADO		305B		203B

ELABORO	REVISO Y AUTORIZO
DR. FELIPE SANDOVAL MAGALLANES	DR. JULIO CESAR ZAVALA CASTILLO
SUBDIRECTOR QUIRURGICO B	DIRECTOR QUIRURGICO

F1 PDGAM-07

10.2 Formato "Tablero de control de revisión de las unidades médico-quirúrgicas"

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MEDICA

TABLERO DE CONTROL DE REVISIÓN DE UNIDADES MEDICO QUIRURGICAS 2

UNIDAD

JEFE DE SERVICIO: **SUBDIRECTOR**

			CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ESTRUCTURA	RECURSOS HUMANOS		MISION / VISION / VALORES												
			ASISTENCIA / PERMANENCIA												
			PLANTILLAS												
			ONAL ADMINISTRATIVO/INTENDENCIA												
	INST. FISICAS		LIMPIEZA SALAS MEDICAS												
			BAÑOS												
	EQUIPO Y MOBILIARIO	BASICO	BANCAS												
			CAMA, COLCHON, BURO												
			CAMILLAS												
			SILLA DE RUEDAS												
			ESCRITORIO - SILLAS												
			DIVISION ENTRE PACIENTES												
			BAUMANOMETROS												
			ESTETOSCOPIO												
			BARANDALES EN CAMAS												
		ESPECIAL	TOMA DE OXIGENO (QX)												
			ROJO (CANTIDAD Y CUMPLIMIENTO)												
			MONITORES (QX, TERAPIA)												
			VENTILADORES (QX TERAPIA)												
			CUBADORAS (TOCOQX, NEONATO)												
			TOCOCARDIOGRAFOS GINECO)												
			MAQUINAS DE ANESTESIA (QX)												
			MESA DE QUIROFANO												
			NSTRUMENTAL QUIRURGICO (QX)												
			DE EXPLORACION (SALA CURACIONES)												
			SUBTOTAL												

NO APLICA: NA | CRITICO: 1 | REGULAI 2 | BUENO: 3 | EXCELENTE: 4

F2 PDGAM-07

SALUD SECRETARÍA DE SALUD — HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

	CONCEPTO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PROCESOS	ADMISION - INGRESOS- EGRESOS	TIEMPO DE ASISTENCIA HOSPITALARIA												
	AGENDA DE CITAS PROGRAM	TOTAL DE CONSULTAS ATENDIDAS												
	ABASTO POA	RESGUARDO DE PERTENENCIAS PACIENTE												
	VISITA FAMILIAR	TIEMPO DE ESPERA EN EGRESOS												
	R.P.B.I. (OBSERVA CIONES)	APEGO A NOM 004 SSA3 2012												
	MTTO PREVENTI VO Y	EQUIPO DESCOMPUESTO												
	PROTECCI ON CIVIL (EVENTOS)	EVENTOS DE RIESGO												
	CALENDA RIO DE LIMPIEZA	CUMPLIMIENTO A CALENDARIOS												
	ENLACE DE TURNO ENTRE MEDICOS ENFERMERAS													
RESULTADOS	EGRESOS EN EL MES													
	PORCENTAJE DE OCUPACION													
	TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES		4											
	PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA													
	TIEMPO DE ESPERA													
	COMITES / SUBCOMITE													
	QUEJAS, INCONFORMIDADES Y AGRADECIMIENTOS													
	SUBTOTAL													
	PUNTOS TOTALES													
	CALIFICACION FINAL (LETRA)													
	FIRMA DEL SUBDIRECTOR													

NO AP	NA	CRITICO	1			REGULAI	2			BUENO:	3		EXCELENTE:	4

F2 PDGAM-07

10.3 Informe de Evaluación de los Servicios.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

DIRECCION QUIRURGICA

INFORME DE EVALUACION DE SERVICIOS

MES: _____

SERVICIO	CALIFICACION	OBSERVACIONES

F3PDGAM-07

44.- PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y COORDINACIÓN DE LAS CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARIAS DE EXCELENCIA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo administrativo para realizar de manera adecuada la instalación y coordinación de las clínicas multidisciplinarias de excelencia, con la finalidad de incrementar la calidad en la atención médica en los pacientes del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y proceder a un nuevo concepto de organización en los servicios médico-asistenciales.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento participan en la valoración y aprobación de las Clínicas, la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos aprueba los manuales de procedimientos de las mismas y los Médicos de Base de las diversas especialidades integran las clínicas que corresponden.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica en coordinación con las Direcciones del Área Médica serán responsables de supervisar el presente Procedimiento y verificar que se lleve a cabo correctamente.

3.2 La Direcciones y Subdirecciones del Área Médica, en coordinación con los Jefes de Servicio, serán los responsables de detectar, en base a la transición epidemiológica, la necesidad de crear clínicas específicas de atención multidisciplinaria de excelencia, basados en la morbilidad que se genera en el anuario estadístico y que requieran tecnología de vanguardia, con la finalidad de mejorar el proceso de atención médica especializada.

3.3 Las Direcciones de Área Médica son responsable de orientar la instalación de las Clínicas Multidisciplinarias de excelencia en los Servicios Médicos, así como en la elaboración de los Manuales de Procedimientos pertinentes y la firma del Acta Constitutiva, en los cuales se especificarán las funciones y los nombres de los coordinadores de las mismas, con quienes estarán en comunicación periódica para verificar el correcto funcionamiento y el desempeño de las clínicas.

3.4 Es responsabilidad de los Médicos Coordinadores de las Clínicas Multidisciplinarias de Excelencia promover el cumplimiento de metas, así como fungir como intermediarios entre las clínicas y las Direcciones de Área Médica y de establecer los lineamientos de selección de médicos integrantes de las clínicas, coordinar las reuniones periódicas establecidas en el calendario anual de sesiones y de actualizar el Acta Constitutiva cada 2 años y/o cuando existan cambios en los integrantes, nombre u objetivos de las mismas.

3.5 El Médico Coordinador de las Clínicas Multidisciplinarias de Excelencia será responsable de solicitar y presentar a la Dirección de Área correspondiente el estudio de costo-beneficio que justifique la inversión y desarrollo de las Clínica.

3.6 Los Médicos integrantes de las Clínicas Multidisciplinarias de Excelencia serán responsables de participar activamente en las reuniones convocadas para el estudio de casos, de acuerdo a su experiencia acerca del tratamiento de los mismos, los cuales se deben apegar a las Guías de Práctica Clínica existentes.

3.7 Las Direcciones de Área Médica serán responsables de solicitar, recibir y enviar el informe trimestral de actividades cuantitativas y relevantes de las Clínicas Multidisciplinarias a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.

3.8 La Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos será responsable de recibir los informes trimestrales de las Clínicas Multidisciplinarias de Excelencia e integrarlos para presentarlos en las Juntas de Gobierno.

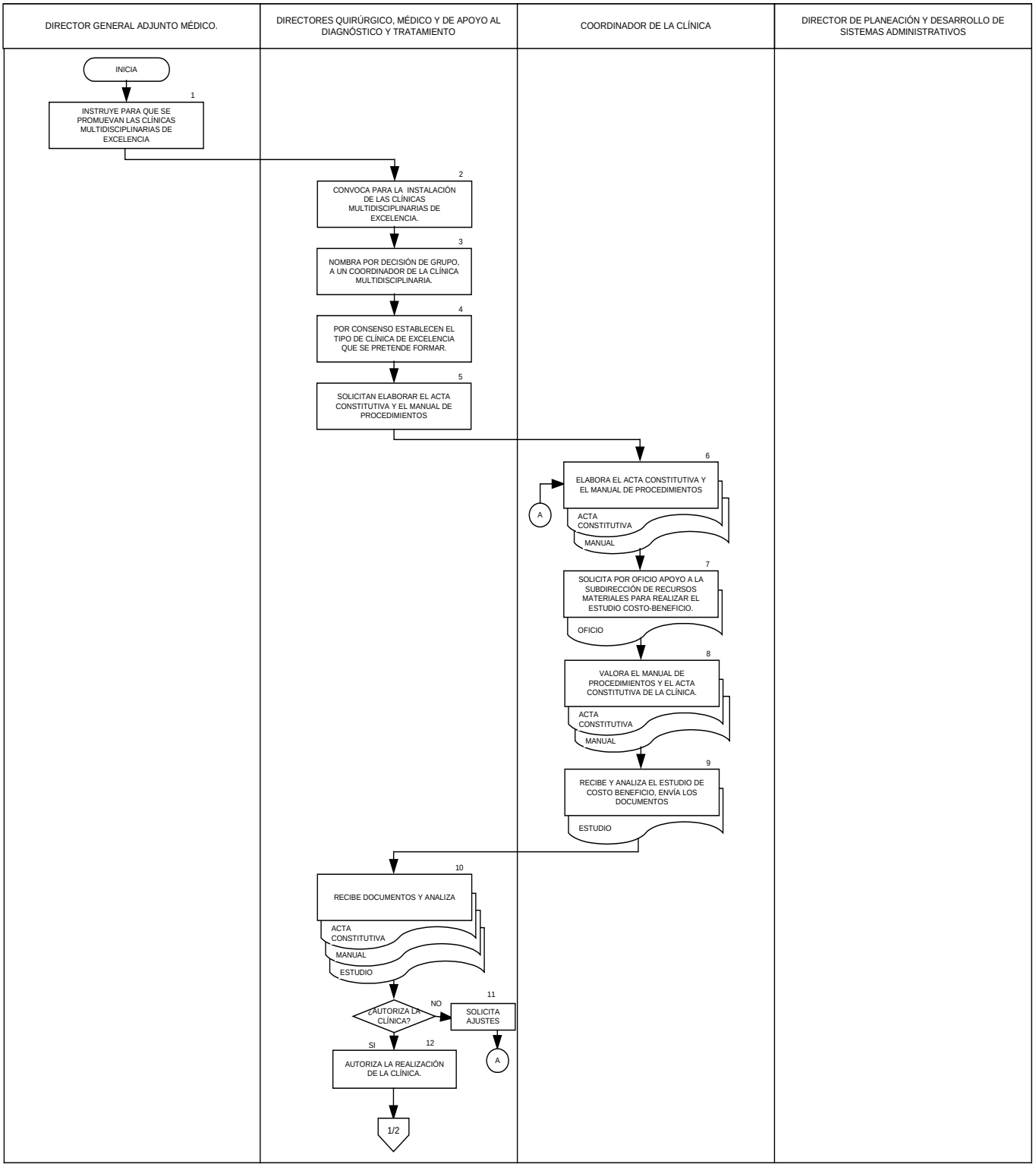
3.9 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y el Decálogo del Código de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

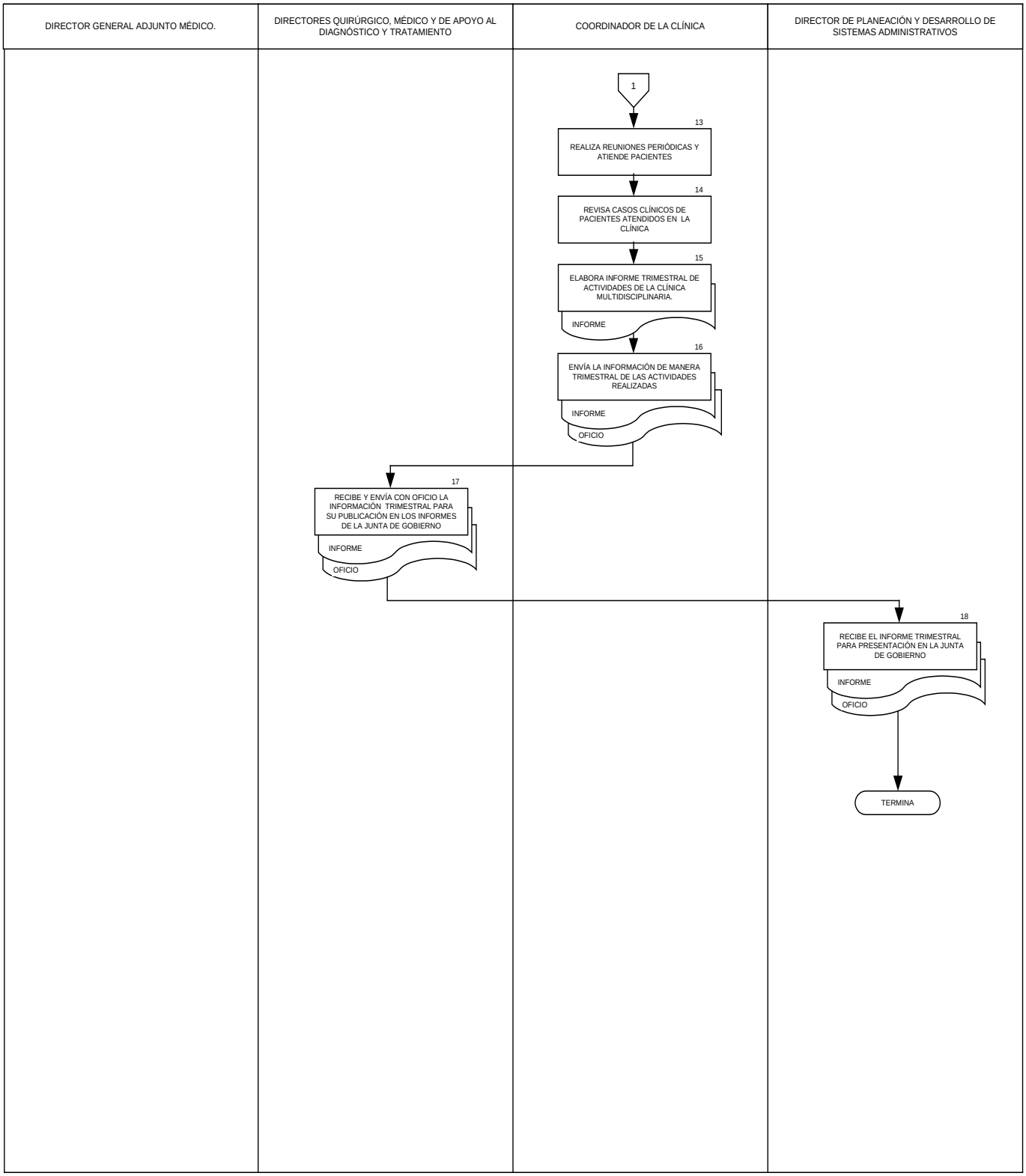
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico.	1	Instruye verbalmente a las Direcciones de Área para que se promuevan las Clínicas Multidisciplinarias de excelencia en los servicios a su cargo.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2	Convocan a los Jefes de Servicio y Médicos de Base de las diferentes especialidades y les explican acerca de los objetivos, procedimientos y forma de instalación de las Clínicas Multidisciplinarias de Excelencia.	
	3	Nombran por decisión de grupo, a un Coordinador de la Clínica Multidisciplinaria.	
	4	Por consenso y de acuerdo a la morbilidad publicada en los anuarios estadísticos previos, establecen el tipo de Clínica de Excelencia que se pretende formar.	
	5	Solicita al Coordinador de la Clínica se reúna con los integrantes para elaborar el Acta Constitutiva y el Manual de Procedimientos correspondiente.	
Coordinador de la Clínica	6	Convoca y se reúne con los integrantes de la clínica, elabora el Acta Constitutiva y el Manual de Procedimientos correspondiente, con apego al Manual de la Dirección General Adjunta Médica, procedimiento 2.- “Para la elaboración y actualización de Manuales de Organización y Procedimientos”, actividades 4 a la 10.	• Acta Constitutiva • Manual de procedimientos • Oficio
	7	Solicita por oficio apoyo a la Subdirección de Recursos Materiales para realizar el estudio costo-beneficio.	
Coordinador de la Clínica	8	Valora el Manual de procedimientos y el Acta Constitutiva de la Clínica.	• Acta Constitutiva • Manual de procedimientos • Estudio costo-beneficio
	9	Recibe y analiza el estudio de costo beneficio, envía los documentos a la Dirección de Área correspondiente.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	10	Recibe documentos y analiza en conjunto con el coordinador de clínica y determina factibilidad. ¿Autorización de la clínica?	• Acta Constitutiva • Manual de procedimientos • Estudio costo-beneficio
	11	No: Solicita ajustes y regresa a la actividad 6.	
	12	Si: Autoriza la realización de la Clínica e instruye al Coordinador de la clínica para continuar su funcionamiento.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Coordinador de la Clínica	13	Realiza reuniones periódicas de acuerdo al calendario anual y atiende pacientes en la Clínica Multidisciplinaria de excelencia.	• Informe
	14	Revisa casos clínicos de pacientes atendidos en las Clínicas Multidisciplinarias.	
	15	Elabora informe trimestral de actividades de la clínica multidisciplinaria.	
Coordinador de la Clínica	16	Envía con oficio a la Dirección Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento la información de manera trimestral de las actividades realizadas en las Clínicas Multidisciplinarias de excelencia.	• Informe • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	17	Recibe y envía con oficio la información trimestral a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos para su publicación en los informes de la Junta de Gobierno.	• Oficio • Informe
Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	18	Recibe el informe trimestral para su integración para presentación en las Juntas de Gobierno. **TERMINA**	• Oficio • Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO.
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINADOR DE LA CLÍNICA
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
1
13
REALIZA REUNIONES PERIÓDICAS Y ATIENDE PACIENTES
14
REVISA CASOS CLÍNICOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
15
ELABORA INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA.
INFORME
16
ENVÍA LA INFORMACIÓN DE MANERA TRIMESTRAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
INFORME
OFICIO
17
RECIBE Y ENVÍA CON OFICIO LA INFORMACIÓN TRIMESTRAL PARA SU PUBLICACIÓN EN LOS INFORMES DE LA JUNTA DE GOBIERNO
INFORME
OFICIO
18
RECIBE EL INFORME TRIMESTRAL PARA PRESENTACIÓN EN LA JUNTA DE GOBIERNO
INFORME
OFICIO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.4 Código de Bioética vigente en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	5 años.	Dirección General Adjunta Médica	No aplica
7.2 Informe trimestral de Clínicas	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actualizar.- Poner al día o modernizar una cosa.
8.2 Autorización.- Documento firmado por una persona que accede a tener o hacer algo.
8.3 Coordinación.- Disponer cosas metódicamente. Reunir esfuerzos para un objetivo común.
8.4 Elaborar.- Transformar en producto una materia prima. Crear una estructura intelectual compleja.
8.5 Estudio o Análisis Costo-Beneficio.- Para la DGPLADES de la Secretaría de Salud, la técnica de Análisis de Costo/Beneficio, tiene como objetivo fundamental proporcionar una medida de la rentabilidad de un proyecto, mediante la comparación de los costos previstos con los beneficios esperados en la realización del mismo. Esta técnica se debe utilizar al comparar proyectos para la toma de decisiones. Permite definir la factibilidad de las alternativas planteadas o de un proyecto antes de ser desarrollado. La utilidad de la presente técnica es la siguiente:

- Valorar la necesidad y oportunidad de la realización de un proyecto.
- Seleccionar la alternativa más beneficiosa de un proyecto.
- Estimar adecuadamente los recursos económicos necesarios, en el plazo de realización de un proyecto.

8.6 Guías Técnica para la Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.- Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de sus Propuestas de Elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos.
8.7 Lineamientos.- Conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo una política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.
8.8 Manual.- Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
8.9 Procedimiento.- Sucesión cronológica de operaciones relacionadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

45. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

1. PROPÓSITO

1.1 Simplificar la elaboración de la documentación de los proyectos de mejora continua, en cumplimiento al Programa de Mejora Continua, como parte de la Cruzada Nacional por la Calidad, como una estrategia del Programa Nacional de Salud.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General, la Dirección General Adjunta Médica, las Direcciones Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento participan en la integración y aprobación de los proyectos de mejora de la calidad de los Servicios del Hospital.

2.2 A nivel externo, este procedimiento tienen alcance a la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospital de Referencia.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección y las Subdirecciones de Área en conjunto con los Jefes de Servicio, serán los responsables de supervisar el presente procedimiento para la documentación de los procesos de mejora del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D., además de difundirlo a todo el personal involucrado en las áreas a su cargo.

3.2 Los Jefes de Servicio y el personal asignado al mismo serán los encargados de identificar los procesos que requieren ser considerados para ingresar al Programa de Mejora Continua.

3.3 Una vez identificado e inscrito el proceso a mejorar, será responsabilidad de la Dirección y las Subdirecciones de Área, así como de las Jefaturas de los Servicios, la supervisión, medición y compromiso de cumplir con la mejora establecida, a través del reporte de indicadores establecidos.

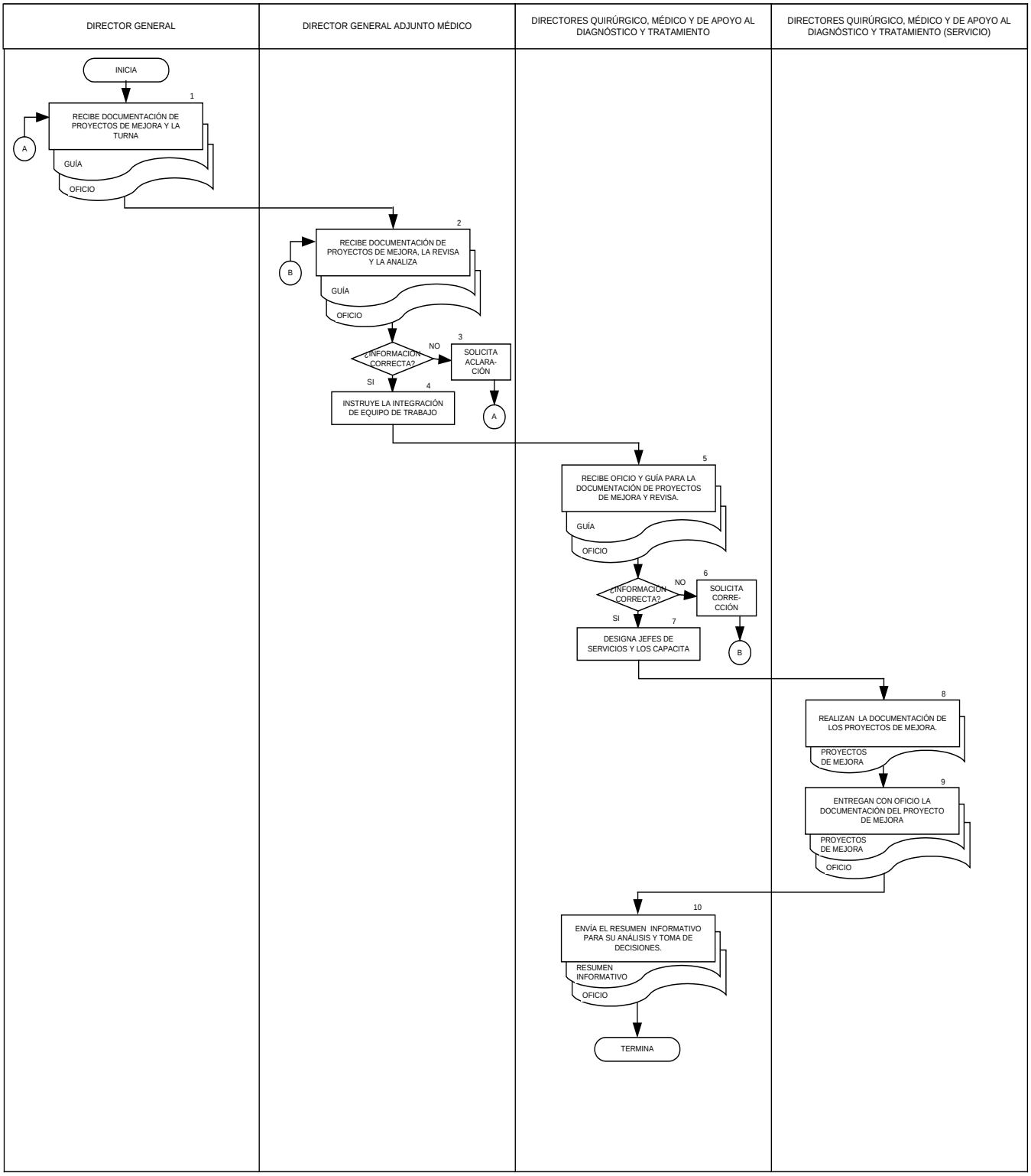
3.4 El incumplimiento del Procedimiento será observado y sancionado por la Dirección General Adjunta Médica de acuerdo al reglamento del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

3.5. Todas las actividades relacionadas con la atención médica que conlleven relaciones interpersonales de cualquier tipo, deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética vigente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General	1	Recibe oficio con guía para la documentación de proyectos de mejora de la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia y la turna a la Dirección General Adjunta Médica.	• Guía • Oficio
Director General Adjunto Médico	2 3 4	Recibe oficio con Guía para la documentación de proyectos de mejora, la revisa y la analiza en conjunto con las Direcciones de Área. ¿La información es correcta? No: Solicita aclaración y regresa a la actividad 1. Si: Envía con oficio la Guía a las Direcciones de Área e instruye verbalmente a las mismas para la integración de equipo de trabajo que se encargará de realizar la documentación y elaboración del Proyecto.	• Guía • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	5 6 7	Recibe oficio y guía para la documentación de proyectos de mejora y revisa. ¿La información es correcta? No: Solicita corrección y regresa a la actividad 2. Si: Establece y designa, junto con la Dirección General Adjunta Médica, a un grupo de Jefes de Servicios y los capacita mediante una guía escrita.	• Guía • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio)	8	Elaboran la documentación requerida para los proyectos de mejora.	• Proyectos de mejora
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio)	9	Entregan con oficio la documentación correspondiente del proyecto de mejora validado por el Jefe de Servicio a la Dirección de Área.	• Proyecto de Mejora • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	10	Envía con oficio el resumen informativo a la Dirección General Adjunta Médica para su conocimiento, análisis y toma de decisiones. **TERMINA**	• Resumen informativo • Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.3 Guía para la documentación de Procesos de Mejora.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de Proyectos de Mejora	5 años	Dirección Médica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Atención.- Momento activo de la percepción, caracterizado por una restricción del campo de la conciencia, la cual en su totalidad se concentra en un estímulo determinado. Acto de cortesía y respeto.

