

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO **ORGANISMO DESCENTRALIZADO**

POLITICAS HOSPITALARIAS

FEBRERO, 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 1 de 41
---	--------------------------------	--	---

INDICE

HOJA

INTRODUCCION

- I. OBJETIVO
- II. MARCO JURIDICO
- III. PROPOSITO
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- V. POLITICAS
 1. Generales
 2. Acciones Básicas de Seguridad del Paciente
 - 2.1. Identificación del Paciente (MISP 1).
 - 2.2. Comunicación Efectiva (MISP 2).
 - 2.3. Seguridad de Medicamentos de alto riesgo (MISP 3).
 - 2.4. Cirugía segura (MISP 4).
 - 2.5. Higiene de manos (MISP 5).
 - 2.6. Riesgo de caídas para los pacientes (MISP 6).
 3. Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente
 - 3.1. Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU)
 - 3.2. Prevención y Control de Infecciones (PCI)
 - 3.3. Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)
 - 3.4. Competencias y Capacitación del Personal (SQE)
 4. Atención Centrada en el Paciente
 - 4.1. Atención de pacientes (COP)
Acceso y continuidad de la atención (ACC)
 - 4.2. Evaluación de pacientes (AOP)
 - 4.3. Derechos del paciente y de su familia (PFR)
 - 4.4. Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
 5. Gestión de la Organización
 - 5.1. Gestión de la Comunicación y la Información (MCI)
 - 5.2. Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 1 de 41
---	--------------------------------	--	---

INTRODUCCIÓN

Las Políticas Hospitalarias del Hospital Juárez de México permiten contar con una herramienta transversal para ofertar atención médica con calidad, seguridad y humanismo. Se enfocan al personal que interviene en los procesos de atención médica y en los procesos de apoyo, así como a las autoridades que así lo requieran.

Su elaboración se realizó, tomando como base la normatividad en salud vigente, y su difusión e implementación se realizará bajo la coordinación de la Dirección General, la Dirección Médica, las Jefaturas de División y Jefaturas de Servicio del área médica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 2 de 41
--	--------------------------------	--	---

I.- OBJETIVO

Establecer las Políticas Hospitalarias con el fundamento jurídico necesario que permita fortalecer la atención medica bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad y de la seguridad que se brinda a los pacientes que acuden al Hospital Juárez de México.

II. MARCO JURIDICO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 3 de 41
--	--------------------------------	--	---

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

LEYES.

1. Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. el 01/06/1992, última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015
2. Ley Federal de los Trabajadores al Servicios del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Art 123 Constitucional. D.O.F. el 28/12/1963, última reforma publicada D.O.F. 02/04/2014
3. Ley Federal del Trabajo
D.O.F. el 01/04/1970, última reforma publicada D.O.F. 12/06/2015
4. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. el 11/06/2003, última reforma publicada D.O.F. 01/12/2016
5. Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. el 04/08/1994, última reforma publicada D.O.F. 02/05/2017
6. Ley Federal de Archivos
D.O.F. el 23/01/2012
7. Ley Federal de Responsabilidad Ambiental
D.O.F. el 07/06/2013.
8. Ley General de Protección Civil
9. D.O.F. el 6/06/2012, última reforma publicada DOF 23/06/2017.
10. Ley General de Responsabilidades Administrativas
11. Publicada en el D.O.F el 18/07/2016, texto vigente a partir 19/07/2017
12. Ley General de Salud
D.O.F. el 7/02/1984, última reforma publicada D.O.F. 17/11/2017
13. Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 8/10/2003, última reforma publicada D.O.F. 22/05/2015
14. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30/05/2011, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015
15. Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
D.O.F. el 18/07/2016.
16. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02/08/2006, última reforma publicada D.O.F. 24/03/2016
17. Ley General de Bibliotecas
D.O.F. 21/01/1988, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015
18. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
D.O.F. 04/12/2014, última reforma publicada D.O.F. 23/06/2017
19. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04/05/2015.
20. Ley General de Víctimas
D.O.F. 09/01/2013, última reforma publicada D.O.F. 03/01/2017
21. Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30/05/2008, última reforma publicada D.O.F. 06/01/2010
22. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. el 04/01/2000, última reforma publicada D.O.F. 10/11/2014
23. Ley de Asistencia Social

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

- D.O.F. el 2/09/2004, última reforma publicada D.O.F. 19/12/2014
24. Ley de Ciencia y Tecnología
D.O.F. el 5/06/2002, última reforma publicada D.O.F. 08/12/2015
25. Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
D.O.F. 18/06/2016.
26. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
D.O.F. 25/06/2002, última reforma publicada D.O.F. 27/12/2016
27. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 31/03/2007, última reforma publicada D.O.F. 24/03/2016

REGLAMENTOS.

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
D.O.F. 19/01/2004, última reforma D.O.F. 20/07/2016
- 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. el 20/02/1985, última reforma publicada D.O.F. 26/03/2014
- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. el 21/01/2003, última reforma publicada D.O.F. 25/07/2006
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. el 06/01/1987, última reforma publicada D.O.F. 02/04/2014
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F. el 14/05/1986, última reforma publicada D.O.F. 19/12/2016
- Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. el 5/04/2004, última reforma publicada D.O.F. 08/06/2011
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 28/07/2010
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental D.O.F. 11/06/2003
- Reglamento General de Seguridad Radiológica
D.O.F. 11/08/2014
- Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores
D.O.F. 27/01/2017

CÓDIGOS.