8.2 Calidad.- Lo que tiene más valor o está más alto. Idoneidad para desempeñar un cargo.

8.3 Capacitar.- Facultad. Dar poder a alguien para hacer algo.

8.4 Cédula.- Documento en que se reconoce una deuda u otra obligación. Certificado.

8.5 Designar.- Señalar, denominar, nombrar.

8.6 Responsabilidad.- Obligación de responder de los actos propios o de otro.

8.7 Resumen.- Síntesis de un tema o asunto.

8.8 Revisar.- Hacer un segundo examen de una cosa, generalmente para corregirla. Ver algo con detenimiento y cuidado.

8.9 Servicios o Unidades Médicas.- Áreas médicas de especialidades adscritas a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

8.10 Supervisar.- Verificar lo que ya ha sido visto, reconocido o inspeccionado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica.

46. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN ESTADO DE COMA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico involucrado en la atención de los pacientes que se encuentran en estado de coma, secundario a hipoxia, hipoglucemia, sustancias depresoras de la función neurológica (aquéllas producto de mal función de un órgano, como ocurre en la insuficiencia hepática, renal, etc.) o con efectos de fármacos depresores (barbitúricos) o tóxicos exógenos, con la finalidad de estandarizar el tratamiento médico-quirúrgico, brindando una atención médica de calidad que garantice la seguridad del paciente que acude a solicitar los servicios al Hospital General de México."Dr. Eduardo Liceaga".

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, supervisa la correcta ejecución del procedimiento, las Direcciones de Área coordinan que se lleve a cabo adecuadamente el procedimiento, las Subdirecciones de Área coordinan las actividades, las Jefaturas de Servicio atienden pacientes en estado de coma (Neurología y Neurocirugía, Urgencias Adultos, Gineco Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General) observan y ejecutan el procedimiento, el personal de Enfermería realiza las actividades e indicaciones que proporcionan los médicos del Servicio, la Clínica de Tanatología proporciona el apoyo necesario a los familiares para la etapa de duelo y sensibilización de los familiares con pacientes en estado de coma, el personal de Trabajo Social coadyuva en las actividades inherentes al Departamento, así como a todo el personal médico y paramédico de los Servicios Médico- Quirúrgicos que atienden a los pacientes identificados en el presente procedimiento como pacientes en estado de coma.

2.2 Este procedimiento tiene alcance a nivel externo para los hospitales e Instituciones de la Red Federal de Hospitales que envíen a sus pacientes con diagnóstico de coma para su tratamiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica, en conjunto con las Direcciones y Subdirecciones de Área coordinar las actividades necesarias para la atención de los pacientes diagnosticados en coma cerebral por cualquier etiología, además de proporcionar los insumos necesarios para la misma.

3.2 Es responsabilidad del Personal de Salud explorar, diagnosticar y reconocer a los pacientes que se encuentran en estado de coma cerebral de cualquier etiología.

3.3 La Jefatura de Servicio de Neurología será responsable de coordinar las sesiones de revisión clínica todos los viernes de las 11:00 a las 12:00 hrs. en el Servicio, con la participación de neurólogos, neurocirujanos e intensivistas pertenecientes al mismo, en donde se revisarán los casos clínicos de los pacientes hospitalizados, enfatizando la estandarización de tratamiento médico quirúrgico en los caso de pacientes en estado de coma, con apego a la normatividad institucional y a las Guías de Práctica Clínica publicadas por la Secretaría de Salud. Después de la sesión será responsable de difundir el dictamen consensado, acerca de la evolución y tratamiento, consignado en el expediente clínico y a través de la minuta correspondiente.

3.4 El Médico de Base de la Unidad de Terapia Intensiva del Servicio de Neurología y Neurocirugía será responsable de realizar la supervisión académica a los Médicos residentes de las especialidades de neurología, neurocirugía y médicos residentes rotantes de los diferentes Servicios del Hospital.

3.5 El personal de Enfermería será responsable de realizar las actividades inherentes al tratamiento indicado por el Médico de Base, de acuerdo al proceso enfermero.

3.6 El personal de Trabajo Social es responsable de otorgar atención al familiar responsable y de orientar acerca de los trámites a realizar cuando se requiera.

3.7 En caso de que el familiar lo solicite, el personal de la Clínica de Tanatología realizará el apoyo necesario para superar la etapa de duelo en los casos que su paciente se encuentre en estado de coma.

3.8 El incumplimiento de este procedimiento será sancionado por la Dirección General y de acuerdo a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente.

3.9 Todas las actividades que conlleven la realización de relaciones interpersonales se deberán apegar al Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital, con absoluto respeto a los derechos humanos del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

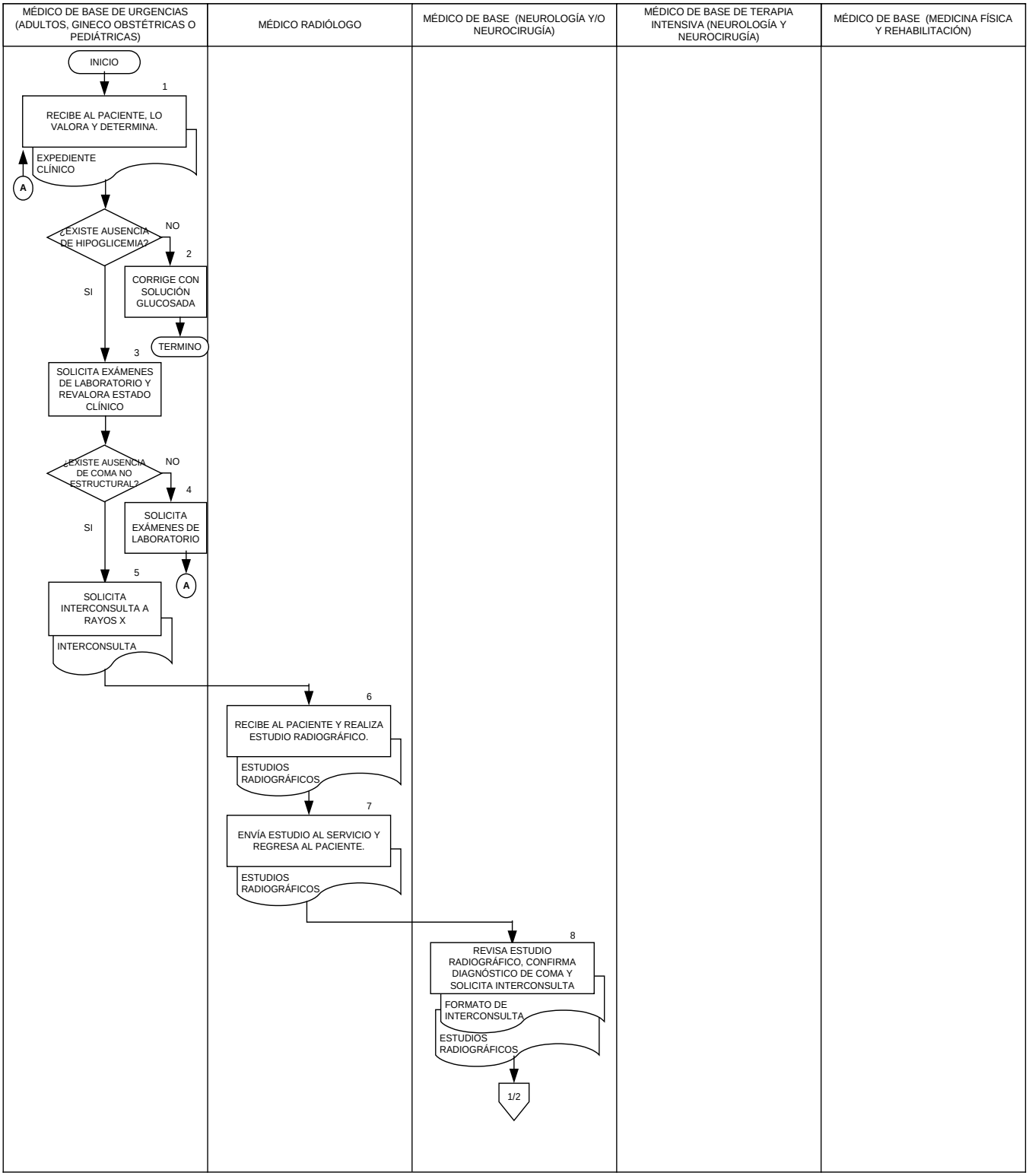
3.10 En casos específicos, los pacientes con diagnóstico de estado de coma referidos por otros Servicios del Hospital y/o Instituciones Federales serán atendidos de acuerdo a condiciones clínicas, que cumplan con criterios diagnósticos y a la disponibilidad de la infraestructura (Recursos materiales, humanos y técnicos del Hospital).

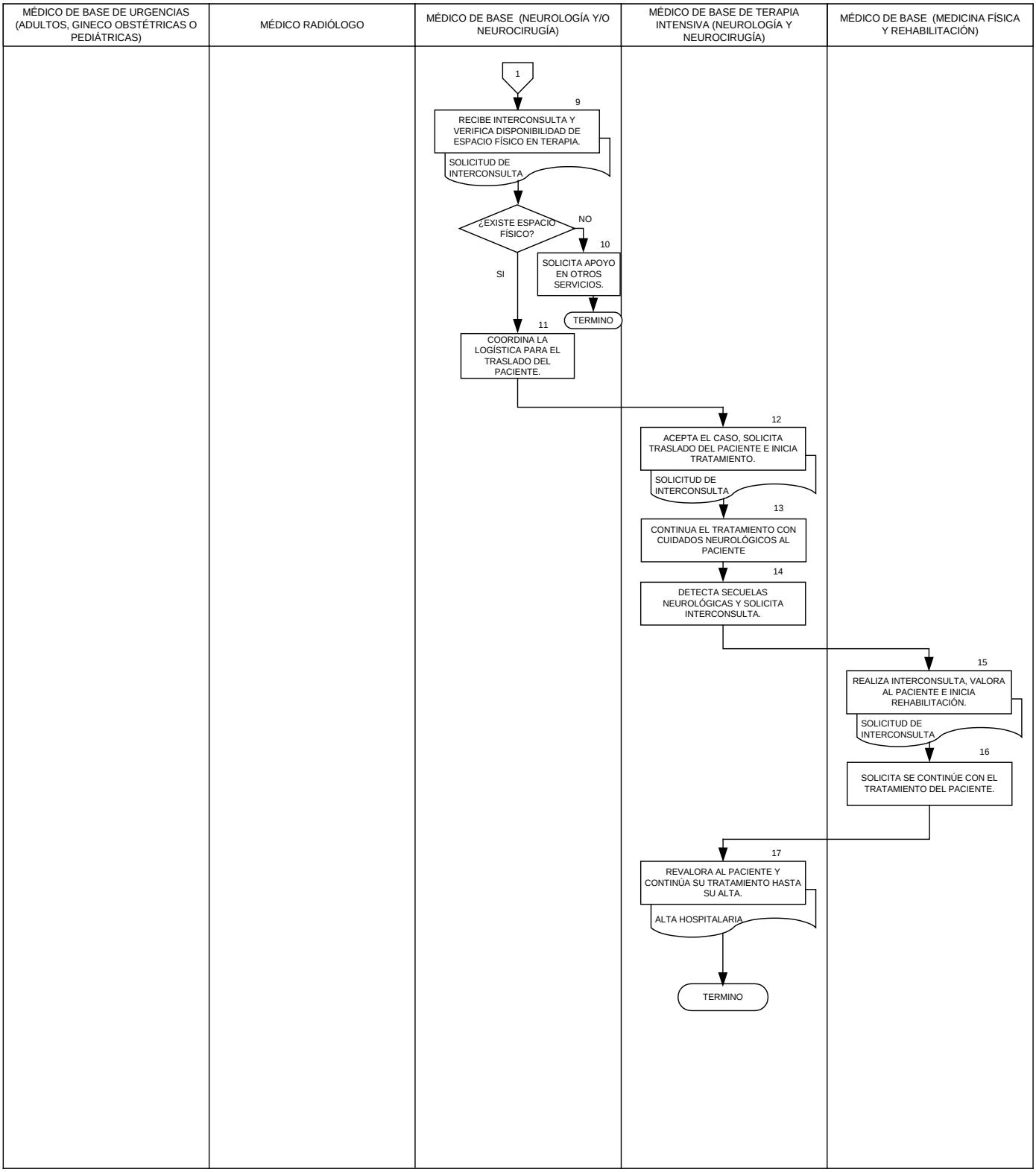
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base de Urgencias (Adultos, Gineco obstétricas o Pediátricas)	1	Recibe al paciente con probable diagnóstico de coma, lo valora clínicamente y determina ausencia de hipoglicemia o daño estructural visible. ¿Existe ausencia de hipoglicemia?	• Expediente clínico
	2	NO: Corrige con solución glucosada hipertónica valora periódicamente al paciente hasta su recuperación y termina el procedimiento.	
	3	SI: Solicita exámenes de laboratorio del paciente y revalora su estado clínico para determinar si existe ausencia de coma no estructural. ¿Existe ausencia de coma no estructural?	
	4	NO: Solicita exámenes de laboratorio para determinar la causa y regresa a la actividad 1.	
	5	SI: Solicita interconsulta a Rayos X para realizar tomografía computarizada y/o resonancia magnética y envía al paciente a estudio radiológico.	• Formato de interconsulta
Médico Radiólogo	6	Recibe al paciente y realiza estudio radiográfico (Tomografía Computarizada o Resonancia magnética) de cráneo.	• Estudios radiográficos
	7	Envía estudio por red local al Servicio y regresa al paciente al Servicio interconsultante.	
Médico de Base de Urgencias (Adultos, Gineco obstétricas o Pediátricas)	8	Recibe al paciente, revisa estudio radiográfico en sistema local de red, confirma diagnóstico de coma y solicita interconsulta al Servicio de Neurología y/o Neurocirugía.	• Formato de interconsulta • Estudios radiográficos
Médico de Base (Neurología y/o Neurocirugía)	9	Recibe solicitud de interconsulta, la realiza dentro de la 1 hora posterior a su recepción de acuerdo al procedimiento correspondiente y verifica disponibilidad de espacio físico en la Unidad de Terapia Intensiva de Neurología. ¿Existe espacio físico en Neurología y Neurocirugía?	• Formato de Interconsulta
	10	NO: Inicia tratamiento especifico en Urgencias, solicita apoyo al mismo y/u otros Servicios con apego al procedimiento correspondiente (Servicios periféricos) y termina el procedimiento.	
	11	SI: Coordina con el médico de la Unidad la logística para el traslado del paciente.	

Responsable	No. Act	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base de Terapia Intensiva (Neurología y Neurocirugía)	12 13 14	Acepta el caso, solicita traslado del paciente a la Unidad e inicia tratamiento específico multidisciplinario. Continua el tratamiento con cuidados neurológicos específicos al paciente. Detecta secuelas neurológicas y solicita interconsulta al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.	• Formato de Interconsulta
Médico de Base (Medicina Física y Rehabilitación)	15 16	Realiza interconsulta con apego al procedimiento correspondiente, valora al paciente e inicia y continua sesiones de rehabilitación de acuerdo a secuelas neurológicas detectadas. Solicita al médico de la Unidad de Terapia Intensiva que continúe con el tratamiento específico.	• Formato de Interconsulta
Médico de Base de Terapia Intensiva (Neurología y Neurocirugía)	17	Revalora al paciente y continúa tratamiento multidisciplinario hasta que esté en condiciones de ser dado de alta de la Unidad. **TERMINA**	• Formato de alta hospitalaria

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE DE URGENCIAS (ADULTOS, GINECO OBSTÉTRICAS O PEDIÁTRICAS)
MÉDICO RADIÓLOGO
MÉDICO DE BASE (NEUROLOGÍA Y/O NEUROCIRUGÍA)
MÉDICO DE BASE DE TERAPIA INTENSIVA (NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA)
MÉDICO DE BASE (MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN)
1
9
RECIBE INTERCONSULTA Y VERIFICA DISPONIBILIDAD DE ESPACIO FÍSICO EN TERAPIA.
SOLICITUD DE INTERCONSULTA
¿EXISTE ESPACIO FÍSICO?
NO
10
SOLICITA APOYO EN OTROS SERVICIOS.
TERMINO
SI
11
COORDINA LA LOGÍSTICA PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE.
12
ACEPTA EL CASO, SOLICITA TRASLADO DEL PACIENTE E INICIA TRATAMIENTO.
SOLICITUD DE INTERCONSULTA
13
CONTINUA EL TRATAMIENTO CON CUIDADOS NEUROLÓGICOS AL PACIENTE
14
DETECTA SECUELAS NEUROLÓGICAS Y SOLICITA INTERCONSULTA.
15
REALIZA INTERCONSULTA, VALORA AL PACIENTE E INICIA REHABILITACIÓN.
SOLICITUD DE INTERCONSULTA
16
SOLICITA SE CONTINÚE CON EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
17
REVALORA AL PACIENTE Y CONTINÚA SU TRATAMIENTO HASTA SU ALTA.
ALTA HOSPITALARIA
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Coma. Secretaría de Salud.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Coma: El paciente se encuentra “dormido”, carece de respuesta a cualquier estímulo y es incapaz de percibir o responder a las inducciones externas o a las necesidades internas. Éste es un estado de temporalidad limitada, esto es, siempre será un cuadro agudo, ya que si se perpetúan las condiciones que está generando el coma, al cabo de unas pocas semanas —alrededor de cuatro— se reinstaurarán los ciclos sueño-vigilia, con excepción de los casos en donde el coma hubiera sido inducido y mantenido por fármacos. El estado de coma se ha subclasificado en relación con su profundidad y gravedad en:

Coma superficial, en el que sólo hay respuesta a estímulos dolorosos profundos con movimiento de defensa y propositivos de las extremidades, pero el paciente siempre se mantiene dormido.

Coma profundo, en el que no hay respuesta a estímulos dolorosos ni reflejos; incluso se pierden los reflejos patológicos y el tono muscular.

8.2 Escala de Glasgow.- instrumento que ayudan a evaluar al paciente y cuyo uso se ha difundido por su sencillez, reproducibilidad y en algunos casos, su valor pronóstico.

	Respuesta	*Puntos*
Abertura ocular	Espontánea	4
	Al hablarle	3
	Al dolor	2
	Sin respuesta	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el estímulo	5
	Flexión anormal	3
	Respuesta extensora	2
	Sin respuesta	1
Respuesta verbal	Orientada	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Sin respuesta	1

Calificación	*Porcentaje de mortalidad*
3	80
4	46
5	46
6	26
7	4-6
8	6-13
9 a 14	5-7
15	2

8.3 Estupor: El sujeto se encuentra dormido, no atiende a estímulos triviales, pero suele despertar por medio de estímulos vigorosos y repetidos (dolor), retornando al estado inicial una vez que cesa el estímulo. La respuesta a las órdenes verbales es lenta e inadecuada y a veces ausente. Existen autores que entre la somnolencia y el estupor incluyen un estadio intermedio que han denominado sopor.

8.4 Somnolencia: Es el estado en el que el sujeto tiende a permanecer dormido, puede ser despertado con facilidad con cualquier estímulo sensorial o sensitivo; sin embargo, cuando éste cesa vuelve a dormirse, y así permanece hasta que se genere otro estímulo. Durante el tiempo que esté despierto puede atender adecuadamente órdenes sencillas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet. Ver anexo del Procedimiento 7
10.2 Recibo de pago. Ver anexo del Procedimiento 12
10.3 Formato de Interconsulta. Ver anexo del Procedimiento 6
10.4 Formato de alta hospitalaria. Ver anexo del Procedimiento 12
10.5 Estudios de Laboratorio.

10.5 Estudios de Laboratorio.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

INMUNOLOGIA I
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA
EDAD: 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO
NÚMERO DE EXPEDIENTE: 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
FECHA DE SOLICITUD: 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

AUTOINMUNIDAD	NEFELOMETRÍA	MANUALES
☑ 521-074 AC. ANTINUCLEARES INMUNOFLUORESCENCIA	☐ 521-024 FACTOR REUMATOIDE	☐ 521-034 V.D.R.L.
☐ 521-075 ANTICUERPOS CONTRA EL ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO (ANTI DNA)	☐ 521-015 ANTIESTREPTOLISINAS	☐ 521-069 REACCIONES FEBRILES
☐ 521-076 ANTICUERPOS ANTI SMITH (Sm)	☐ 521-031 PROTEÍNA C REACTIVA	☐ 521-076 PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA
☐ 521-077 ANTICUERPOS RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	☐ 521-025 INMUNOLOBULINA A	☐ 521-071 CITOLOGÍA NASAL
☐ 521-078 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLÁSMICOS SS-A(ro)	☐ 521-026 INMUNOLOBULINA G	☐ 522-041 ESPERMATOBIOSCOPÍA
☐ 521-079 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLÁSMICOS SS-B(la)	☐ 521-027 INMUNOLOBULINA M	
☐ 521-080 ANTICUERPO ANTI Scl 70(Scl-70)	☐ 521-060 IgE TOTAL	
☐ 521-081 ANTICUERPOS CONTRA LA HISTIDIL ARN SINTETASA (Jo-1)	☐ 521-018 C3 (COMPLEMENTO)	
☐ 521-082 ANTICARDIOLIPINAS IgG	☐ 521-019 C4 (COMPLEMENTO)	
☐ 521-083 ANTICARDIOLIPINAS IgM	☐ 521-072 BETA 2 MICROGLOBULINA	
☐ 521-084 ANTICARDIOLIPINAS IgA	☐ 521-061 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (KAPPA)	
☐ 521-085 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILO(P-anca MPO)	☐ 521-062 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (LAMDA)	
☐ 521-086 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILO(C-anca PR3)		

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

PARASITOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA
EDAD: 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO
NÚMERO DE EXPEDIENTE: 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
FECHA DE SOLICITUD: 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- ☑ **517-001 AMIBA EN FRASCO (PLATINA CALIENTE)**
- ☐ 517-003 COPROPARASITOSCÓPICO EN SERIE DE TRES
- ☐ 517-005 CITOLOGÍA DE MOCO FECAL
- ☐ 517-007 RASPADO PERIANAL (TECNICA DE GRAHAM)
- ☐ 517-020 INVESTIGACÍON DE SEGMEN PARÁSITOS ADULTOS POR TAMIZADOS DE HECES
- ☐ 517-021 INVESTIGACÍON DE SANGRE OCULTA
- ☐ 517-022 COPROLÓGICO
- ☐ 517-023 INVESTIGACIÓN DE PARÁSITOS EMERGENTES POR TÉCNICA DE KIN YOUN

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO

BIOQUIMICA CLINICA I
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] 512-044 GLUCOSA
- [ ] 512-045 UREA
- [ ] 512-046 CREATININA
- [ ] 512-047 ÁCIDO ÚRICO
- [ ] 512-008 COLESTEROL TOTAL
- [ ] 512-029 TRIGLICÉRIDOS
- [ ] 513-002 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL
- [ ] 513-003 LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL
- [ ] 512-003 BILIRRUBINA DIRECTA E INDIRECTA
- [ ] 512-065 BILIRRUBINA TOTAL
- [ ] 512-030 PROTEÍNAS TOTALES
- [ ] 512-048 ALBÚMINA
- [ ] 512-056 AMINO TRANSFERASA ALANINA (TGP) ALT
- [ ] 512-057 AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO) AST
- [ ] 512-062 FOSFATASA ALCALINA
- [ ] 512-063 GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA
- [ ] 512-060 DESHIDROGENASA LÁCTICA DHL
- [ ] 512-055 AMILASA
- [ ] 512-064 LIPASA
- [ ] 512-058 CREATINIFOSFOQUINASA EN SANGRE (CPK)
- [ ] 512-059 CREATIN-KINASA ISOENZIMA MB
- [ ] 512-043 SODIO
- [ ] 512-042 POTASIO
- [ ] 512-041 CLORO
- [ ] 512-040 CALCIO
- [ ] 512-010 FÓSFORO
- [ ] 512-033 MAGNESIO
- [ ] 512-014 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
- [ ] 512-012 GLUCOSA POSTPRANDIAL 2 HRS
- [ ] 512-019 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HRS
- [ ] 512-052 CURVA PARA PACIENTE EMBARAZADA
- [ ] 512-053 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PEDIÁTRICA
- [ ] 512-051 TAMIZ GINECOLÓGICO

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HEMATOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] **510-001 BIOMETRÍA**
- [ ] 510-018 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
- [ ] 510-009 HEMATOZOARIO DE LAVERAN
- [ ] 510-014 RETICULOCITOS
- [ ] 510-017 CÉLULAS L.E.
- [ ] 537-029 INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNES COOMBS DIRECTOS
- [ ] 510-016 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

BIOQUIMICA CLINICA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] **511-001 AC. ÚRICO EN ORINA**
- [ ] 511-003 ALBUMINURIA DE 24 HRS.
- [ ] 511-004 AMILASA EN ORINA
- [ ] 511-007 CREATININA EN ORINA
- [ ] 511-015 NITRÓGENO UREICO EN ORINA
- [ ] 511-020 CALCIO DE ORINA
- [ ] 511-021 CLORO EN ORINA
- [ ] 511-022 POTASIO EN ORINA
- [ ] 511-023 SODIO EN ORINA
- [ ] 511-024 PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS
- [ ] 511-014 DEPURACIÓN DE CREATININA/FILTRADO GLOMERULAR
- [ ] 521-050 ÁCIDO VALPROICO
- [ ] 521-051 CARBAMACEPINA
- [ ] 521-052 DIGOXINA
- [ ] 511-053 DIFENIL HIDANTOINA
- [ ] 511-054 FENOBARBITAL
- [ ] 511-055 TEOFILINA

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

VIROLOGIA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

PERFIL HEPATITIS

- [x] 539-032 HBs Ag TOT CONFIRMATORIA
- [ ] 539-015 ANTICUERPOS CONTRA VHC CONFIRMATORIA

PERFIL HIV

- [ ] 539-064 CONFIRMATORIA HIV 1/2 (WESTERN BLOT)

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

INMUNOLOGIA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA — **EDAD:** 41 AÑOS — **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO — **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS — **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 — **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

LIQUIDOS BIOLOGICOS

- [x] 521-063 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. CEFALORRAQUÍDEO
- [ ] 521-064 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. SINOVIAL
- [ ] 521-065 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PLEURAL
- [ ] 521-066 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. ASCITIS O PERITONEAL
- [ ] 521-067 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. DE DIÁLISIS
- [ ] 521-068 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PERICÁRDICO

HORMONAS

- [ ] 520-010 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (F.S.H)
- [ ] 520-013 HORMONA LUTEINIZANTE(L.H)
- [ ] 520-016 PROLACTINA
- [ ] 520-003 ESTRADIOL
- [ ] 520-030 PROGESTERONA
- [ ] 520-045 TESTOSTERONA
- [ ] 520-040 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (T.S.H.)
- [ ] 520-041 TRIYODOTIRONINA(T3 TOTAL)
- [ ] 520-042 TRIYODOTIRONONINA LIBRE(T3 LIBRE)
- [ ] 520-043 TETRAYODOTIRONINA (T4 TOTAL)
- [ ] 520-044 TETRAYODOTIRONINA LIBRE(T4 LIBRE)
- [ ] 520-046 TUP TAKE

MARCADORES TUMORALES

- [ ] 521-010 ANTÍGENO CA 125
- [ ] 521-011 ANTÍGENO CA 15,3
- [ ] 521-056 ANTÍGENO CA 19,9
- [ ] 521-002 ALFAFETOPROTEÍNA
- [ ] 521-016 ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO
- [ ] 521-017 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO
- [ ] 521-058 ANTÍGENO PROSTÁTICO LIBRE
- [ ] 520-004 FRACCIÓN BETA DE LA HCG
- [ ] 521-057 TROPONINA I
- [ ] 521-059 MIOGLOBINA

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HEMATOLOGIA ESPECIAL
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA — **EDAD:** 41 AÑOS — **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO — **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS — **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 — **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] 537-003 ANTITROMBINA III FUNCIONAL
- [ ] 537-006 FACTOR II
- [ ] 537-007 FACTOR IX
- [ ] 537-008 FACTOR V
- [ ] 537-009 FACTOR VIII
- [ ] 537-010 FACTOR XIII
- [ ] 537-013 LISIS DE EUGLOBULINAS
- [ ] 537-019 PROD. DEGRADACION FIBRONOG/FIBRINA
- [ ] 537-020 RESISTENCIA A LA PROTEÍNA "C" ACTIVADA
- [ ] 537-021 PROTEINA "C"(INHIBIDOR)
- [ ] 537-011 CITOQUÍMICA EN LEUCEMIAS
- [ ] 537-022 PROTEINA "S" ANTIGÉNICA
- [ ] 537-025 TIEMPO DE REPTILASA
- [ ] 537-026 TIEMPO DE SANGRADO(M.DUKE)
- [ ] 537-027 FACTOR VON WILLEBRAD ANTIGÉNICO
- [ ] 537-028 ESTUDIO DE LA MÉDULA ÓSEA
- [ ] 537-030 ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS
- [ ] 537-040 FACTOR VII
- [ ] 537-041 FACTOR X
- [ ] 537-042 FACTOR XI
- [ ] 537-043 FACTOR XII
- [ ] 537-044 FACTOR V DE LEIDEN
- [ ] 537-045 ANTICOAGULANTE LÚPICO (SCREENING)
- [ ] 537-046 ANTICOAGULANTE LÚPICO (CONFIRMATORIO)
- [ ] 537-047 HEPARINA
- [ ] 537-048 ALFA 2 ANTIPLASMINA
- [ ] 537-049 PAI(INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO)
- [ ] 537-050 DD(DÍMEROS D)
- [ ] 537-051 PLASMINÓGENO
- [ ] 526-003 RETRACCIÓN DEL COÁGULO
- [ ] 537-052 PRUEBA DE HAM
- [ ] 537-053 PRUEBA DE SUCROSA
- [ ] 537-054 PRUEBA DE INULINA
- [ ] 537-055 PRUEBA DE FRAGILIDAD OSMÓTICA DE LOS ERITROCITOS

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

NEUMOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
LICENCIA SANITARIA 20060376339

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

DOMICILIO:5 DE MAYO N 3 INT 52 COL EJERCITO DE AGUA PRIETA
TELEFONO:26-92-66-49

MUESTRA:

- [x] 522-031 CULTIVO E IDENTIFICACIÓN PARA MICOBACTERIAS
- [ ] 522-032 PATRON DE SENSIBILIDAD PARA MICOBACTERIAS
- [ ] 522-033 ADENOSINA DESAMINASA (ADA)
- [ ] BARR EN TRES MUESTRAS

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA-

47. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

1. PROPÓSITO

1.1 Describir las acciones para la solicitud y entrega de medicamentos a la Farmacia Central del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, desde la prescripción médica hasta la entrega del insumo al servicio, con el fin de delimitar el grado de responsabilidad de cada una de las unidades que intervienen en el sistema de “Solicitud de medicamentos”, así como garantizar una entrega rápida, eficaz y eficiente para el tratamiento de los pacientes hospitalizados.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina la sistematización para la solicitud y entrega de medicamentos; la Subdirección de Almacenes es responsable de la operación de la Farmacia Central del Hospital General de México, para garantizar su funcionabilidad en la entrega de medicamentos; los Servicios de hospitalización y terapias intensivas, solicitan los medicamentos mediante la prescripción en la receta médica y su recepción por el personal de enfermería del servicio.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica, es responsable de supervisar que cada una de las unidades que intervienen en el sistema de “Solicitud de medicamentos” cumplan con los lineamientos establecidos en este procedimiento, en caso de incumplimiento establecerá las sanciones correspondientes.

3.2 La Subdirección de Almacenes, por medio de la Farmacia Central del Hospital General de México es responsable de surtir y entregar en un lapso no mayor a cuarenta y cinco minutos el kit de medicamentos (antibióticos, oncológicos y de nutrición parenteral) y las especialidades farmacéuticas (medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos de patente), a cambio de la receta médica debidamente requisitada y con la firma autógrafa del Médico de Base; en los casos necesarios con la firma autógrafa del Asistente Médico de la Dirección General, a los Servicios solicitantes de los mismos, a través del sistema de “Solicitud de medicamentos”. Para la solicitud de narcóticos del grupo I, ver el procedimiento No. 8 para “la elaboración de recetarios y solicitud de medicamentos controlados (narcóticos)” del Servicio de Anestesiología.

3.3 Los medicamentos solicitados serán los incluidos en el Catálogo General de Productos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y en el Programa Anual de Adquisiciones (autorizado) del Servicio. La entrega se realizará por personal contratado por la empresa proveedora de los medicamentos.

3.4 En los casos de medicamentos no incluidos en el Catálogo General y en el Programa Anual de Trabajo (PAT) autorizado del servicio, se deberá solicitar la aprobación de la Dirección General Adjunta Médica y/o del Comité de Abasto para su entrega, con apego a la política 3.2 del presente procedimiento y al procedimiento No. 2. Para la solicitud de bienes muebles, instrumentales y de consumo, de la Subdirección de Recursos Materiales, la Farmacia Central del Hospital General de México es responsable de surtir los medicamentos solicitados, una vez verificada la autorización correspondiente.

3.5 La Subdirección de Almacenes es responsable de resurtir a los Servicios solicitantes los medicamentos etiquetados y utilizados “para carro rojo”, por medio de la entrega por canje de receta individual por paciente, así como de los medicamentos próximos a caducar (3 meses o menos, previos a fecha de caducidad), los cuales se canjearán para su distribución y utilización de manera inmediata en servicios críticos (Terapias Intensivas).

3.6 En casos de solicitud de medicamentos (especialidades farmacéuticas o medicamentos mezclados) con carácter de urgencia, es responsabilidad del servicio solicitante la entrega de receta individual por medicamento y la Subdirección de Almacenes se responsabilizará de solicitar al proveedor los mismos para su distribución a los Servicios.

3.7 El Departamento de Farmacia Hospitalaria de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica (UCYSAM) es responsable de revisar vía electrónica la receta detectando las interacciones medicamentosas de la terapia farmacológica al paciente en los servicios críticos (Terapias Intensivas del Hospital).

3.8 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y/o Jefe de Unidad en Hospitalización o Terapias Intensivas supervisar que las solicitudes de medicamentos se realicen para los pacientes hospitalizados registrados en el sistema de "Admisión hospitalaria y control de camas censables y no censables", además de supervisar el apego a la NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico", respecto a las indicaciones médicas y al consentimiento informado de ingreso incluyendo la revocación o negación del mismo y de cumplir con los lineamientos establecidos en este procedimiento, en el entendido que toda receta médica generada en el sistema de "Solicitud de medicamentos" y firmada por el Médico responsable del paciente o Médico autorizado por el Jefe del Servicio, será sujeta de auditorías por las instancias fiscalizadoras correspondientes.

3.9 El Médico de Base es responsable de generar todo requerimiento de medicamentos a través del sistema de "Solicitud de medicamentos" conforme a la hoja de indicaciones médicas actualizada cada 24 horas (o antes si es necesario) anotando los datos de acuerdo al procedimiento No. 33 para la prescripción y transcripción de medicamentos en los servicios médicos de la Dirección General Adjunta Médica, así como elaborar diariamente (independientemente de la duración de la prescripción) la receta médica para cada paciente y enviarla por el sistema de "Solicitud de medicamentos" a la Farmacia Central del Hospital General de México, de lunes a domingo, antes de las 11:00 hrs. para su surtimiento de 24 horas. En caso de que el paciente ingrese después de las 15:00 hrs. se solicitarán los medicamentos para 12 horas.

3.10 En los casos de pacientes inscritos en el programa de "Seguro Popular" el Médico de Base es responsable de realizar las solicitudes de medicamentos a través del sistema de "Solicitud de medicamentos" con la leyenda "Seguro Popular", en los formatos y procedimientos que para el efecto se han establecido.

3.11 El médico responsable del paciente, el Médico autorizado por el Jefe del Servicio y el personal de Enfermería deberán hacer buen uso de la clave para accesar al sistema de "Solicitud de medicamentos", debido a que son personales e intransferibles y sujetas a auditorias dentro del sistema.

3.12 Es responsabilidad de la Jefa de Enfermeras y/o personal de Enfermería, del Servicio tratante:

a) Anotar en la hoja de indicación médica la fecha, hora y nombre de la enfermera que revisó las indicaciones.

b) Ingresar en el Sistema electrónico "Plan Terapéutico de Enfermería" conforme al instructivo anexo y marcar la hora de ministración de medicamento.

c) Imprimir el Plan Terapéutico de Enfermería de 24 horas conforme al horario establecido, de 6:00 a.m. a 6:00 a.m. del día siguiente.

d) Entregar al personal de Farmacia Central del Hospital, los originales de las recetas médicas (con firma autógrafa del médico) al momento de recibir los medicamentos y archivar la copia.

e) Recibir a la brevedad, del personal de Farmacia, 45 minutos después de la recepción de solicitud de medicamentos, los Kits con medicamentos cotejando con el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" que cumplan con lo solicitado en la receta médica.

f) Firmar el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos", entregar el original al personal de Farmacia Central del Hospital y archivar la copia.

g) Colocar los medicamentos en las vitrinas o en el refrigerador para su resguardo y conservación.

h) Conservar de preferencia los medicamentos en su envase primario y anotar en los envases destinados para resguardar los mismos, la clave, el nombre genérico, la concentración, forma farmacéutica y fecha de caducidad.

i) Entregar al personal administrativo del servicio, los medicamentos para devolución al día siguiente antes de las 11:00 horas de acuerdo al procedimiento establecido.

j) En el caso de que no se pueda elaborar en el sistema de “Solicitud de medicamentos” para el tercer turno; sábados, domingos y días festivos así como para probables ingresos o cambio de indicaciones médicas dejar el formato “Receta médica” para trámite de medicamentos a la Farmacia Central del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

k) En los casos de traslado interno de pacientes de un Servicio a otro, el paciente será enviado con los medicamentos solicitados para 24 hrs con la finalidad de continuar su tratamiento y no descontinuarlo.

3.13 Es responsabilidad del encargado de la Farmacia Central del Hospital General de México, coordinar y supervisar la entrega del Kit de medicamentos (por el personal contratado por el proveedor) a la Jefe de Enfermeras y/o personal de Enfermería de los Servicios a través del canje de las recetas médicas originales, con firma autógrafa del médico. En caso contrario, no se entregarán los medicamentos.

3.14 El personal de la Farmacia Central del Hospital General de México, es responsable de verificar que todas las solicitudes presentadas sean atendidas, que los medicamentos a entregar coincidan con los descritos en las recetas y de realizar la devolución de medicamentos en los casos que correspondan, de acuerdo al procedimiento establecido.

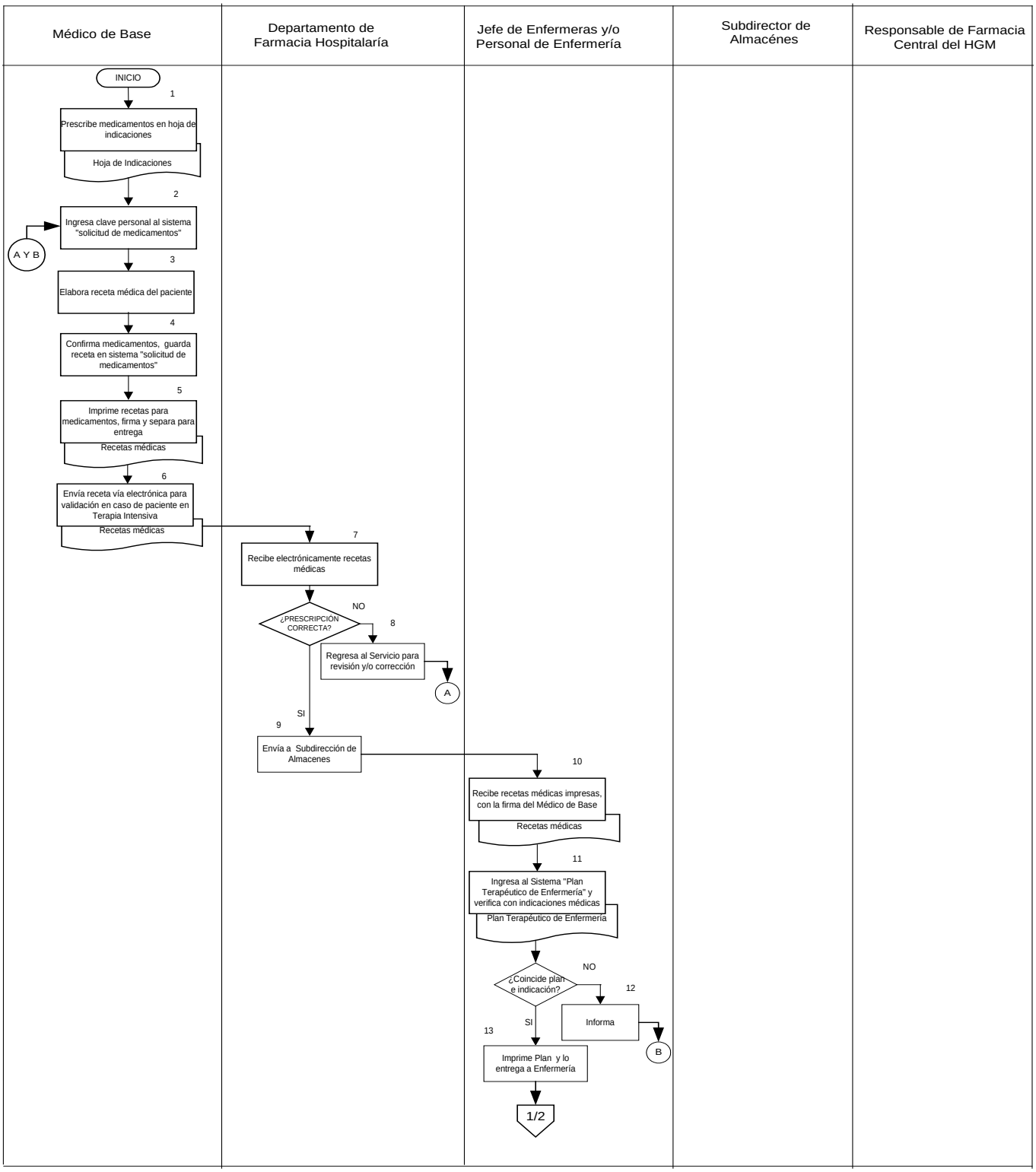
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

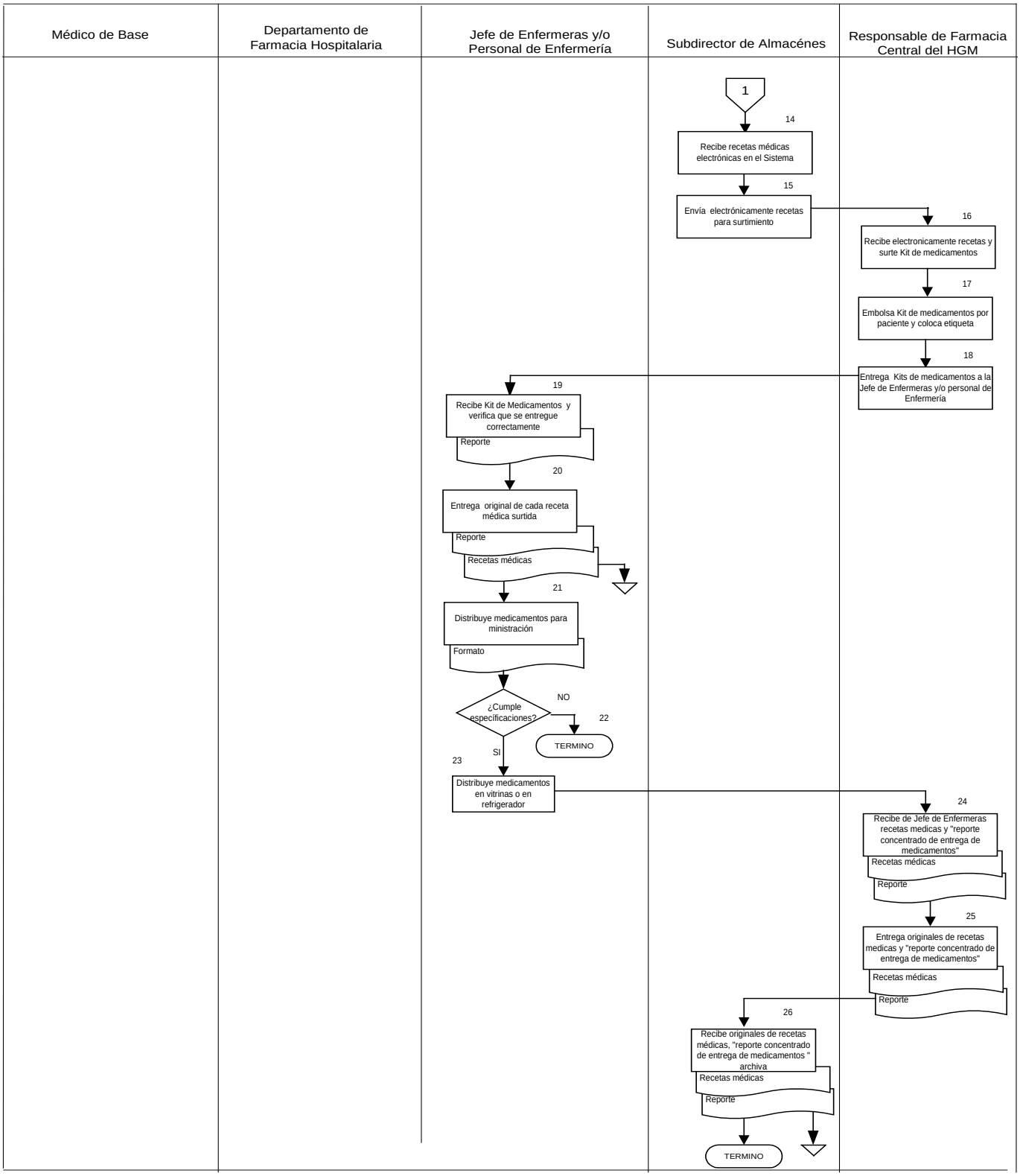
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base	1	Prescribe los medicamentos y los coloca por escrito en la hoja de indicaciones médicas de cada paciente hospitalizado.	• Hoja de indicaciones médicas. • Recetas médicas.
	2	Ingresa con su clave personal al sistema de "Solicitud de medicamentos".	
	3	Elabora receta médica del paciente, selecciona medicamento con denominación genérica, presentación y concentración, indicando la dosificación y frecuencia.	
	4	Confirma medicamentos, guarda receta médica en el sistema de "Solicitud de medicamentos" y envía a Subdirector de Almacenes.	
	5	Imprime receta para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas, firma y separa las recetas para su entrega a: a) La Jefa de Enfermeras y/o personal de Enfermería receta médica en original y copia para solicitud de especialidades farmacéuticas. b) Médico asignado para trámite de autorización de medicamento mezclado. (Ver procedimiento de la Dirección General Adjunta Médica, No. 33. Para la solicitud de medicamento mezclado para pacientes hospitalizados).	
	6	Envía receta médica vía electrónica al Departamento de Farmacia Hospitalaria por medio del sistema de "Solicitud de medicamentos", para su validación, en caso de paciente en Terapia Intensiva.	
Departamento de Farmacia Hospitalaria.	7	Recibe electrónicamente recetas médicas para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas y revisa la receta detectando las interacciones medicamentosas al paciente en Terapia Intensiva. ¿Prescripción correcta?	• Recetas médicas.
	8	NO: Regresa electrónicamente al Servicio para revisión y/o corrección del Médico de Base. Regresa a la actividad 2	
	9	SI: Envía receta médica electrónica para su surtimiento a Subdirecciones de Almacenes.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería	10	Recibe recetas médicas, para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas requisitadas y firmadas por el médico de base.	• Recetas médicas. • Plan Terapéutico.
	11	Ingresa al Sistema "Plan Terapéutico de Enfermería", verifica que los medicamentos y dosificación coincidan con la hoja de Indicaciones Médicas. ¿Coincide Plan e indicación?	
	12	NO: Informa al médico de base para corrección. Regresa a la actividad 2	
	13	SI: Imprime Plan Terapéutico y lo entrega al personal de Enfermería responsable del paciente.	
Subdirector de Almacenes.	14	Recibe recetas médicas electrónicas en el Sistema.	• Recetas médicas.
	15	Envía electrónicamente recetas médicas para surtimiento a la Farmacia Central del Hospital General de México.	
Responsable de Farmacia Central del Hospital General de México.	16	Recibe electrónicamente recetas médicas y surte las recetas en un Kit de medicamentos por paciente, por medio del equipo automatizado tipo carrusel vertical especial para farmacias.	• Recetas médicas.
	17	Embolsa Kit de medicamentos por paciente, coloca etiqueta y guarda en caja del servicio solicitante.	
	18	Entrega los kits de medicamentos por paciente a la Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería.	
Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería	19	Recibe Kits de medicamentos y verifica en el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" que se entregue correctamente lo solicitado en cantidad con las especificaciones establecidas, firma y entrega el original al Auxiliar de Farmacia.	• Reporte. • Recetas médicas. • Formato "Requisición de Compra"
	20	Entrega el original de cada receta médica surtida, al Auxiliar de Farmacia y archiva copia del "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" y la copia de cada receta médica surtida.	
	21	Distribuye medicamentos para ministración de acuerdo a especificaciones de la prescripción. ¿Cumple especificaciones?	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	22	No: Informa al médico Jefe de Servicio o médico autorizado, de los medicamentos que no hubo en existencia e instruye al personal administrativo para efectuar solicitud de compra del medicamento. Termina procedimiento.	
	23	Si: Distribuye los medicamentos para 24 horas, corroborando nombre y fecha de caducidad de cada uno de los medicamentos. Coloca los medicamentos en las vitrinas o en el refrigerador para su resguardo y conservación.	
Responsable de Farmacia Central del Hospital General de México.	24	Recibe de Jefe de Enfermeras, recetas médicas en original, “Reporte concentrado de entrega de medicamentos”, verifica el total de recetas médicas para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas firmadas.	• Receta médica. • Reporte.
	25	Entrega originales de “Reporte concentrado de entrega de medicamentos”, de las recetas para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas, al personal administrativo de la Subdirección de Almacenes.	
Subdirector de Almacenes.	26	Recibe originales de “Reporte concentrado de entrega de medicamentos”, recetas médicas para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas y registra en el sistema el medicamento entregado por paciente de cada servicio y las archiva. **TERMINA**	• Receta médica. • Reporte.

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Comité de Abasto.	No aplica
6.5 NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”	No aplica
6.6 Modelo Nacional de Farmacia	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.2 Receta Médica original para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas	5 años	Subdirección de Almacenes	No aplica
7.3 Copia de Receta Médica para medicamentos mezclados y/o receta de especialidades farmacéuticas	5 años	Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería	No aplica
7.4 Plan Terapéutico de Enfermería	5 años	Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería	No aplica
7.5 Reporte concentrado de entrega de medicamentos (original)	5 años	Subdirección de Almacenes	No aplica
7.6 Copia del Reporte concentrado de entrega de medicamentos.	5 años	Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería	No aplica
7.7 Formato original “Requisición de Compra”.	5 años	Dirección de Recursos Materiales	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Concentración de medicamento: Cantidad de fármaco presente en el medicamento, expresada en las unidades de medida internacionales.

8.2 Dosificación: Fijación de la cantidad de medicina o de otra sustancia que debe ingerirse en cada toma, en un período de 24 horas

8.3 Dosis: Cantidad de principio activo de un medicamento que debe ministrarse a un paciente, para producir un efecto específico, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma. Por lo general se ministra en función del peso corporal (mg/kg).

8.4 Equipo automatizado tipo carrusel vertical especial para farmacias: Sistema de almacenamiento que permite aprovechar mejor el espacio. Su sistema rotativo hace posible que se encuentre el producto o la pieza que se busca de manera automática, en tan sólo unos segundos. Está compuesto por un conjunto de bandejas que giran en sentido vertical para facilitar el acceso a la mercancía que necesita. La bandeja solicitada se detiene en la ventana de acceso a la máquina, que está dispuesta en una posición ergonómica para favorecer el trabajo de los empleados.

8.5 Envase primario: Elementos del sistema de envase que están en contacto directo con el insumo.

8.6 Fecha de caducidad: Día, mes y año en que pierde su vida útil un medicamento.

8.7 Frecuencia: La pauta de ministración donde se establecen los horarios de los medicamentos.

8.8 Hoja de indicaciones médicas: Formato **contenido en el expediente clínico del paciente** donde realiza la prescripción del medicamento el médico autorizado.

8.9 Idoneidad: La elección adecuada del medicamento de acuerdo a las necesidades terapéuticas del paciente.

8.10 Interacción medicamentosa: Relación que existe entre dos medicamentos cuando la actividad o la toxicidad de uno es modificada por la actividad del otro.

8.11 Kit de medicamentos: bolsa que contiene los medicamentos solicitados identificados con código de barras para su verificación de entrega, que incluye etiqueta con fecha de preparación, unidad médica solicitante, nombre del paciente, número de expediente, cama y contenido para un tratamiento máximo de 24 horas.

8.12 Medicamento: A toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios.

8.13 Ministración: Actividad de enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos

8.14 Plan Terapéutico de Enfermería: módulo informático institucional donde el personal de Enfermería verifica las prescripciones médicas y registra cada ministración de medicamentos al paciente.

8.15 Prescribir: Recetar el uso de un medicamento.

8.16 Prescripción médica: Acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o indicar un determinado tratamiento a un paciente.

8.17 Receta médica: el documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos y podrá ser emitida por Médicos, Homeópatas, Cirujanos dentistas. Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. El emisor de la receta al prescribir, indicará la dosis, presentación, vía de ministración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

8.18 Servicios de Hospitalización: área médica o quirúrgica para internamiento de pacientes con fines de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

8.19 Sistema de "Solicitud de medicamentos": Modulo informático institucional a través del cual se realizará la solicitud de los medicamentos para el paciente hospitalizado.

8.20 Terapia intensiva: Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona cuidados intensivos a pacientes que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros.

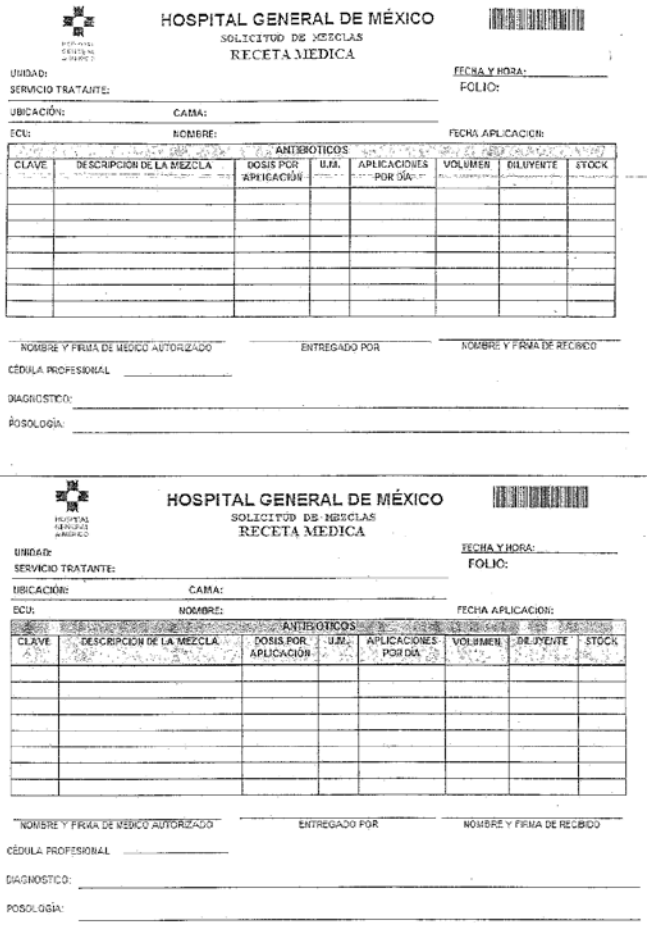
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica.	No Aplica.	No Aplica.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Indicaciones médicas (Ver anexo del procedimiento 20)
10.2 Receta Médica para medicamentos mezclados.
10.3 Receta Médica de especialidades farmacéuticas.
10.4 Plan Terapéutico de Enfermería.
10.5 Formato “Requisición de compra”.
10.6 Reporte concentrado de entrega de medicamentos.

10.2 Receta Médica para medicamentos mezclados.



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
SOLICITUD DE MEZCLAS
RECETA MEDICA

UNIDAD:
FECHA Y HORA:
SERVICIO TRATANTE:
FOLIO:
UBICACIÓN: CAMA:
ECU: NOMBRE: FECHA APLICACIÓN:

ANTIBIOTICOS							
CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO | ENTREGADO POR | NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
SOLICITUD DE MEZCLAS
RECETA MEDICA

UNIDAD:
FECHA Y HORA:
SERVICIO TRATANTE:
FOLIO:
UBICACIÓN: CAMA:
ECU: NOMBRE: FECHA APLICACIÓN:

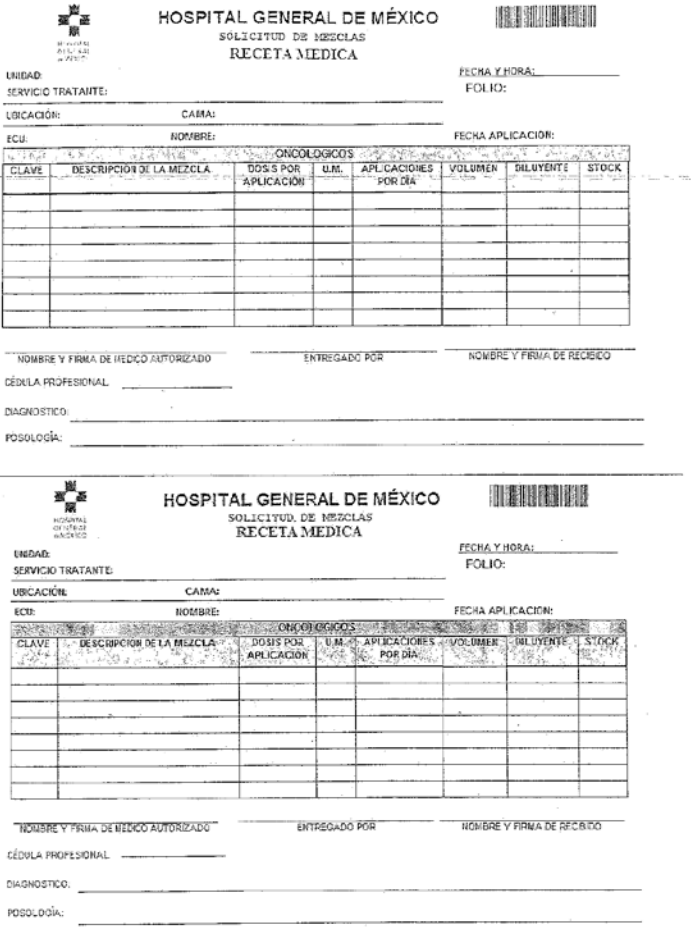
ANTIBIOTICOS							
CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACIÓN	U.M.	APLICACIONES POR DÍA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO | ENTREGADO POR | NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD: FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE: FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ONCOLOGICOS

CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACION	U.M.	APLICACIONES POR DIA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO ENTREGADO POR NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL:

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MEDICA

UNIDAD: FECHA Y HORA:

SERVICIO TRATANTE: FOLIO:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION:

ONCOLOGICOS

CLAVE	DESCRIPCION DE LA MEZCLA	DOSIS POR APLICACION	U.M.	APLICACIONES POR DIA	VOLUMEN	DILUYENTE	STOCK

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO ENTREGADO POR NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL:

DIAGNOSTICO:

POSOLOGÍA:

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SOLICITUD DE MEZCLAS

RECETA MÉDICA

UNIDAD: FECHA Y HORA:

FOLIO:

SERVICIO TRATANTE:

UBICACIÓN: CAMA:

ECU: NOMBRE: FECHA APLICACION

NUTRICION

CLAVE	DESCRIPCIÓN DE LA MEZCLA	DOSIS	U.M.	DOSIS	ml.	APLICACIONES
951-905	AMINOACIDOS CRISTALINOS SIN ELECTROLITOS 10% (ML)	990.00	Ml.	990.00	Ml.	1
951-909	BOLSA EVA 3000	1.00	Pz.	1.00	Pz.	1
951-911	CLORURO DE POTASIO (ML)	40.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-912	CLORURO DE SODIO A 17.7% (ML)	30.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-914	DEXTROSA AL 50% (ML)	510.00	Ml.	510.00	Ml.	1
951-915	FOSFATO DE POTASIO (ML)	20.00	mEq	10.00	Ml.	1
951-917	GLUCONATO DE CALCIO (ML)	11.00	mEq	23.66	Ml.	1
951-919	HEPARINA (ML)	2,000.00	U.I.	2.00	Ml.	1
951-920	INSULINA (ML)	20.00	U.I.	0.20	Ml.	1
951-922	LIPIDOS CADENA MEDIA / LARGA 20% (ML)	215.00	Ml.	215.00	Ml.	1
951-925	MULTIVITAMINAS ADULTO (ML)	10.00	Ml.	10.00	Ml.	1
951-927	OLIGOMETALES ENDOVENOSOS (ML)	20.00	Ml.	20.00	Ml.	1
951-931	SULFATO DE ZINC (ML)	5.00	mg	5.00	Ml.	1
951-932	SULFATO DE MAGNESIO (ML)	8.00	mEq	9.88	Ml.	1

VOLUMEN TOTAL 1830 ml.

NOMBRE Y FIRMA DE MEDICO AUTORIZADO

ENTREGADO POR

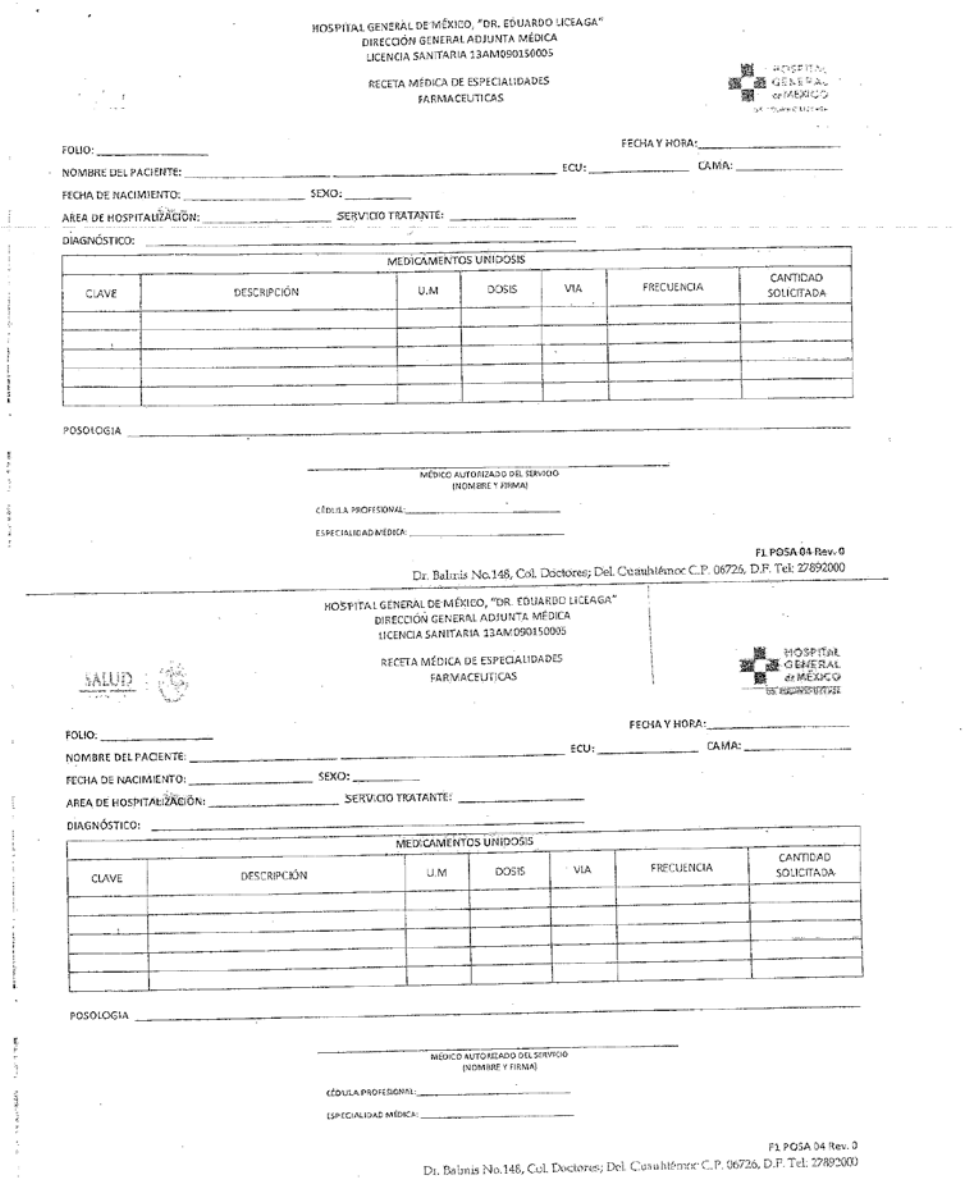
NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

CÉDULA PROFESIONAL

DIAGNOSTICO:

POSOLOGIA:

10.3 Receta Médica de especialidades farmacéuticas.



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13AM090150005

RECETA MÉDICA DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

FOLIO: _____ FECHA Y HORA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ ECU: _____ CAMA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

AREA DE HOSPITALIZACIÓN: _____ SERVICIO TRATANTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTOS UNIDOSIS

CLAVE	DESCRIPCIÓN	U.M	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	CANTIDAD SOLICITADA

POSOLOGIA _____

MÉDICO AUTORIZADO DEL SERVICIO (NOMBRE Y FIRMA)

CÉDULA PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

FI POSA 04 Rev. 0

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc C.P. 06726, D.F. Tel: 27892000

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13AM090150005

RECETA MÉDICA DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

FOLIO: _____ FECHA Y HORA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ ECU: _____ CAMA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

AREA DE HOSPITALIZACIÓN: _____ SERVICIO TRATANTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTOS UNIDOSIS

CLAVE	DESCRIPCIÓN	U.M	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	CANTIDAD SOLICITADA

POSOLOGIA _____

MÉDICO AUTORIZADO DEL SERVICIO (NOMBRE Y FIRMA)

CÉDULA PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

FI POSA 04 Rev. 0

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc C.P. 06726, D.F. Tel: 27892000

10.4 Plan Terapéutico de Enfermería.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

Plan Terapéutico de Enfermería
MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Impresión dd/mm/aa hh:mm
Última actualización dd/mm/aa hh:mm

Fecha de nacimiento: E.C.U:
Edad: Sexo:
Médico responsable:
Servicio: Unidad de enfermería: Fecha de Ingreso:
Diagnóstico de ingreso:
Alergias: Dieta:

Miércoles 23/04/2014 | Jueves 24/04/2014

Nombre genérico del medicamento:
Dosis Frecuencia
Vía
Ini: dd/mm/aa - hora Fin: dd/mm/aa-hora

Miércoles 23/04/2014 | Jueves 24/04/2014

Nombre genérico del medicamento:
Dosis Frecuencia
Vía
Ini: dd/mm/aa - hora Fin: dd/mm/aa-hora

Miércoles 23/04/2014 | Jueves 24/04/2014

Nombre genérico del medicamento:
Dosis Frecuencia
Vía
Ini: dd/mm/aa - hora Fin: dd/mm/aa-hora

Miércoles 23/04/2014 | Jueves 24/04/2014

Nombre genérico del medicamento:
Dosis Frecuencia
Vía
Ini: dd/mm/aa - hora Fin: dd/mm/aa-hora

Miércoles 23/04/2014 | Jueves 24/04/2014

Nombre genérico del medicamento:
Dosis Frecuencia
Vía
Ini: dd/mm/aa - hora Fin: dd/mm/aa-hora

Firma del personal de enfermería Firma de Jefes de Enfermeras

Medicamento No ministrado
Náuseas(N) Rayos X (RX) Precaución (P)
Interrupción (S)
Vómito(V) Diarrea (D) Rechazo *

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

PLAN TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA.

Concepto.

Módulo Informático Institucional donde el personal de Enfermería verifica las prescripciones médicas y registra cada ministración de medicamentos al paciente.

Políticas.

1.-Jefe de Enfermera y/o personal de Enfermería cargo del paciente entra al sistema Electrónico a través de la clave de acceso.

2.- ingresa Expediente Clínico Único (ECU) y captura en celda señalada.

3.- Registra hora de ministración de medicamento por medio de dar un "click" (ENTER) en horario de formato.

4.- Jefe de Enfermeras Imprime plan terapéutico de Enfermería de 24 horas conforme al horario establecido, de 6:00 am a 6:00 am. del siguiente día y archiva.

Ejemplo: figura 1

PLAN TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA.

IMPRESIÓN: DD/MM/AA
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: DD/MM/AA

MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

Fecha de nacimiento: ECU:
Edad: sexo: primer apellido:
Médico responsable: Segundo apellido:
Servicio: cama: nombre: fecha de ingreso:
Diagnóstico:

Alergias: Dieta:

Medicamento	22 octubre de 2014																					23 abril 2014					
	horario	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Trimetropim/sulfametoxazo 1160/800 Mg Por Sonda Nasogástrica lunes, miércoles y viernes por la mañana.																										
Paracetamol 1gr. V.O Cada 8 horas.																										
Omeprazol 40 mg. I.V cada 24horas.																										
Metronidazol 500 mg. I.V cada 8 horas.																										
Fluconazol 200mg. I.V cada 12 horas.																										
Butilhiosina 1Amp. I.V cada 8 Horas (en caso de dolor).																										

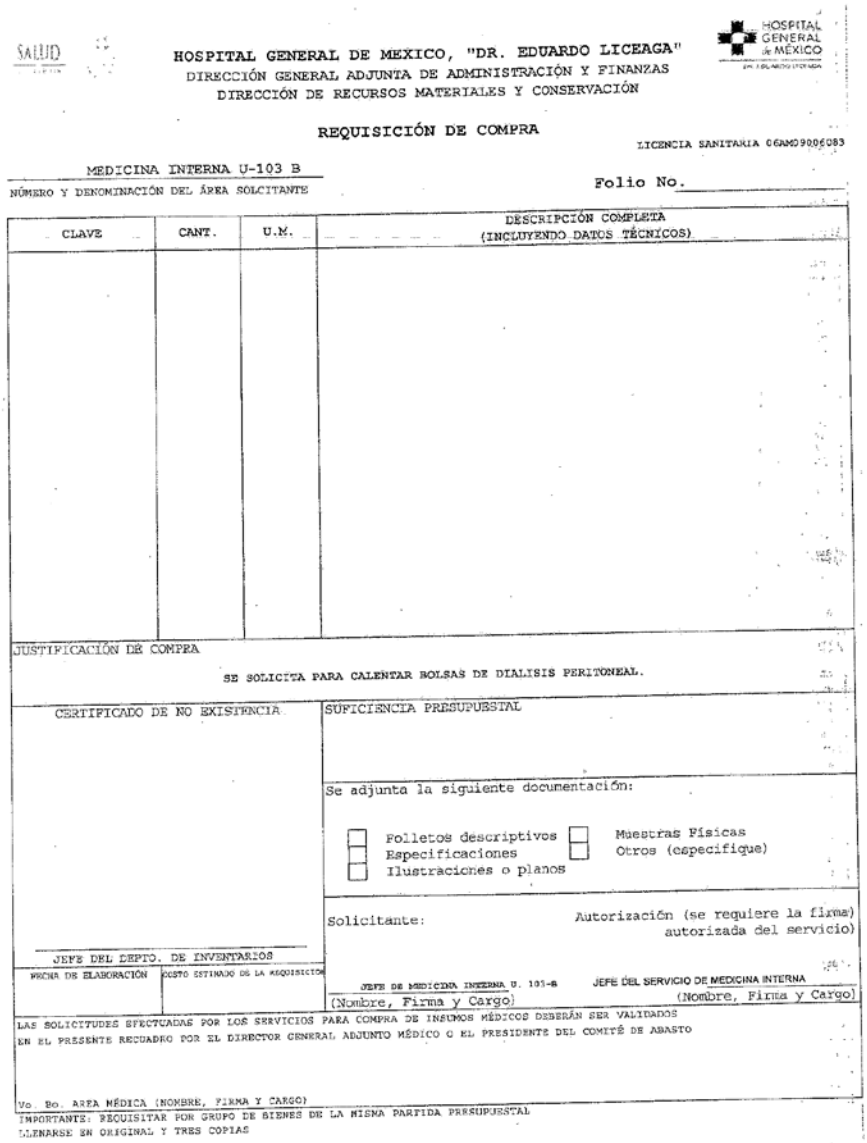
"CLICK"

Firma de personal de enfermería Firma de Jefe de Enfermeras.

MEDICAMENTO NO MINISTRADO
NÁUSEAS (N) RAYOS X (RX) PRECAUCIÓN (R)
VÓMITO (V) DIARREA (D) INTERRUPCIÓN (S) RECHAZO (R)

FIGURA 1

10.5 Formato "Requisición de compra".



SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONSERVACIÓN

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

REQUISICIÓN DE COMPRA

LICENCIA SANITARIA 06AM0900608 3

MEDICINA INTERNA U-103 B
NÚMERO Y DENOMINACIÓN DEL ÁREA SOLCITANTE

Folio No.

CLAVE	CANT.	U.M.	DESCRIPCIÓN COMPLETA (INCLUYENDO DATOS TÉCNICOS)

JUSTIFICACIÓN DE COMPRA

SE SOLICITA PARA CALENTAR BOLSAS DE DIALISIS PERITONEAL.

CERTIFICADO DE NO EXISTENCIA

JEFE DEL DEPTO. DE INVENTARIOS

SUFICIENCIA PRESUPUESTAL

Se adjunta la siguiente documentación:

☐ Folletos descriptivos ☐ Muestras Físicas
☐ Especificaciones ☐ Otros (especifique)
☐ Ilustraciones o planos

Solicitante: Autorización (se requiere la firma) autorizada del servicio)

FECHA DE ELABORACIÓN	COSTO ESTIMADO DE LA REQUISICIÓN

JEFE DE MEDICINA INTERNA U. 103-B (Nombre, Firma y Cargo)

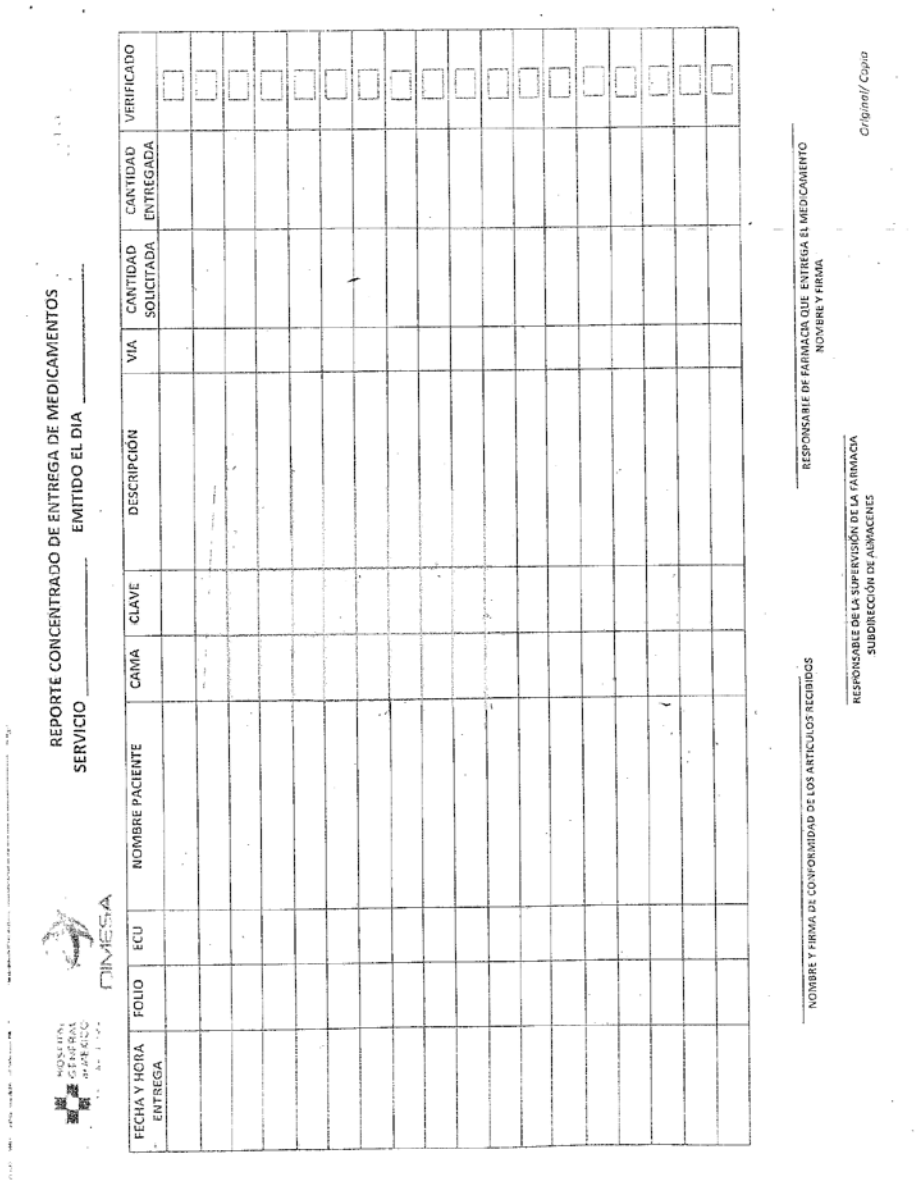
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (Nombre, Firma y Cargo)

LAS SOLICITUDES EFECTUADAS POR LOS SERVICIOS PARA COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS DEBERÁN SER VALIDADOS EN EL PRESENTE RECUADRO POR EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO O EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ABASTO

Vo. Bo. AREA MÉDICA (NOMBRE, FIRMA Y CARGO)

IMPORTANTE: REQUISITAR POR GRUPO DE BIENES DE LA MISMA PARTIDA PRESUPUESTAL
LLENARSE EN ORIGINAL Y TRES COPIAS

10.6 Reporte concentrado de entrega de medicamentos.



REPORTE CONCENTRADO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

SERVICIO _____ EMITIDO EL DIA _____

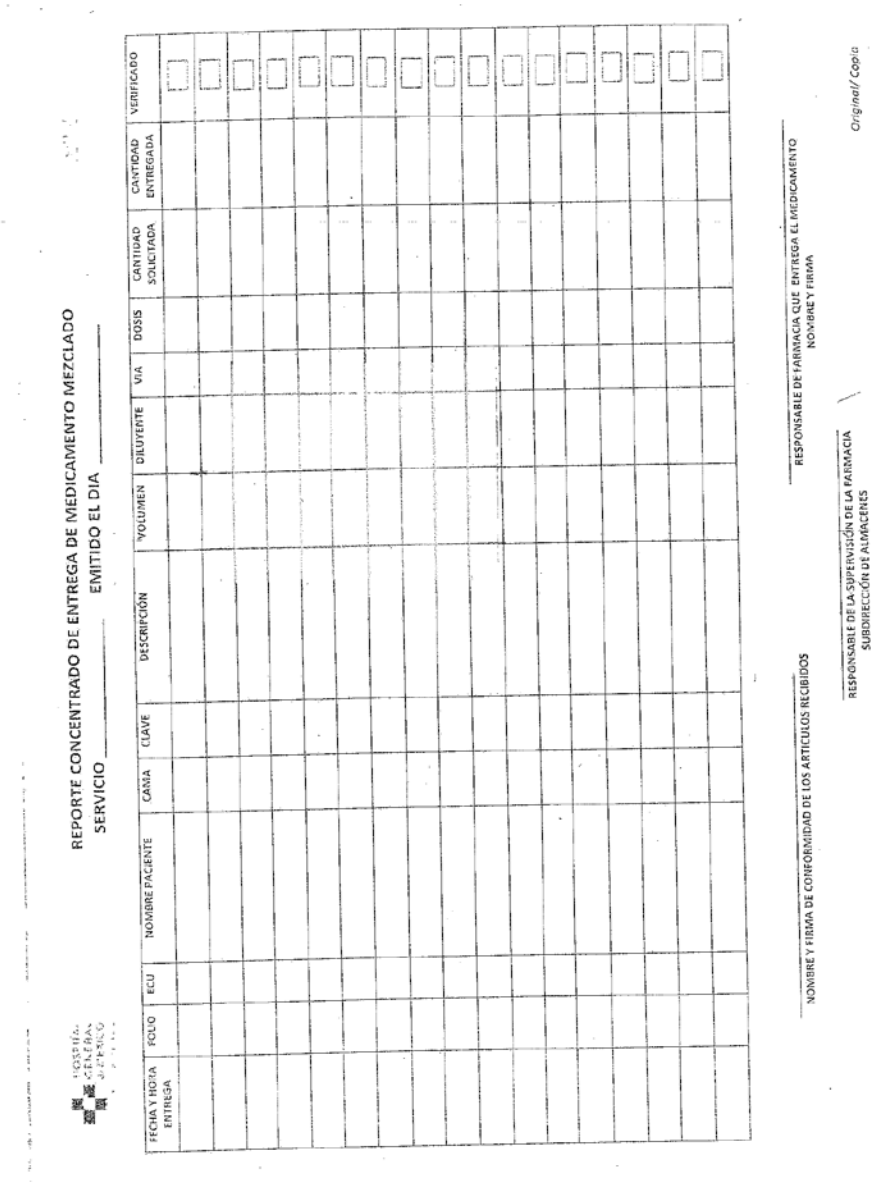
FECHA Y HORA ENTREGA	FOLIO	ECU	NOMBRE PACIENTE	CAMA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	VIA	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA	VERIFICADO
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐
										☐

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD DE LOS ARTICULOS RECIBIDOS

RESPONSABLE DE FARMACIA QUE ENTREGA EL MEDICAMENTO
NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE LA FARMACIA
SUBDIRECCIÓN DE ALMACENES

Original/ Copia



REPORTE CONCENTRADO DE ENTREGA DE MEDICAMENTO MEZCLADO

SERVICIO _____ EMITIDO EL DIA _____

FECHA Y HORA ENTREGA	FOLIO	ECU	NOMBRE PACIENTE	CAMA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	VOLUMEN	DILUYENTE	VÍA	DOSIS	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA	VERIFICADO
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐
													☐

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD DE LOS ARTICULOS RECIBIDOS

RESPONSABLE DE FARMACIA QUE ENTREGA EL MEDICAMENTO
NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE LA FARMACIA
SUBDIRECCIÓN DE ALMACENES

Original/ Copia

48. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos, normas y procedimientos sobre los cuales se basará la elaboración y/o actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento correspondientes a las especialidades médico-quirúrgicas con objeto de mantener de manera uniforme el tratamiento de las diez principales causas de egreso que se observan en cada uno de los Servicios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General, la Dirección General Adjunta Médica, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y sus Subdirecciones A y B requieren de la elaboración y actualización de las guías de diagnóstico y tratamiento a las Jefaturas de Servicio del Hospital, para su aprobación.

2.1 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y sus Subdirecciones A y B serán las responsables de difundir y supervisar el cumplimiento del presente procedimiento.

3.2 La Dirección General Adjunta Médica es responsable de solicitar la elaboración de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento a las Direcciones de Área correspondientes.

3.3 La Dirección correspondiente será responsable de coordinar, en conjunto con las Jefaturas de los Servicios la elaboración y/o actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento.

3.4 Las Jefaturas de Servicios dependientes de cada Dirección serán responsables de realizar el proyecto de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento, las cuales se apegarán a las diez principales causas de morbilidad (egresos) de cada servicio, publicadas en los anuarios estadísticos.

3.5 La Dirección se responsabilizará de revisar las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de los servicios correspondientes y verificará que estén realizadas conforme a los lineamientos para la elaboración de las mismas, difundido previamente, así como de enviarlas a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos para su publicación.

3.6 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos validar y publicar las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento en la página web del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

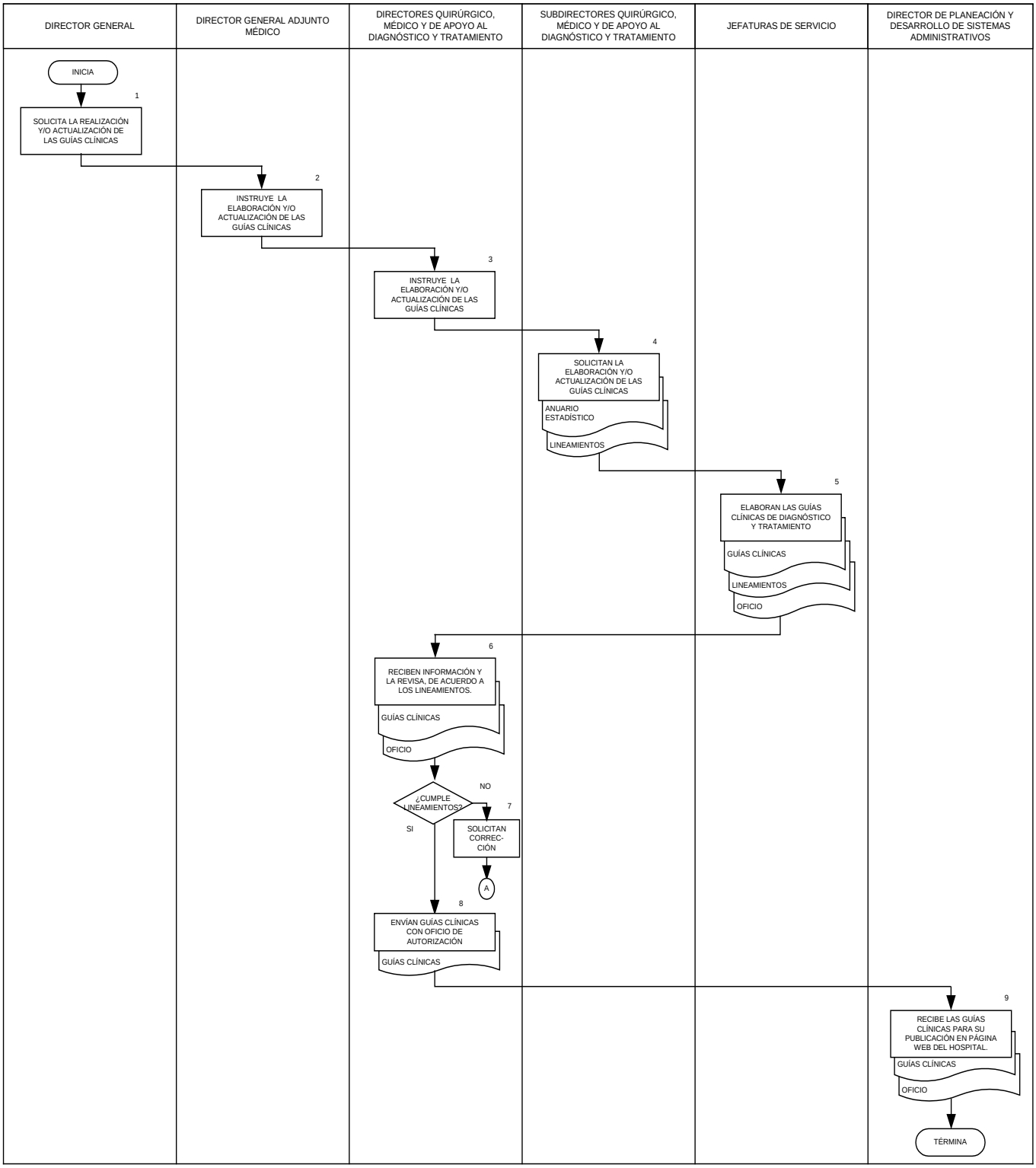
3.7 La Dirección correspondiente será responsable de revisar y coordinar la actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de los servicios las cuales se realizarán por lo menos cada dos años.

3.8 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y al Decálogo del Código de Ética vigentes en el Hospital General de México ¨Dr. Eduardo Liceaga”.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General	1	Solicita verbalmente a la Dirección General Adjunta Médica la realización y/o actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento, así como su publicación en la página web del Hospital.	
Director General Adjunto Médico	2	Recibe solicitud verbal e instruye de la misma manera a las Direcciones de área para que coordinen la elaboración y/o actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de los Servicios que les corresponda.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	3	Instruye de la misma manera a las Subdirecciones de área para que coordinen la elaboración y/o actualización de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento con las Jefaturas de los Servicios que les corresponda.	
Subdirectores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	4	Solicitan a los Jefes de Servicio la elaboración y/o actualización de las Guías Clínicas, de acuerdo a los lineamientos correspondientes y la consulta del anuario estadístico del Hospital General de México.	• Anuario estadístico • Lineamientos
Jefaturas de Servicio	5	Elaboran, en conjunto con los médicos de su Servicio, las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento, en base a las diez principales causas de morbilidad (egreso) y las envía con oficio en medio magnético a la Dirección Quirúrgica.	• Guías Clínicas • Lineamientos • Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	6 7 8	Reciben información y la revisa, de acuerdo a los lineamientos. ¿Cumple con los lineamientos? No: Solicitan corrección al Servicio correspondiente y regresa a la actividad 4. SI: Envían guías clínicas y oficio de autorización a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	• Guías Clínicas • Oficio
Director de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos	9	Recibe oficio y disco magnético conteniendo las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento para su publicación en la página web del Hospital. **TERMINA**	• Guías Clínicas • Oficio

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.3 Código de Bioética vigente del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.4 Lineamientos para la elaboración de las Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento.	No Aplica
6.5 Anuario Estadístico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de los Servicios Quirúrgicos actualizadas	2 años	Jefatura de Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Coordinar.- Conjugar medios, acciones, etc. para un objetivo común.

8.2 Diagnóstico.- Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

8.3 Difusión.- Extensión, dilatación viciosa en lo hablado o escrito. Propagar.

8.4 Elaborar.- Transformar una cosa u obtener un producto por medio de un trabajo adecuado. Idear o inventar algo

8.5 Guía.- Aquello que dirige o encamina. Tratado en que se dan preceptos para encaminar o dirigir en cosas, ya espirituales o abstractas, ya puramente mecánicas. Lista impresa de datos o noticias referentes a determinada materia.

8.6 Lineamientos.- Conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo una política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

8.7 Procedimientos.-Sucesión cronológica de operaciones relacionadas entre sí que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro del ámbito determinado de aplicación.

8.8 Revisar.- Hacer un segundo examen de una cosa, generalmente para corregirla. Ver algo con detenimiento y cuidado.

8.9 Servicios o Unidades Médicas.- Áreas médicas de especialidades adscritas a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lineamientos para la elaboración de Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento. (No requiere de instructivo de llenado).

10.1 Lineamientos para la elaboración de Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento.

LINEAMIENTOS Y METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

REDACCIÓN:

- Las Guías de Diagnóstico y Tratamiento serán redactadas en un máximo de (cinco) cuartillas, por cada padecimiento.
- Los márgenes laterales izquierdo y derecho, superior e inferior de cada cuartilla deberán ser de 2.5 cm.
- El tipo de letra deberá ser Arial 10, con interlineado a doble espacio.

METODOLOGÍA:

- Las Guías se deben realizar por expertos del área operativa (especialistas del Hospital) y tener un coordinador.
- Apegarse a la clasificación de la OMS (CIE 10).
- Incluir los 10 padecimientos más frecuentes de cada servicio (10 causas de egreso en el año anterior) publicados en los cuadernos estadísticos de la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.
- Desarrollar las Guías de manera concreta y explícita.

CONTENIDO:

Las Guías deberán contener los siguientes puntos:

- Introducción.
- Codificación del diagnóstico de acuerdo al (CIE 10).
- Elementos diagnósticos.
- Datos de laboratorio y gabinete específicos.
- Indicaciones terapéuticas.
    a) Medicamentos de 1ª, 2ª y 3ª línea.
    b) Medidas higiénicas y dietéticas.
    c) Ejercicio y estilo de vida.
    d) Educación y cuidados específicos.
    e) Pronóstico.
    f) Prevención y manejo de complicaciones.
    g) Establecer criterios de curación, mejoría y alta.
    h) Indicaciones de hospitalización.
    i) Referencia y contrarreferencia.
    j) Diagrama de flujo.
    k) Bibliografía (5 fichas bibliográficas recientes).

49. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN Y COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo administrativo para integrar equipo de Alta Tecnología no existente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, bajo un programa de arrendamiento periódico con la finalidad de incrementar la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes, acorde a las necesidades tecnológicas que resultan del avance observado en las técnicas médico-quirúrgicas modernas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, la Dirección Quirúrgica, la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas valoran y aprueban el requerimiento de equipo de alta tecnología para los Servicios Quirúrgicos.

2.2 A nivel externo, este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección Quirúrgica será responsable de coordinar el programa de Arrendamiento de Equipo Médico de Alta Tecnología de los Servicios Quirúrgicos.

3.2 La Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas será la responsable de realizar el estudio costo – beneficio a solicitud de la Dirección General Adjunta Médica que determine la falta de recursos económicos necesarios para la compra del mismo, a través de la Subdirección de Recursos Materiales.

3.3 La Dirección Quirúrgica y las Jefaturas de Servicios Quirúrgicos se responsabilizarán de establecer las bases sobre las cuales se realice el arrendamiento de equipo médico de Alta Tecnología.

3.4 La Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas será responsable de realizar las licitaciones correspondientes para instalar el Programa de Arrendamiento de Equipo de Alta Tecnología, dentro del marco legal vigente y en conjunto con la Dirección Quirúrgica establecerán las cuotas de recuperación que se deberán cubrir por evento en la utilización del equipo médico de alta tecnología en arrendamiento.

3.5 El Departamento de Trabajo Social de la Dirección General Adjunta Médica se responsabilizará de realizar el estudio socio-económico del paciente, independientemente de su resultado, la utilización del Equipo de Alta Tecnología no podrá exentarse de pago y requerirá del pago anticipado para el evento por parte del usuario.

3.6 El incumplimiento del presente Procedimiento será observado y sancionado por la Dirección Quirúrgica de acuerdo a la reglamentación del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

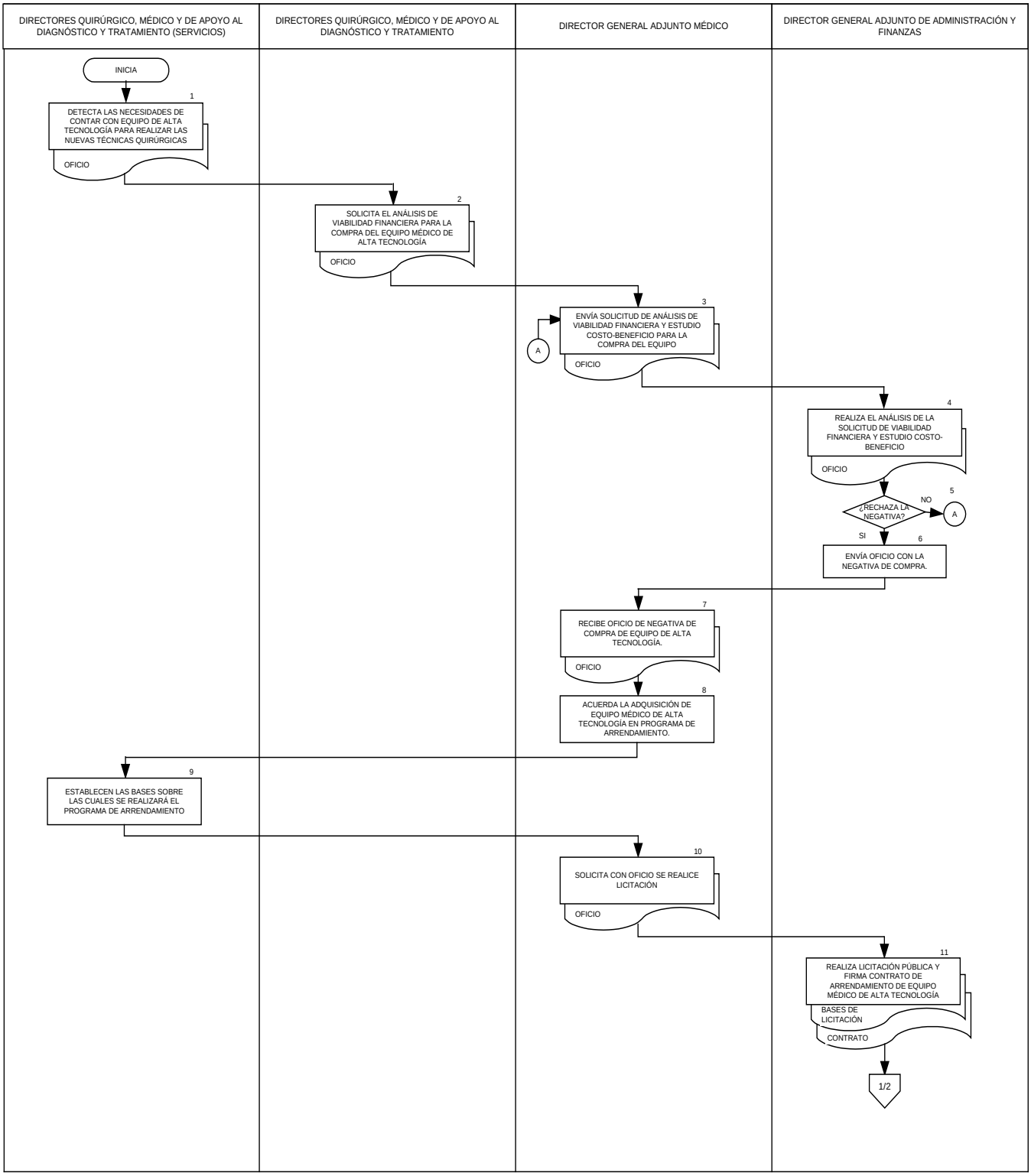
3.7 Todas las relaciones interpersonales se realizarán con apego al Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

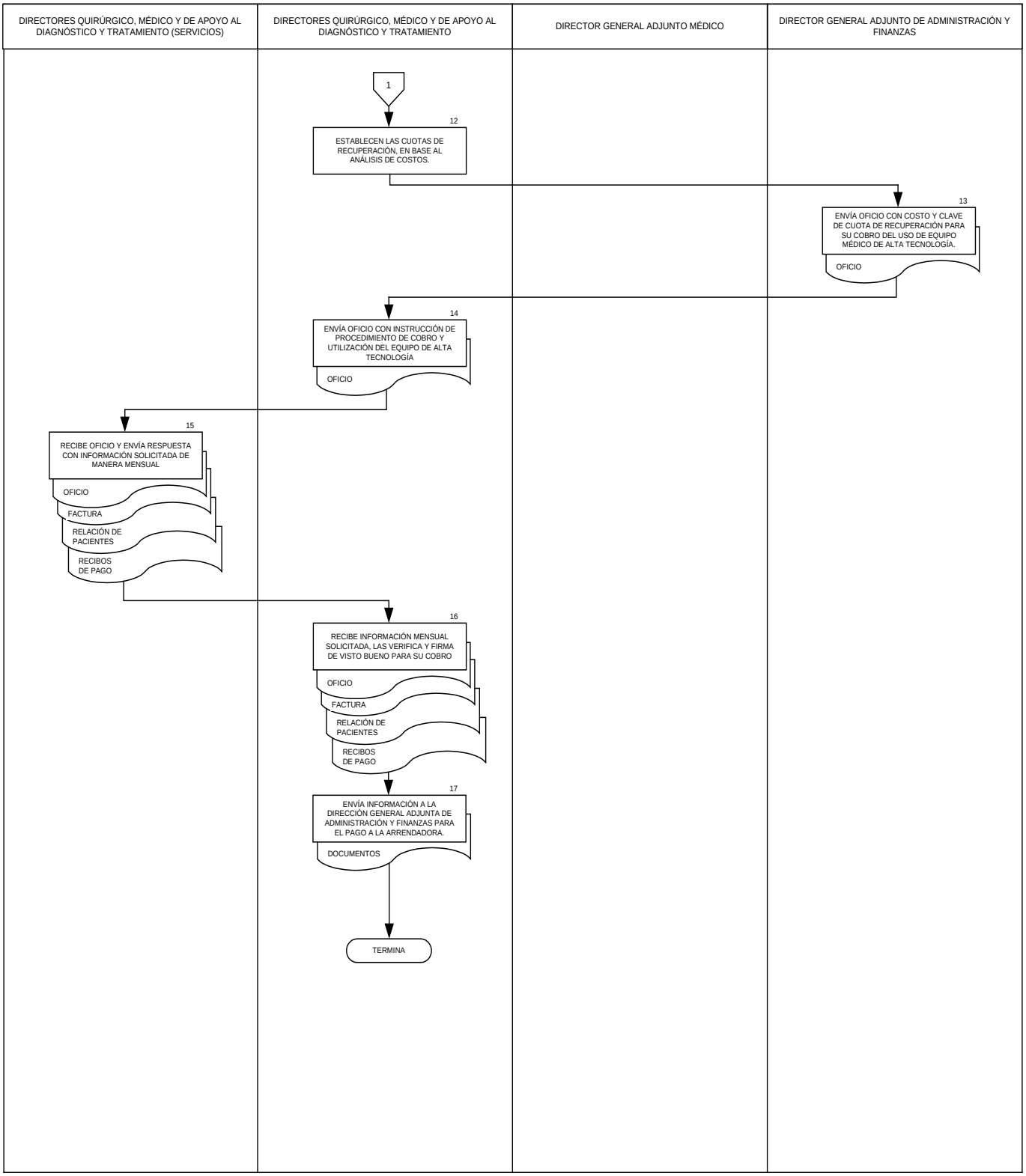
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicios)	1	Detecta las necesidades de contar con equipo de Alta Tecnología para realizar las nuevas técnicas quirúrgicas y envía oficio con solicitud de la cobertura de dichas necesidades a la Dirección Quirúrgica.	• Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2	Recibe oficio y se reúne con la Dirección General Adjunta Médica para solicitar el análisis de viabilidad financiera para la compra del equipo médico de alta tecnología.	• Oficio
Director General Adjunto Médico	3	Envía oficio de solicitud de análisis de viabilidad financiera y estudio costo-beneficio para la compra del equipo a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas.	• Oficio
Director General Adjunto de Administración y Finanzas	4 5 6	Realiza el análisis de la solicitud de viabilidad financiera para la compra de equipo médico de alta tecnología y estudio costo-beneficio. ¿Rechaza la negativa de compra? No: Regresa a la actividad 3 Si: Envía oficio con la negativa de compra.	• Oficio
Director General Adjunto Médico.	7	Recibe oficio de negativa de compra de equipo de alta tecnología.	• Oficio
Director General Adjunto Médico	8	Se reúne con la Dirección Quirúrgica y la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas y acuerdan la adquisición de equipo médico de alta tecnología en programa de arrendamiento.	
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicios)	9	Se reúnen y establecen las bases sobre las cuales se realizará el programa de arrendamiento de equipo médico de alta tecnología, así como el número mínimo y máximo de eventos a contratar para determinar el costo de los mismos.	
Director General Adjunto Médico	10	Solicita con oficio se realice licitación a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas.	• Oficio
Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas.	11	Realiza licitación pública de acuerdo al marco legal e institucional y firma contrato de Arrendamiento de Equipo Médico de Alta Tecnología.	• Bases de licitación • Contrato
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	12	Se reúnen con la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas para establecer las cuotas de recuperación que serán cubiertas por el usuario, en base al análisis de costos.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto de Administración y Finanzas	13	Envía oficio con costo y clave de cuota de recuperación para su cobro a la Dirección Quirúrgica para el uso de equipo médico de alta tecnología.	• Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	14	Envía oficio a Jefatura de Servicio Quirúrgico con instrucción de procedimiento de cobro y utilización del Equipo de Alta Tecnología solicitando factura mensual de costo de arrendamiento, informe mensual de relación de pacientes, copia del recibo de cobro, fecha y tipo de cirugía realizada.	• Oficio
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicios)	15	Recibe oficio y envía respuesta del mismo con información solicitada (factura, relación de pacientes, recibos de cobro) y firmada de manera mensual.	• Oficio • Factura • Relación de pacientes • Recibos de pago
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	16 17	Recibe información mensual solicitada, las verifica y firma de visto bueno para su cobro. Envía información a la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas para el pago correspondiente a la arrendadora. **TERMINA**	• Oficio • Factura • Relación de pacientes • Recibos de pago

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIOS)
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
1
12
ESTABLECEN LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN, EN BASE AL ANÁLISIS DE COSTOS.
13
ENVÍA OFICIO CON COSTO Y CLAVE DE CUOTA DE RECUPERACIÓN PARA SU COBRO DEL USO DE EQUIPO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA.
OFICIO
14
ENVÍA OFICIO CON INSTRUCCIÓN DE PROCEDIMIENTO DE COBRO Y UTILIZACIÓN DEL EQUIPO DE ALTA TECNOLOGÍA
OFICIO
15
RECIBE OFICIO Y ENVÍA RESPUESTA CON INFORMACIÓN SOLICITADA DE MANERA MENSUAL
OFICIO
FACTURA
RELACIÓN DE PACIENTES
RECIBOS DE PAGO
16
RECIBE INFORMACIÓN MENSUAL SOLICITADA, LAS VERIFICA Y FIRMA DE VISTO BUENO PARA SU COBRO
OFICIO
FACTURA
RELACIÓN DE PACIENTES
RECIBOS DE PAGO
17
ENVÍA INFORMACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS PARA EL PAGO A LA ARRENDADORA.
DOCUMENTOS
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No aplica
6.3 Bases de la licitación pública para Arrendamiento de equipo médico de Alta Tecnología	No aplica
6.4 Contrato de Arrendamiento	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Relación de pacientes	5 años.	Dirección General Adjunta Médica	No aplica
7.2 Oficios de referencia	5 años	Dirección General Adjunta Médica	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Calidad de atención médica.- Grado en que se obtienen los máximos beneficios de la atención médica con los mínimos riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes.

8.2 Contrato.- Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.

8.3 Contrato de Arrendamiento.- Aquel por el cual una persona se obliga a ejecutar una obra o prestar un servicio a otro mediante cierto precio.

8.4 Cuota de recuperación.- Cantidad económica que se solicita al usuario del Hospital General de México para la prestación de un servicio. Está determinada por el estudio socio-económico realizado por el Departamento de Trabajo Social.

8.5 Licitación.- Acción de ofrecer precio por algo en una subasta o almoneda.

8.6 Programa.- Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión.

8.7 Servicios o Unidades Médicas.- Áreas médicas de especialidades adscritas a las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

8.8 Tecnología.- Conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

50. PROCEDIMIENTO PARA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LOS SERVICIOS, A LA FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos, que sirvan de guía al personal de enfermería, paramédico y administrativo en cuanto a las acciones para la devolución de medicamentos a la Farmacia Central del Hospital, desde la recolección en los Servicios médicos hasta la entrega a la Farmacia Central del Hospital General de México, a fin de delimitar el grado de responsabilidad de cada una de las unidades que intervienen en el procedimiento para disminuir el dispendio de los medicamentos y optimizar su consumo.

2 ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta Médica, coordina y supervisa las actividades inherentes al mismo, a las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) verifica el uso óptimo de los insumos, Subdirección de Enfermería, supervisa las actividades del personal a su cargo, Jefes de Servicio, Jefes de unidad y de áreas médicas, coordinan y verifican que se realice adecuadamente el procedimiento y Subdirección de Almacenes, responsable de la operación de la Farmacia Central del Hospital General, para garantizar su funcionabilidad así como de la devolución de medicamentos al proveedor, el personal paramédico de los Servicios Médicos, devuelve los medicamentos mediante la requisición del formato "Devolución de Medicamentos" correspondiente.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del médico tratante identificar la causa de no utilización de los medicamentos a devolver y lo notifica a personal de enfermería

3.2 Es responsabilidad de la Jefa de Enfermeras y/o personal de Enfermería del Servicio entregar al personal administrativo del servicio los medicamentos para devolución, a las 24 horas siguientes a su recepción en el Servicio, antes de las 12:00 horas del día.

3.3 Es responsabilidad del Personal Administrativo del Servicio médico entregar los medicamentos para devolución (de manera colectiva) junto con el formato "Devolución de Medicamentos", (anexo No.1) debidamente requisitado en original y dos copias (sin tachaduras, borraduras ni enmendaduras), exclusivamente al Coordinador de Enlace Intrahospitalario de la Subdirección de Almacenes cualquier día hábil antes de las 12:00 hrs.

3.4 El personal administrativo del Servicio médico es responsable de entregar los medicamentos para devolución al Coordinador de Enlace intrahospitalario. En caso de devolución de medicamentos de red fría y/o fotosensibles, debe de entregarlos en condiciones de refrigeración (Gel o Termo con Gel) de acuerdo a las especificaciones que marque el medicamento (de 2 a 8 grados Centígrados) y/o empacado en bolsa obscura.

3.5 El coordinador de Enlace intrahospitalario es responsable de recibir y revisar que los medicamentos entregados que cumplan con las condiciones óptimas para proceder a su devolución. En este caso, se trata de los medicamentos solicitados con 24 horas de anticipación y no se utilizaron por las siguientes causas:

a) Cambio de Tratamiento
b) Alta del paciente
c) Defunción del paciente
d) Otra causa (especificar)
e) Ilegibilidad de la etiqueta de identificación del medicamento
f) Caducados

3.6 El coordinador de Enlace intrahospitalario es responsable de recibir y revisar que los medicamentos entregados para devolución cumplan con las condiciones óptimas para proceder a su baja o destino final. Las condiciones óptimas deberán especificarse en el formato correspondiente y serán los siguientes motivos:

- ✓ Caducados
- ✓ Rotos
- ✓ Deteriorados.
- ✓ En mal estado.
- ✓ Obsoletos.
- ✓ Próximos a caducar (tres meses).
- ✓ Con más de 12 meses de haberse surtido.

3.7 El Coordinador de Enlace intrahospitalario es responsable de recibir, por una sola vez, la ampolleta o frasco del medicamento roto o contaminado, sin generar el formato "Devolución de medicamentos"

3.8 La Subdirección de Almacenes recibirá del Coordinador de Enlace Intrahospitalario los medicamentos devueltos y los entregará al Responsable Sanitario de la Farmacia Central del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" para su resguardo, además de priorizar y distribuir los medicamentos devueltos, de acuerdo a la fecha de caducidad.

3.9 Es responsabilidad de la Jefatura de Enfermería de cada área la vigilancia y supervisión de la caducidad de medicamentos en sus servicios, principalmente los del "carro rojo". Cuando se detecte esta condición informará al personal administrativo para que elabore el documento "Devolución de medicamento" consignando que es por caducidad para su entrega al Coordinador de Enlace Intrahospitalario.

3.10 La Subdirección de Almacenes es responsable de resurtir de manera inmediata a los Servicios Médicos, los medicamentos con una vigencia mínima de fecha de caducidad de 6 meses,
En el caso de la utilización de medicamentos del "carro rojo" en el manejo de los pacientes estos serán restituidos, por medio de la entrega por canje comprobando el consumo con receta individual por paciente.
Los medicamentos del carro rojo próximos a caducar (3 meses o menos, previos a fecha de caducidad) se enviarán al Coordinador de Enlace Intrahospitalario para su utilización en servicios críticos (Urgencias, Terapia Intensiva, Quirófanos), a través de relación que contenga la fecha de caducidad que justifique el cambio.

3.11 El Personal Administrativo de los Servicios Médicos es responsable de verificar que por ningún motivo se entregue para devolución o canje al Coordinador de Enlace Intrahospitalario de la Subdirección de Almacenes los siguientes medicamentos:

- ✓ Muestras médicas.
- ✓ Comprados en forma exclusiva para el Servicio.
- ✓ No surtidos por la Farmacia Central del Hospital General de México.
- ✓ Que correspondan a lotes de productos no recibidos en la Institución.
- ✓ Incompletos.
- ✓ Cualquier otro motivo que genere duda sobre la integridad del medicamento que pueda significar un riesgo a la salud de los pacientes de la Institución al redistribuirlos, que carezcan de la información mínima de identificación o que signifiquen un riesgo a la integridad de las instalaciones.
- ✓ Cuando el envase primario o secundario haya sido marcado con el número de cama o nombre del paciente para quien fue solicitado.

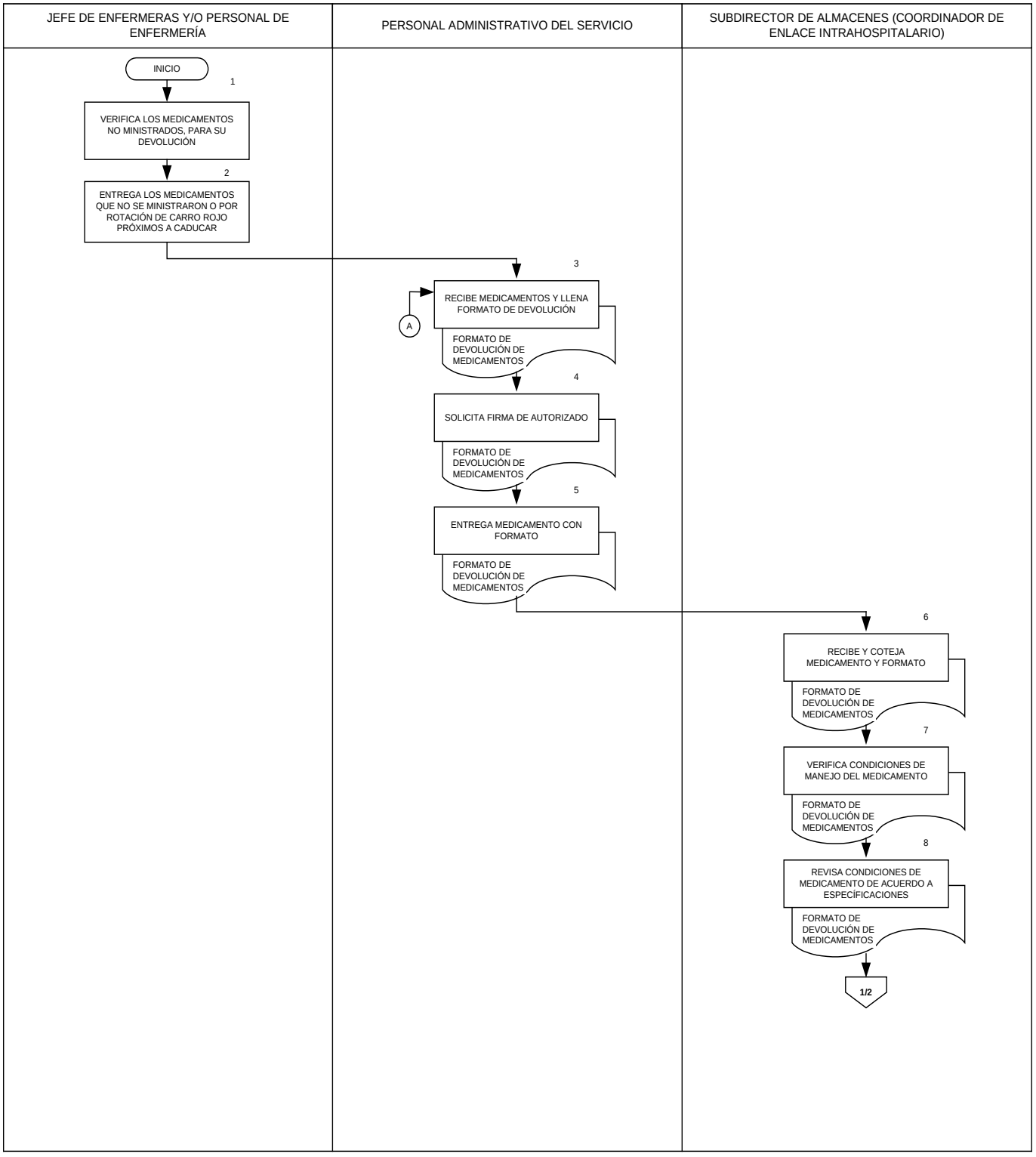
3.12 Todas las actividades que conlleven la realización de relaciones interpersonales se deberán apegar al Código de Bioética vigente para el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

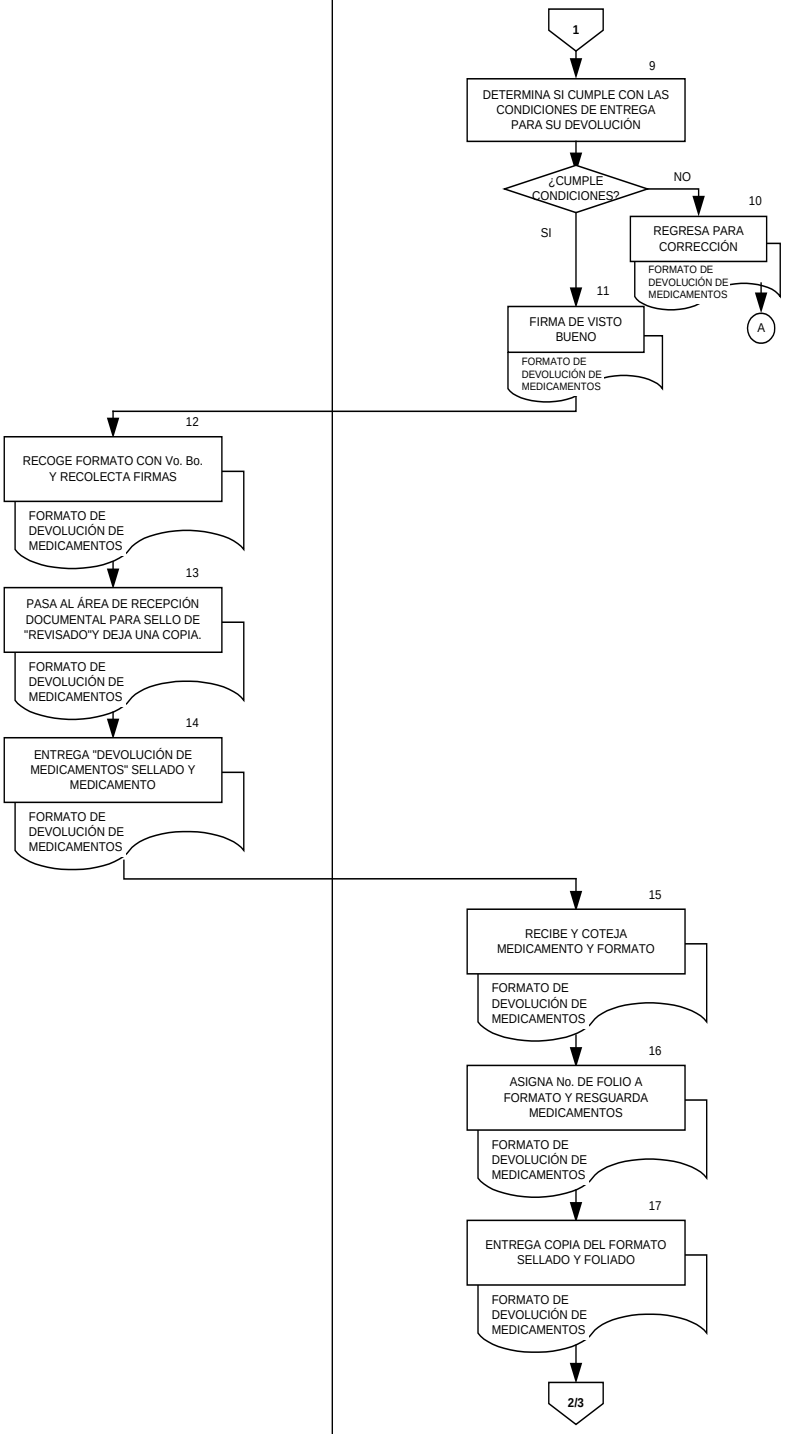
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería.	1	Verifica los medicamentos no ministrados, para su devolución y los coloca en un contenedor exclusivo para regresarlos a la Farmacia Central.	
	2	Entrega al personal administrativo del Servicio, los medicamentos que: a) No se ministraron por: Alta, mejoría, cambio de prescripción médica, defunción o mal requisitado. b) Rotación de carro rojo. (próximo a caducar con tres meses de vida útil).	
Personal Administrativo del Servicio.	3	Recibe medicamentos y llena formato de devolución de medicamentos, en original y dos copias.	• Formato "Devolución de Medicamentos.
	4	Solicita firma del Jefe de Servicio o médico de base autorizado, en original y tres copias.	
	5	Entrega el medicamento junto con el formato "Devolución de Medicamentos" a la Subdirección de Almacenes**.**	
Subdirector de Almacénes (Coordinador de Enlace Intrahospitalario).	6	Recibe medicamento y formato "Devolución de Medicamentos" y coteja físicamente con la descripción indicada (Descripción Unidad de Medida, Lote, Caducidad).	• Formato "Devolución de Medicamentos".
	7	Verifica las condiciones especiales de manejo del medicamento (Red fría y/o Fotosensibles).	
	8	Revisa que el medicamento venga en condiciones de refrigeración (Gel o Termo con Gel) de acuerdo a las especificaciones que marque el medicamento (de 2 a 8 grados Centígrados) y/o empacado en bolsa obscura.	
	9	Determina si el medicamento cumple con las condiciones de entrega para su devolución. ¿El medicamento cumple con las condiciones de entrega?	
	10	No: Regresa para corrección del formato "Devolución de Medicamentos" al Servicio Médico y regresa a la actividad 3.	
	11	Si: Firma de Visto Bueno de aceptación y entrega original y copias del formato "Devolución de Medicamentos" al Personal administrativo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo del Servicio.	12	Recoge original y copias del formato "Devolución de Medicamentos" con Visto Bueno y recolecta firmas del Responsable Sanitario y Jefatura del Departamento de Almacenes Médicos.	• Formato "Devolución de Medicamentos".
	13	Pasa al área de Recepción Documental para sello de "Revisado" de Revisión Documental y deja una copia.	
	14	Entrega original y copia del formato "Devolución de Medicamentos" sellados y medicamento al Coordinador de Enlace Intrahospitalario.	
Subdirector de Almacenes (Coordinador de Enlace Intrahospitalario).	15	Recibe original y copia del formato "Devolución de Medicamentos" sellados y medicamentos devueltos.	• Formato "Devolución de Medicamentos".
	16	Asigna Número de Folio correspondiente a original y copia del formato "Devolución de Medicamentos" y resguarda medicamentos devueltos.	
	17	Entrega copia del formato "Devolución de Medicamentos" sellado y con Número de Folio al Personal administrativo del Servicio.	
Personal Administrativo del Servicio	18	Recibe copia del formato "Devolución de Medicamentos" sellado y con Número de Folio.	• Formato "Devolución de Medicamentos".
	19	Entrega en el Servicio Médico copia del formato "Devolución de Medicamentos" sellado y con Número de Folio para archivo de copia.	
Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería.	20	Recibe copia del formato "Devolución de medicamentos" lo archiva y resguarda en el Servicio. **TERMINA.**	• Formato "Devolución de Medicamentos".

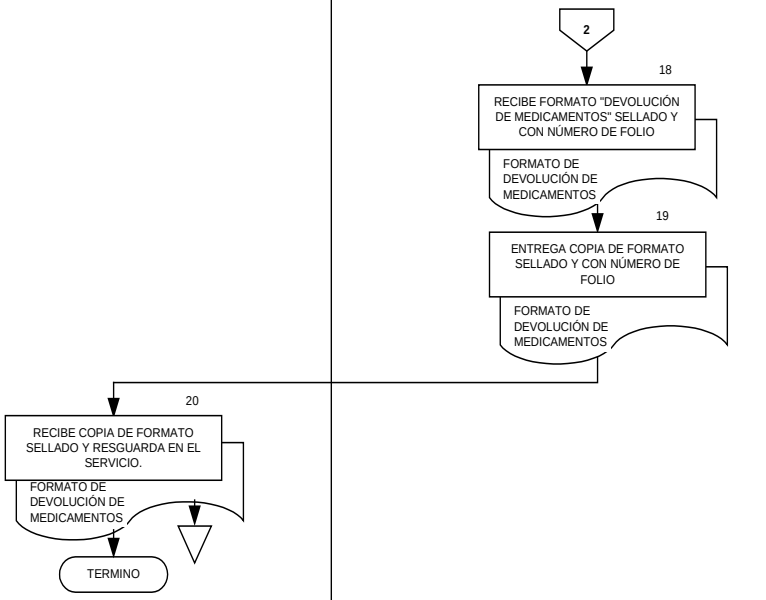
5. DIAGRAMA DE FLUJO



JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO	SUBDIRECTOR DE ALMACENES (COORDINADOR DE ENLACE INTRAHOSPITALARIO)



JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO	SUBDIRECTOR DE ALMACENES (COORDINADOR DE ENLACE INTRAHOSPITALARIO)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes.	No Aplica
6.4 Código de Bioética para el personal del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato "Devolución de Medicamentos".	5 años	Subdirección de Almacenes y Servicios Médicos	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Fecha de caducidad: Día, mes y año en que pierde su vida útil un medicamento.

8.2 Fotosensible: Son aquellos medicamentos que se degradan rápidamente en presencia de luz. Por este motivo se acondicionan en envases opacos.

8.3 Gel: Bolsas de platico rellena de gel refrigerante (gelatina) es un sistema coloidal que se mantiene congelado de 12 horas a la intemperie a 48 horas dentro de una caja de unicel.

8.4 Lote: Cantidad definida de material de partida, de acondicionamiento o producto elaborado en un proceso o serie de procesos de forma que debe ser homogénea o idéntica.

8.5 Medicamento: A toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios.

8.6 Medicamentos deteriorados: Sustancias que han sufrido disminución o pérdida de la calidad en la presentación del empaque primario o secundario. Con tachaduras, rayones, parte o la totalidad del etiquetado no es legible.

8.7 Medicamentos en mal estado: Medicamentos con cambios en el color, olor, aparición de manchas, fraccionamiento, resecamineto y/o humedecimientos.

8.8 Medicamentos incompletos: Producto que ha perdido alguna de las partes que lo componían originalmente.

8.9 Medicamentos obsoletos: Medicamentos o productos poco usados o sin uso, ya no útil o inadecuado en las circunstancias actuales.

8.10 Medicamentos rotos: Producto que se ha partico en trozos irregulares, no funciona y no se puede usar para los fines que se necesitan.

8.11 Ministración: Actividad de enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos.

8.12 Muestras médicas: Medicamento el personal que representa a algún laboratorio o distribuidor de medicamentos entrega directamente al personal médico o paramédico para que lo conozca y recomiende, con la finalidad de verificar su efectividad.

8.13 Red fría: Se define como cadena o red fría a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde la fabricación hasta su administración Es el proceso logístico que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas desde su producción hasta el paciente final de la vacunación

8.14 Servicio Medico: área médica o quirúrgica para internamiento de pacientes con fines de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

8.15 Unidad de medida: Descripción de la presentación en la que se entrega el medicamento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato "Devolución de Medicamentos".

10.1 Formato “Devolución de Medicamentos”.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

FORMATO DE DEVOLUCIONES DE BIENES DE CONSUMO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL SERVICIO	NOMBRE Y CAMA DEL PACIENTE	HORA DE DEVOLUCION

CLAVE	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	LOTE	CADUCIDAD	OBSERVACIONES

SELLO DE RECIBIDO	NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL ALMACEN Y/O COORDINADOR DE ENLACE INTRAHOSPITALARIO	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DEVUELVE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO DE LA FARMACIA

Nota: El nombre y cama del paciente solo aplica para la devolucion de medicamentos asi como la firma del Responable Sanitario de la Farmacia

51. PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS VULNERABLES

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico involucrado en la atención de pacientes considerados como vulnerables, con la finalidad de identificar y generar entornos seguros para estos pacientes que no tienen la posibilidad de protegerse a sí mismos o manifestar la necesidad de solicitar ayuda contra agresiones de cualquier naturaleza por parte de los visitantes, familiares de otros pacientes y/o del personal del Hospital particularmente en los menores de edad, embarazadas, adultos mayores, con sobrepeso u obesidad o con trastornos psiquiátricos o emocionales, víctimas de abuso, negligencia o violencia familiar, comatosos, con sospecha de alguna dependencia a droga o alcohol, pacientes indígenas, en situación de calle, refugiados y enfermos en estadíos terminales de cualquier etiología, incluyendo infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), migrantes, jornaleros agrícolas, así como aquellos que tienen discapacidades, o personas con preferencias sexuales distinta a la heterosexual, enfocándose a salvaguardar su integridad y dar prioridad en su atención, dentro de lo posible, preservando en lo posible los lineamientos relativos a la protección de los derechos humanos de cada individuo.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento será observado y ejecutado por el personal de la Unidad de Información y Relaciones Públicas, Admisión, Trabajo Social, así como al personal médico y paramédico de los Servicios médico- quirúrgicos y todo aquel personal que atienda a los pacientes identificados en el presente procedimiento

2.2 A nivel externo: este procedimiento aplica a los visitantes, familiares, acompañantes, tutores, representantes legales, personal de traslado de otras unidades, agentes del ministerio público, representantes de organismos e instituciones de gobierno, organizaciones no gubernamentales, de servicios subrogados, del voluntariado, quienes deberán acatar el reglamento de visitas y sus condiciones de acceso a las áreas de atención.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Personal de Salud reconocer a los pacientes que pertenecen a los grupos vulnerables y que representan al conjunto de personas que, por sus características fisiológicas, patológicas, pobreza e ignorancia o limitadas por el idioma tienen el riesgo de sufrir o ser sujetos de violencia, abusos, negligencia de atención médico-social, o bien ser susceptibles a morbilidad y mortalidad aumentadas. Dentro del grupo de pacientes vulnerables se considera a los menores de edad (lactantes, preescolares escolares y adolescentes), embarazadas, adultos mayores, pacientes con sobrepeso u obesidad o con trastornos psiquiátricos o emocionales, víctimas de abuso, negligencia o violencia familiar, comatosos, pacientes con sospecha de alguna dependencia a droga o alcohol, pacientes indígenas, pacientes en situación de calle, refugiados y enfermos en estadíos terminales de cualquier etiología, incluyendo infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), migrantes, jornaleros agrícolas, así como aquellos que tienen discapacidades, o personas con preferencias sexuales distinta a la heterosexual, entre otros.

3.2 El personal de Trabajo Social será responsable de identificar a los pacientes pertenecientes a los grupos vulnerables establecidos en la política 3.1 del presente procedimiento, brindar información clara y suficiente sobre la carta de los derechos de los pacientes y la importancia de contar con un familiar las 24 horas del día durante su hospitalización, atención ambulatoria y en procedimientos de laboratorio y gabinete, así como dar aviso a las autoridades competentes (Jefe de Servicio) para otorgar pase de visita permanente.

3.3 El personal de Trabajo Social será responsable de otorgar atención al paciente y su familiar responsable sin ningún tipo de discriminación (respecto a la raza, religión, orientación sexual, orientación política o condición socioeconómica) respetando sus valores socioculturales, con oportunidad y un alto sentido humano, haciendo hincapié que la información proporcionada será considerada como confidencial, en apego a lo establecido por el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI).

3.4 En caso que el paciente y/o familiar no sepan leer ni escribir, o tenga dificultades auditivas o visuales, será responsabilidad del personal de Trabajo Social informar ampliamente sobre los trámites a realizar y se catalogará al paciente como vulnerable.

3.5 En caso de detectar algún grado de vulnerabilidad, será responsabilidad del Trabajador Social realizar acciones sociales dentro del ámbito de su competencia y que el caso particularmente lo requiera:

a) Niños. Se realizará coordinación con el médico tratante, valorando particularmente cada necesidad, caso legal, abandono, maltrato y abuso con:
- Unidad jurídica del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”
- Procuraduría de la Defensa del Menor
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Casa de la Amistad
- Dirección Social de Integración Social
- Asociación de Ayuda y Solidaridad para Niños de la Calle
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

b) Adultos Mayores
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Centros Gerontológicos
- Albergues
- Centros de Atención a Violencia Familiar (CAVI)
- Gobierno del Distrito Federal
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)
- Comité de Cuidados Paliativos

c) Personas con Discapacidades
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Asociación Pro Personas Con Parálisis Cerebral (APPAC, IAP)
- Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

d) Pacientes con Alteraciones del estado de Conciencia y Personas con Trastornos Psiquiátricos
- Hospital Fray Bernardino Alvarez
- Hospital Samuel Ramírez Moreno
- Instituto de Salud Mental
- Servicios de Salud Ocaranza
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

e) Mujeres Embarazadas
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar (CAVI)
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Asociación Vida y Familia
- Voluntariados

f) Personas que pertenecen a comunidades Indígenas:
- Casa de los Mil Colores
- Centro de Lenguas Indígenas (INALI)

g) Personas que hablan otro idioma:
- Embajadas y asociaciones del país de que se trate el paciente
- Instituto Nacional de Migración
- Comisión de Ayuda a Refugiados (COMAR)

h) Personas víctimas de Violencia Familiar:
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar (CAVI)
- Comité de Violencia Familiar del Hospital General de México

i) Pacientes Inmunocomprometidos
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Casa de la Sal
- Clínica Condesa
- Albergue México
- CONASIDA

j) Pacientes Farmacodependientes
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Centros de Integración Juvenil
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)
- Grupos de Alcohólicos Anónimos
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

k) Personas en situación de calle, migrantes
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Gobierno del Distrito Federal (GDF)
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar (CAVI)
- Albergues
- Centro de Asistencia y e Integración Social (CASI)
- Comisión de Ayuda a Refugiados (COMAR)
- Instituto Nacional de Relaciones Exteriores
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

l) Personas que carezcan de familiar responsable o en condiciones de abandonado
- Unidad Jurídica del Hospital General de México
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Albergues
- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)

3.6 El Jefe de Servicio es responsable de verificar y supervisar la garantía de identificación del grupo de pacientes vulnerables en la nota de ingreso.

3.7 El Personal Médico y Paramédico será responsable de actuar con especial cuidado para prevenir posibles actos de violencia o abuso a los pacientes vulnerables especialmente en aquellas situaciones en que permanezcan en áreas de aislamiento o áreas remotas dentro de la institución.

3.8 La Jefe de Enfermeras, encargada de turno y personal de enfermería verificará la permanencia del familiar de pacientes identificados como vulnerables durante las 24 horas del día y notificará a Trabajo Social sobre irregularidades en la permanencia del familiar con su paciente.

3.9 El Subdirector de Seguridad y Protección Civil interna será responsable de coordinar a su personal para que se brinde un acceso rápido y prioritario a los pacientes vulnerables al interior del hospital y a los Servicios médicos, además de acudir al llamado de emergencias de personas que se encuentran manifestando agresión o violencia y que no puedan ser controlados por el personal de salud y/o sus acompañantes.

3.10 En casos de incendio o algún otro desastre natural que amerite la evacuación del Hospital, el personal asignado para ello (protección civil) es responsable de dar prioridad a los pacientes vulnerables especificados en este procedimiento.

3.11 El incumplimiento de este procedimiento será sancionado por la Dirección General y de acuerdo a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente.

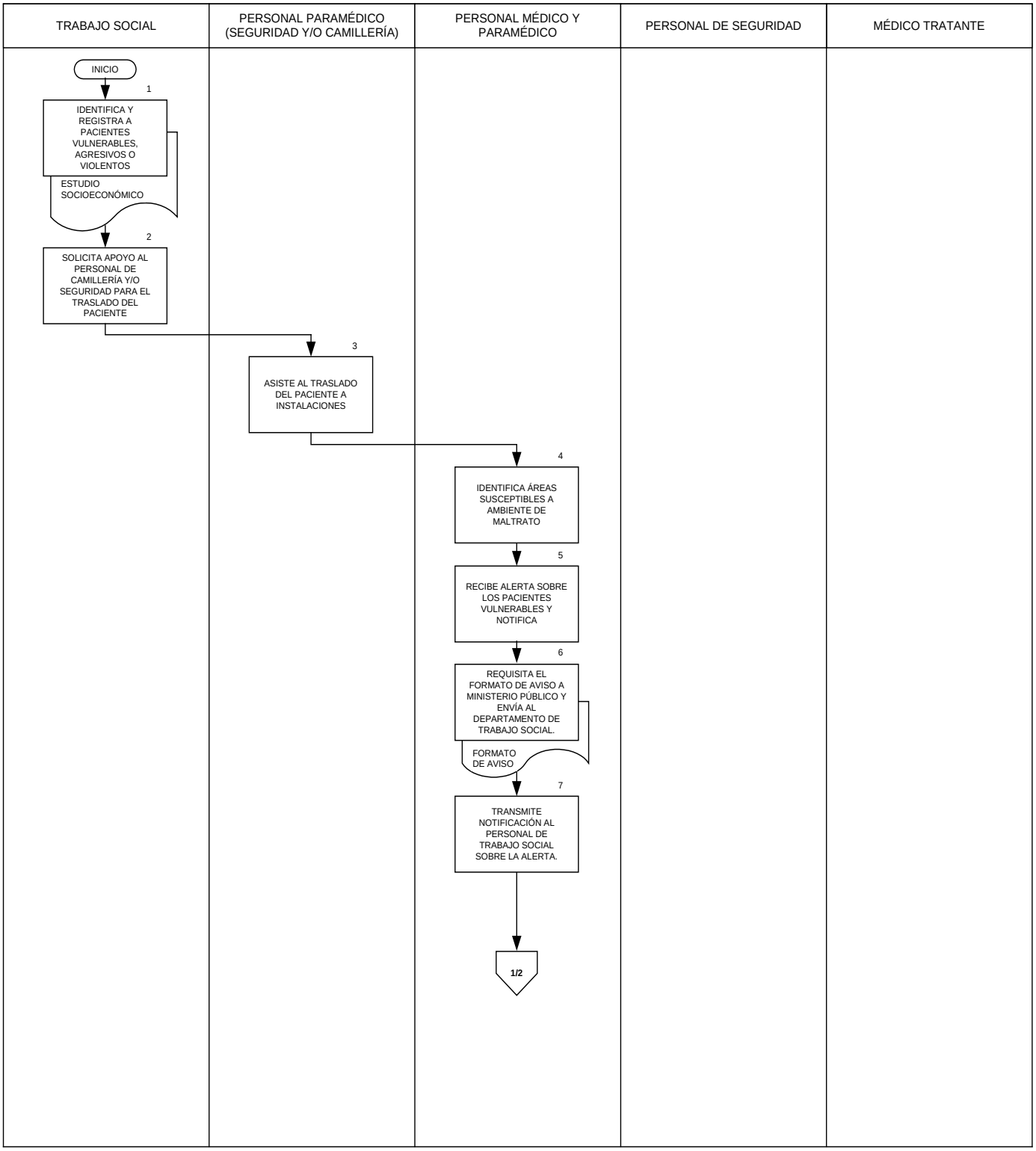
3.12 Todas las actividades que conlleven la realización de relaciones interpersonales se deberán apegar al Código de Bioética vigente para el Hospital.

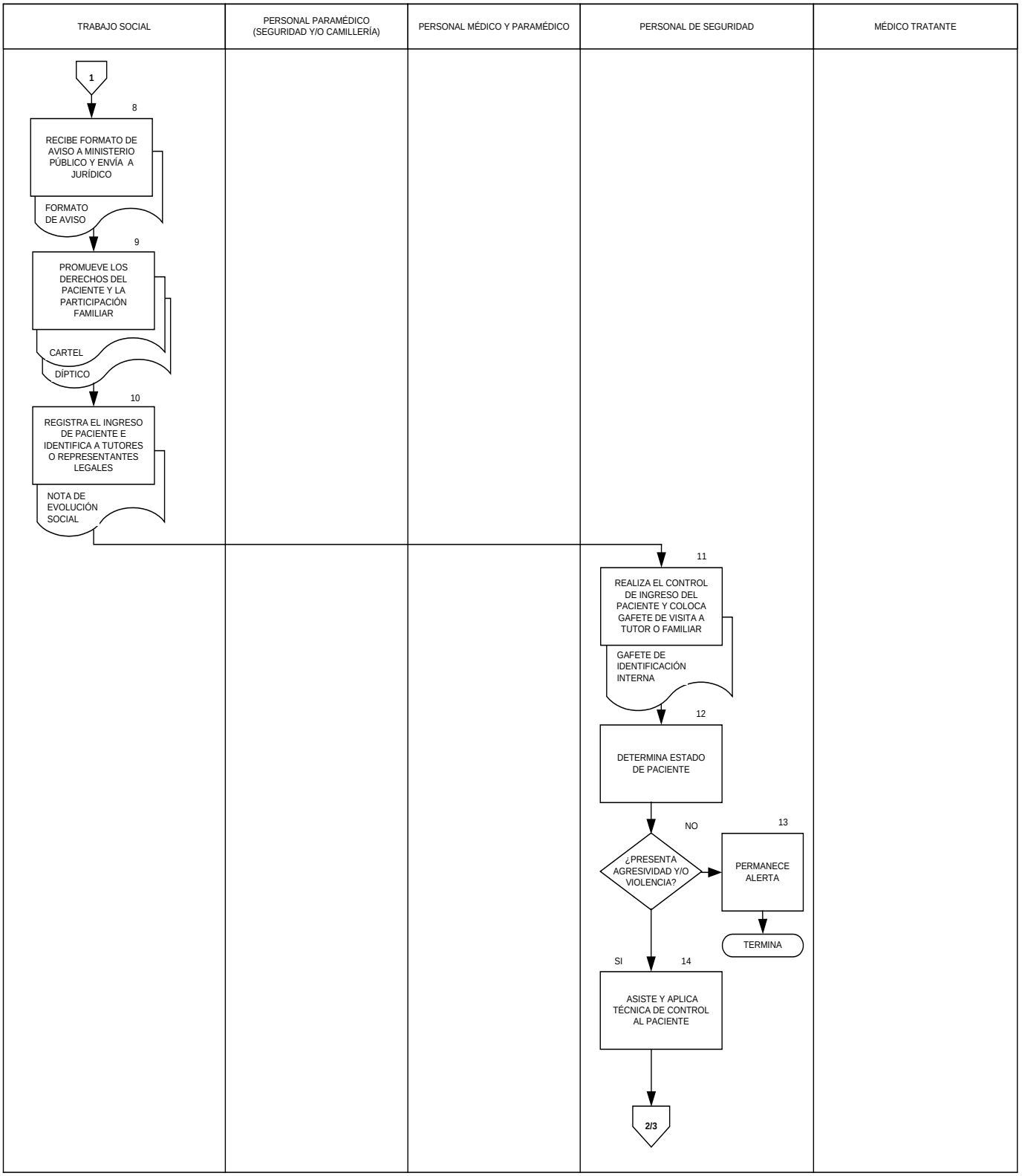
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

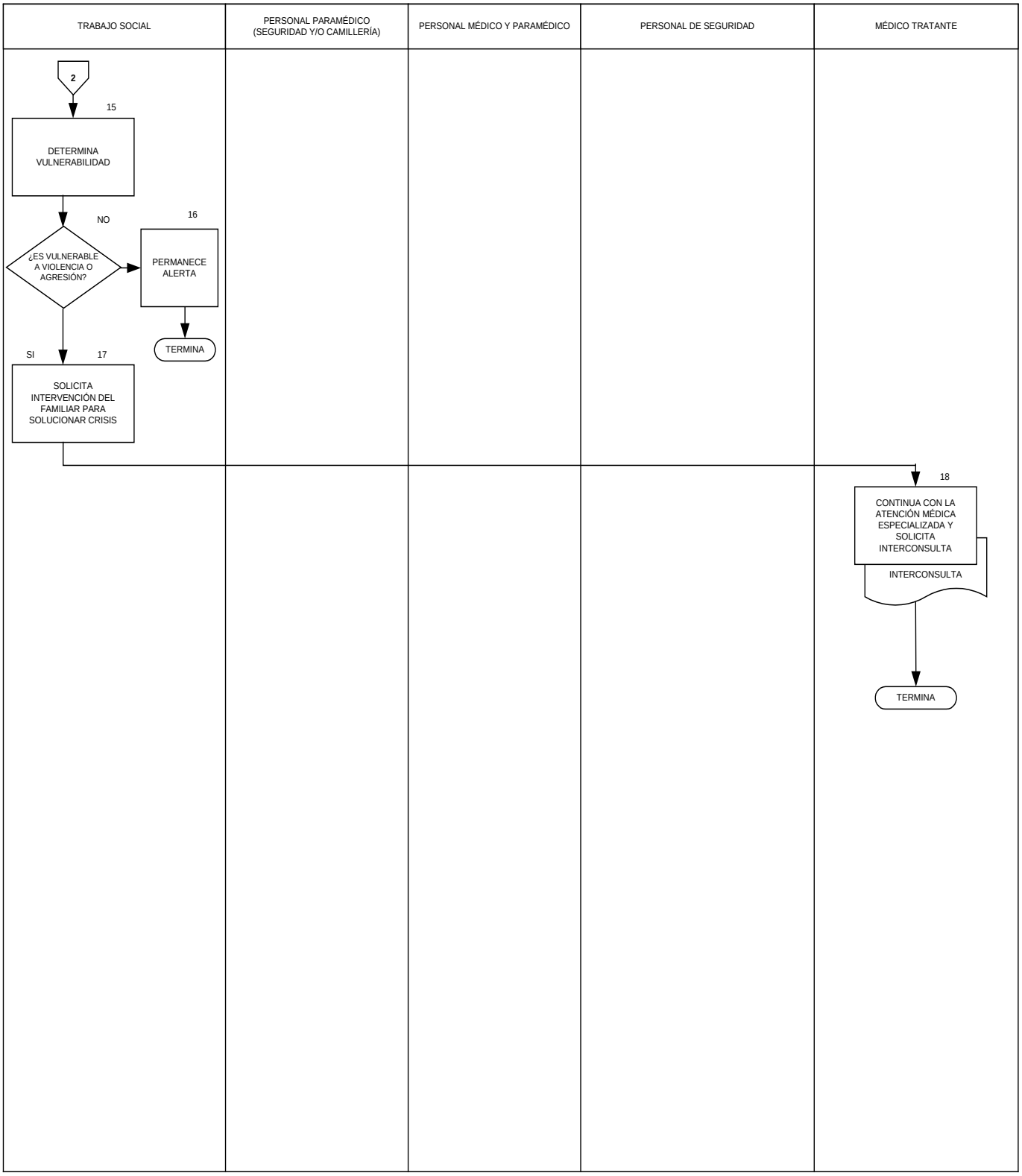
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Trabajo Social.	1	Identifica y registra en el estudio socioeconómico a los pacientes de grupos vulnerables establecidos, incluyendo aquellos que presentan estados de agresividad o violencia familiar; de conformidad con el formato de registro de atención en caso de violencia familiar y envía este al Comité de Violencia Familiar.	• Estudio socioeconómico. • Formato de registro
	2	Solicita apoyo al personal de camillería y/o seguridad para el traslado del paciente identificado.	
Personal Paramédico (Seguridad y/o Camillería).	3	Asiste al traslado del paciente, facilitando el descenso de vehículos, uso de rampas y acceso a instalaciones.	
Personal Médico y Paramédico.	4	Identifica las áreas susceptibles a propiciar ambientes de maltrato: Pediatría, Terapia Médica Intensiva, terapia Intermedia, cuartos aislados, áreas remotas del Hospital, incluyendo aquellas áreas donde el paciente permanezca a solas con el personal de salud. Debe atender al paciente vulnerable siempre en compañía del familiar responsable o tutor	• Formato de aviso a Ministerio Público.
	5	Recibe notificación de alerta sobre la violación a la integridad física y/o emocional de los pacientes pertenecientes a grupos vulnerables.	
	6	Requisita el formato de aviso a Ministerio Público (en caso de violencia familiar) y envía al Departamento de Trabajo Social.	
	7	Transmite notificación al personal de Trabajo Social sobre la alerta.	
Trabajo Social.	8	Recibe formato de aviso a Ministerio Público (en caso de violencia familiar) y envía a la Unidad Jurídica.	• Formato de aviso a Ministerio Público.
	9	Promueve los derechos del paciente en condiciones de vulnerabilidad y la participación del familiar en tareas para su cuidado, en carteles y dípticos, apego a tratamientos y cuidados integrales del paciente, a través de entrevista personalizada.	• Cartel. • Díptico. • Nota de evolución social.
	10	Registra el ingreso de todo paciente a las áreas de internamiento en la nota de evolución social e identifica a los familiares o tutores o representantes legales.	
Personal de Seguridad.	11	Realiza el control del ingreso de pacientes, familiares y visitantes de las diferentes áreas. Coloca gafetes de identificación interna de visitantes y familiares, proveedores, agentes del Ministerio Público, voluntariado, etc.	• Gafete de identificación interna.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Seguridad.	12	Determina si el paciente o familiar presenta estados de agresividad y/o violencia ¿Presenta agresividad y/o violencia? 13 No: Permanece alerta y termina el procedimiento 14 Si: Asiste al personal que lo requiera, aplica técnicas de persuasión y/o control, manteniendo la integridad y dignidad del paciente.	
Trabajo Social.	15	Determina vulnerabilidad para violencia o agresión del paciente. ¿Es vulnerable a violencia o agresión? 16 No: Permanece alerta y termina el procedimiento. 17 Si: Solicita intervención del familiar para solucionar la crisis, solicita al médico tratante la continuación de la atención médica.	
Médico Tratante.	18	Una vez logrado el control de la crisis, continúa la atención médica especializada y solicita interconsulta. **TERMINA**	• Interconsulta

5. DIAGRAMA DE FLUJO




TRABAJO SOCIAL
PERSONAL PARAMÉDICO (SEGURIDAD Y/O CAMILLERÍA)
PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO
PERSONAL DE SEGURIDAD
MÉDICO TRATANTE
1
8
RECIBE FORMATO DE AVISO A MINISTERIO PÚBLICO Y ENVÍA A JURÍDICO
FORMATO DE AVISO
9
PROMUEVE LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR
CARTEL
DÍPTICO
10
REGISTRA EL INGRESO DE PACIENTE E IDENTIFICA A TUTORES O REPRESENTANTES LEGALES
NOTA DE EVOLUCIÓN SOCIAL
11
REALIZA EL CONTROL DE INGRESO DEL PACIENTE Y COLOCA GAFETE DE VISITA A TUTOR O FAMILIAR
GAFETE DE IDENTIFICACIÓN INTERNA
12
DETERMINA ESTADO DE PACIENTE
NO
13
¿PRESENTA AGRESIVIDAD Y/O VIOLENCIA?
PERMANECE ALERTA
TERMINA
SI
14
ASISTE Y APLICA TÉCNICA DE CONTROL AL PACIENTE
2/3


TRABAJO SOCIAL
PERSONAL PARAMÉDICO (SEGURIDAD Y/O CAMILLERÍA)
PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO
PERSONAL DE SEGURIDAD
MÉDICO TRATANTE
2
15
DETERMINA VULNERABILIDAD
NO
16
¿ES VULNERABLE A VIOLENCIA O AGRESIÓN?
PERMANECE ALERTA
TERMINA
SI
17
SOLICITA INTERVENCIÓN DEL FAMILIAR PARA SOLUCIONAR CRISIS
18
CONTINUA CON LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y SOLICITA INTERCONSULTA
INTERCONSULTA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Carta de los Derechos del Paciente.	No aplica
6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.	No aplica
6.3 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.	No aplica
6.4 Ley para la integración al desarrollo de personas con discapacidad.	No aplica
6.5 Ley que crea la procuraduría de la defensa del menor y la familia.	No aplica
6.6 Ley de los Derechos de las personas Adultos Mayores DF.	No aplica
6.7 Código de Bioética para el personal del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos de registros y de aviso	5 años	Departamento de Trabajo Social	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Familia: La(s) personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso que el mismo perdiera la capacidad para hacerlo.

8.2 Grupo en riesgo: Contingencia o proximidad de un daño. Está ligado a la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida.

8.3 Grupo Vulnerable: También conocidos como grupos sociales en condiciones de desventaja, ocupa un espacio creciente en las agendas legislativas de las políticas públicas, con especial atención a los procesos de vulnerabilidad social de las familias, grupos y personas. Aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. La Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) define un grupo vulnerable al que padece de inseguridad alimentaria o corre riesgo de padecerla. El grado de vulnerabilidad de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinado por su exposición a los factores de riesgo y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas.

8.4 Incompetente: Dícese de aquellas personas que de manera temporal, transitoria o permanente NO presentan condiciones para ejercer la autonomía, pudiendo considerar a quienes presentan situaciones agudas y reversibles de salud, enfermedades crónicas y debilitantes tanto físicas como mentales.

8.5 Paciente: Persona que recibe atención, tratamiento y servicios.

8.6 Paciente ambulatorio: Personas que no necesitan un nivel de atención asociado con el entorno más estructurado del internamiento, se conoce también como “atención externa”.

8.7 Paciente hospitalizado: Son personas admitidas y alojadas en un establecimiento de atención médica, al menos de un día para otro.

8.8 Servicios subrogados: Servicios prestados mediante un contrato por escrito con otra organización, organismo o persona, el contrato especifica los servicios o el personal a proporcionarse en nombre del establecimiento o solicitante y las tarifas a pagar por dicho servicios o personal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Díptico de identificación de pacientes que pertenecen a Grupos Vulnerables.
10.2 Cartel de identificación de pacientes de grupos vulnerables.
10.3 Formato de estudio socioeconómico.
10.4 Formato de registro de atención en caso de violencia familiar.
10.5 Formato de aviso al Ministerio Público.

10.1 Díptico de identificación de pacientes que pertenecen a Grupos Vulnerables

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

PERSONAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES QUE PERTENECEN A

GRUPOS VULNERABLES

¿QUÉ SON LOS GRUPOS VULNERABLES?

Son personas que por sus condiciones sociales, económicas, culturales y psicológicas, sufren de la privación de sus derechos humanos. (Fuente: CNDH) y que requieren de mayor información del personal.

LOS GRUPOS VULNERABLES SE DIVIDEN EN:

Niños y Niñas
Discapacitados
Mujeres en situación de riesgo: Embarazadas y/o en situación de violencia, abuso o agresión.
Personas con VIH-SIDA
Personas con enfermedades mentales
Indígenas
Adultos mayores
Migrantes (refugiados)
Personas en situación de calle y/o adicciones.

(Fuente: CNDH)

¿QUÉ HACER SI IDENTIFICA A UN PACIENTE QUE PERTENECE A UN GRUPO VULNERABLE?

De acuerdo a la situación que esté presentando, ejemplo: No habla español, necesita albergue, paciente abandonado etc. acudir con algún integrante del equipo de salud:

- Trabajadora Social
- Médico
- Enfermera
- Vigilancia

Quienes le orientarán para resolver sus dudas o buscar alternativas al problema que para su atención médica esté presentando.

¿DÓNDE SE PUEDEN REFERIR A ESTOS PACIENTES?

Principalmente en el servicio donde estén recibiendo atención médica

LA PARTICIPACIÓN DEL TODO EL PERSONAL DE SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA ASEGURAR LA ADECUADA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

10.2 Cartel de identificación de pacientes de grupos vulnerables.

10.3 Formato de estudio socioeconómico.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

T.S E.Soc 1

No. Expediente 1 **Servicio:** 2 **fecha** 3

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: 4 **Sexo** 5

Apellido paterno materno nombre (s)

Fecha de Nacimiento: 6 **Edad:** 7 **Edo. Civil:** 8

Escolaridad: 9 **Ocupación:** 10 **Referencia:** 11

Derechohabiente o Beneficiario (12) **SÍ ( )** **NO ( )** **Cuál?**_____ **Religión:** 13

Tipo de Estudio (14): **1ra Vez:** **Actualización:**

Domicilio permanente (15):

Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.

Municipio/Delegación	Estado	Tel:

Familiar responsable (16): **Parentesco:** 17

Domicilio (18):

Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.

Municipio/Delegación	Estado	Tel:

II.-CONDICIONES ECONÓMICAS

Personas que aportan	$ INGRESO MENSUAL (19)
Jefe de Familia	
Esposa (o)	
Hijo (a)	
Otro (s)	
Total	

Desglose de gastos:	$ EGRESO MENSUAL (20)
Alimentación/Despensa	
Renta/hipoteca/predio	
Agua	
Luz	
combustible	
Transporte	
Educación	
Teléfono	
Salud	
Serv. Doméstico	
Consumos Adicionales	
TOTAL	

Núm. Integrantes (21)

Relación Ingreso- Egreso (22)

Situación Económica: (24)

Déficit ☐ **Equilibrio** ☐ **Superávit** ☐

Ocupación del principal proveedor económico (25): _____ ☐

III. VIVIENDA:

Tipo de Tenencia (26): **Propia (3)** **Prestada (2)** **Rentada (1)** **Otro: (0)**_____ ☐

Grupo	Tipo de vivienda (27)	Ptos.
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda.	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio.	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial.	5

Servicios Públicos (28)

alumbrado público **pavimentación** **alcantarillado** **recolección de basura** _____

4 o más (3) **3 serv. (2)** **2 serv. (1)** **0-1 serv. (0)** ☐

Servicios Intradomiciliarios (29) **4 o más (3)** **3 serv. (2)** **2 serv. (1)** **0-1 serv. (0)** ☐

Material de Construcción (30) **Mampostería (2)** **Mixta (1)** **Lámina, Madera, material de la región (0)** ☐

Número de Dormitorios (31) **5 ó + (2)** **3-4 (1)** **1-2 (0)** ☐

Número de Personas por dormitorio (32) **1-2 (2)** **3 per (1)** **4 o más (0)** ☐

IV. ESTADO DE SALUD

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE (33): _____

¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? (34)

Menos de 3 meses o sin (2) **De 3/6 meses (1)** **Más de 6 meses (0** 0

¿El paciente tiene otros problemas de Salud además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? (35)

NO (1) **SÍ (0)** **¿Cuál?** _____ **¿Dónde se atiende?** _____

Estado de Salud de los integrantes de la familia (36):

Ningún enfermo (2) **Un enfermo (1)** **Dos o el principal proveedor económico (0)** 0

Familiograma: (37) (hoja anexa)

Paciente en condiciones de vulnerabilidad (87)	S/N
Habla alguna lengua indígena (39)	S/N

I. NOMBRE DEL FORMATO: Estudio Socioeconómico TSE.Soc 1
II. OBJETIVO: Contar con un instrumento que permita recabar información para evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia.
III. RESPONSABLE: Para fines de elaboración, el Trabajador Social del área operativa. Para fines de supervisión, la Supervisora de Trabajo Social.
IV. PERIODICIDAD: Cada vez que el trabajador social asigne nivel de clasificación de primera vez o subsecuente.
V. NUMERO DE TANTOS: En original.
VI. DISTRIBUCIÓN: Para el expediente clínico del paciente.

VII. INSTRUCCIONES DE LLENADO:

No. A N O T A R

1. El número de ECU que se le asigna al paciente cuando ingresa a la institución.
2. Especialidad o área donde se realizó el estudio socioeconómico.
3. Día, mes y año en que se elabora el documento.
4. Nombre y apellidos completos del paciente sin abreviaturas.
5. Masculino o Femenino
6. Día, mes y año en que nació el paciente. (día00/mes00/año0000)
7. Con número la edad del paciente.
8. Situación legal del paciente. (Soltero, casado, viudo).
9. Año escolar que está cursando el paciente o grado máximo de estudios cursado.
10. Nombre de la actividad que desempeña laboralmente el paciente.
11. Institución médica de donde fue derivado el paciente.
12. Nombre de la Institución que le proporciona Seguridad Social
13. El nombre de la doctrina religiosa que profesa el paciente.
14. Anotar si es primera vez o actualización de datos.
15. Lugar donde vive el paciente, incluyendo calle, número exterior e interior, colonia, localidad, código postal, Estado, País y número telefónico con lada.
16. Nombre y apellidos completos de la persona que se hace responsable del paciente ante la institución.
17. Relación que tiene con el paciente la persona que firma como responsable.
18. Lugar donde reside el responsable del paciente en forma permanente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, delegación o municipio, estado y número telefónico incluyendo clave lada).
19. Registrar ingresos mensuales de las personas que aportan al gasto familiar y obtener la suma total.
20. Desglose de egresos mensuales referidos en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado.
21. Registrar el número total de los integrantes que dependen económicamente del mismo ingreso y que viven en el mismo núcleo familiar.
22. Anotar el % que se obtiene en la relación ingreso – egreso (de acuerdo a la tabla A mayor porcentaje de gasto, menor puntaje) y en la casilla correspondiente, la calificación resultado del % obtenido.
23. Relación ingreso-número de dependientes económicos y anotar puntaje de acuerdo a la tabla correspondiente a la zona geográfica donde se realiza el estudio socioeconómico.
24. Una “X” en la categoría que corresponda a la situación socioeconómica del paciente y su familia.
25. Nombre de la actividad que desempeña al momento del estudio el principal proveedor económico (de acuerdo al catálogo de ocupación) y la calificación correspondiente.
26. Con una “X” la condición en que se encuentra la vivienda que habita el paciente y su familia (Propia, rentada, prestada, etc.) Si se encuentra en proceso de pago, se considera rentada.

27. Con una “X” el tipo de vivienda en que vive l paciente y su familia (Vecindad, depto., casa, etc) y la calificación correspondiente.
28. Marcar con una “X” la cantidad de servicios con que cuenta la vivienda que habita el grupo familiar. (Alumbrado público, pavimentación, alcantarillado, recolección de basura, agua y teléfono público) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
29. Marcar con una “X” el número total de servicios con que se cuenta dentro de la vivienda (agua, luz, drenaje, gas, teléfono, otros) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
30. Marcar con una “X” el tipo de material prevaleciente en la construcción de la vivienda y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
31. Marcar con una “X” Total de habitaciones utilizadas para dormir, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
32. Marcar con una “X” el número máximo de personas que ocupan un dormitorio y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
33. Anotar el diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente.
34. Seleccionar la categoría que corresponda al tiempo de evolución de la enfermedad del paciente y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
35. Si el paciente tiene otros problemas de salud, marcar con una “X” la variable que corresponda, tipo de padecimiento y lugar donde se atiende, asimismo el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
36. Marcar con una “X” la variable que corresponda, si existen más pacientes en el grupo familiar, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha
37. Elaborar en hoja anexa el diagrama de la composición familiar.
38. Anotar la palabra “SI” ó “NO” si el paciente se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.
39. Registrar si el paciente habla alguna lengua indígena y seleccionar que dialecto es.
40. Anotar la interpretación profesional de la situación socioeconómica del paciente y grupo familiar.
41. Anotar con número el total resultado de la sumatoria de las calificaciones obtenidas en cada una de las variables.
42. Anotar con número el nivel de clasificación que corresponda al paciente con base a los puntos obtenidos.
43. Anotar nombre completo del paciente y/o familiar que proporcionó la información y su firma (opcional, de acuerdo a política interna de cada institución).
44. Anotar el nombre completo, firma y cédula profesional del T.S. que realizó el estudio socioeconómico.

10.4 Formato de registro de atención en caso de violencia familiar.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

REGISTRO DE ATENCION EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR
(APENDICE INFORMATIVO 2)

Folio |__|__|__|__|

UNIDAD MEDICA
NOMBRE: _____ INSTITUCION: _____

LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ ENTIDAD: _____

USUARIO(A) AFECTADO(A) ♦

1. NOMBRE _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

2. CURP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3. EDAD |__|__| años

4. SEXO |__|
1. Masculino
2. Femenino
3. Embarazada

6. DERECHOHABIENCIA |__|
1. IMSS 2. ISSSTE
3. PEMEX 4. SEDENA
5. SECMAR 6. OTRO 7. NO

6. DOMICILIO _____
Calle Número exterior Número interior Barrio o colonia Código postal

Localidad Municipio Entidad Federativa

EVENTO

1. FECHA DE OCURRENCIA |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
día mes año

2. TIPO DE VIOLENCIA |__|
1. Física 2. Sexual
3. Psicológica 4. Abandono

3. PREVALENCIA |__|
1. Primera vez
2. Reincidencia

4. DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL EVENTO |__|
1. Lunes 2. Martes
3. Miércoles 4. Jueves
5. Viernes 6. Sábado
7. Domingo

5. FUE EN DIA FESTIVO |__|
1. Si 2. No

6. SITIO DE OCURRENCIA |__|
1. Hogar
2. Escuela
3. Recreación y deporte
Vía pública:
4. Transporte público
5. Automóvil particular
6. Otro _____ Especificar

7. CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO
_____
_____
_____
_____
_____

NATO

8. CONSECUENCIA RESULTANTE |__|__|
1. Contusión
2. Luxación
3. Fractura
4. Herida
5. Asfixia mecánica
6. Ahogamiento por inmersión
7. Quemadura
8. Abuso Sexual
9. Aborto
10. Otra física
11. Sólo alteración psicológica
12. Trastorno psiquiátrico

9. AGENTE DE LA LESION |__|__|
1. Fuego, flama, sustancia caliente
2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas
3. Objeto punzocortante
4. Objeto contundente
5. Golpe contra piso o pared
6. Pie o mano
7. Arma de fuego
8. Amenaza y violencia verbal
9. Múltiple
10. Otro
11. Se ignora

10. LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE |__|
1. Cabeza o cuello
2. Cara
3. Brazos y manos
4. Tórax
5. Columna vertebral
6. Abdomen y/o pelvis
7. Espalda y/o glúteos
8. Piernas y/o pies
9. Area genital
10. Múltiple

11. GRAVEDAD DE LA LESION |__|
1. Leve
2. Moderado
3. Grave

PROBABLE AGRESOR ♦

1. SE IGNORA |__|

2. EDAD |__|__| años

3. SEXO |__|
1. Masculino
2. Femenino

4. PARENTESCO |__|
1. Padre 2. Madre 3. Padrastro
4. Madrastra 5. Cónyuge 6. Otro pariente
7. Novio o pareja eventual 8. Otro

ATENCION

1. FECHA |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
día mes año
HORA |__|__| |__|__|
horas minutos

2. SERVICIOS DE ATENCION |__|
1. Consulta externa
2. Urgencias
3. Hospitalización
4. Otros servicios.

3. ATENCIONES OTORGADAS |__|__|
1. Tratamiento médico
2. Tratamiento quirúrgico
3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico
4. Otro

4. AVISO AL MINISTERIO PUBLICO |__|
1. SI 2. NO

5. DESTINO DESPUES DE LA ATENCION |__|
1. Domicilio
2. Consulta externa
3. Hospitalización
4. Traslado a otra unidad médica
5. Unidad de asistencia social
6. Defunción
7. Otro

NOTIFICACION FECHA |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
día mes año

NOTIFICANTE: NOMBRE _____ FIRMA _____

FORMATO ESTADISTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
♦ POR VIOLENCIA FAMILIAR.

10.5 Formato de aviso al Ministerio Público.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

AVISO AL MINISTERIO PUBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad Federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración ___ ___ día ___ ___ mes ___ ___ año

USUARIA(O) DE VIOLENCIA FAMILIAR

Nombre _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s)

Edad _____ Años

Sexo ☐ 1. Masculino 2. Femenino

Domicilio _____
Calle | Número exterior | Número interior | Barrio o colonia | Código postal

Localidad | Municipio | Entidad Federativa

Fecha de atención médica ___ ___ día ___ ___ mes ___ ___ año

Hora de recepción del usuario(a) afectado(a) ___ ___ horas ___ ___ minutos

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico(s) _____

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____

Plan:
a) Farmacoterapia _____
b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____
c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso:
Area de trabajo social _____
Area de psicología _____
Area de medicina preventiva _____
Area de asistencia social _____
Pronóstico _____

Notificación

Fecha ___ ___ ___ ___ ___ ___ día mes año

Agencia del Ministerio Público ☐
Presidencia Municipal ☐
Jurisdicción Sanitaria ☐

Nombre y cargo del receptor _____

No. y nombre de Agencia del Ministerio Público. _____

Otra Instancia _____ Especificar ☐ _____ Especificar

Médico Notificante: Nombre _____ Firma _____