- Código Civil Federal
D.O.F. Publicado en cuatro partes los días 26 de 05, 14 de 07, 3 y 31 de 08 de 1928, última reforma publicada D.O.F. 24/12/2013
- Código de Procedimientos Civiles
D.O.F. el 24/02/1943, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012
- Código Penal Federal
D.O.F. el 14/08/1931, última reforma publicada D.O.F. 26/11/2017
- Código Nacional de Procedimientos Penales D.O.F. 17/06/2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

DECRETOS.

- Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal Publicado en el D.O.F. 26/ 01/2005

NORMAS.

- Norma Oficial Mexicana NOM/003/SSA2/1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. D.O.F. 18/0502/1994. Modificación D.O.F. 23/09/2011
- Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA2/1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios procedimientos para la prestación del Servicios. D.O.F. 07/04/1995
- Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA3/2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. D.O.F. 27/02/2016
- Norma Oficial Mexicana NOM/008/SSA3/2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, D.O.F. 12/04/2000. Modificación D.O.F. 04/08/2010
- Norma Oficial Mexicana NOM/040/SSA2/2004, en materia de información en salud. D.O.F. 30/11/2012
- Norma Oficial Mexicana NOM/045/SSA2/2005, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y control de las infecciones Nosocomiales. D.O.F. 20/10/2009
- Norma Oficial Mexicana NOM/006/SSA3/2007, para la práctica de anestesiología. D.O.F. 10/1/2000. Modificación D.O.F. 23/03/2012
- Norma Oficial Mexicana NOM/003/SSA3/2010, para la práctica de la hemodiálisis. D.O.F. 29/09/1999. Modificación D.O.F. 08/06/2010
- Norma Oficial Mexicana NOM/016/SSA3/2009, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. D.O.F. 08/01/2013
- Norma Oficial Mexicana NOM/004/SSA3/2012 Del Expediente Clínico D.O.F. 30/11/2012 D.O.F. el 12 de 07 de 2010, última reforma publicada D.O.F. 16/06/2011

OTROS.

- Plan nacional de desarrollo 2013/2018
D.O.F.: 20/05/2013
- Programa sectorial de salud 2013/2018
D.O.F.: 12/12/2013
- Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México
D.O.F. 04/10/2016.
- Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México 2014.
- Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México
D.O.F. última reforma 17/10/2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 6 de 41
--	--------------------------------	--	---

6. Aviso por el que se notifica el sitio de internet en el que aparecerán las recomendaciones es sobre medidas de seguridad aplicables a los sistemas de datos personales (IFAI) D.O.F.06/12/2006.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 7 de 41
---	--------------------------------	--	---

III. PROPOSITO

Definir los lineamientos para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención y seguridad hospitalaria acorde a la normatividad vigente y las políticas nacionales en salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

A nivel interno estas políticas son aplicables a todo el personal del hospital Juárez de México.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

V. POLÍTICAS

1. Políticas Generales

1.1. El Hospital Juárez de México es responsable de ofrecer atención médica quirúrgica de especialidad y alta especialidad, con seguridad, calidad y trato humano, a población abierta.

1.2. Es responsabilidad del personal médico y paramédico proteger y respetar los derechos de los pacientes de acuerdo a la normatividad vigente, otorgar información al paciente y familiar suficiente, clara, veraz, oportuna y dejar que el paciente decida libremente sobre su atención, así como dar las facilidades para que el paciente reciba una segunda opinión.

1.3. Los servicios de Urgencias del Hospital son responsables de otorgar atención médica de calidad, seguridad y trato humano las 24 hrs. de los 365 días del año.

1.4. En los servicios de Urgencias del Hospital se debe aplicar la Política de Cero rechazo, basándose en el método de Triage que permite identificar, priorizar y atender las urgencias calificadas, hasta lograr su estabilización, llegar al diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico o traslado del paciente, según sea el caso.

1.5. Cuando el hospital no cuente con capacidad resolutive y una vez estabilizado el paciente, será responsabilidad de la Institución buscar el traslado.

1.6. Todo paciente hospitalizado debe contar con una valoración inicial en las primeras 24 hrs a partir de su ingreso, con la finalidad de establecer el plan de atención de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

1.7. Es responsabilidad del personal médico dar cumplimiento a la norma oficial del expediente clínico NOM-004-SSA3-2012.

1.8. Es responsabilidad del personal médico informar al paciente y/o familiar, sobre los trámites y requisitos que deberán cumplir para su ingreso programado.

1.9. Serán considerados como pacientes vulnerables: menores de edad, pacientes con retraso psicomotriz importante, adultos mayores que requieren de dispositivos para su movilidad, pacientes en estado de coma, paciente en estado de gravidez, a los que se les brindarán las medidas de protección inherentes a sus necesidades.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2. ACCIONES BASICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Políticas relacionadas con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

2.1. Políticas Meta 1

2.1.1. Es responsabilidad del personal médico y paramédico identificar al paciente mediante dos identificadores que son: nombre completo “Apellido(s) y Nombre(s)” y fecha de nacimiento “día-mes-año” en este orden. Los dos identificadores se inscriben en una pulsera o brazalete de identificación, debiéndose utilizar tinta negra y letra de molde legible, independientemente del turno de ingreso, colocándose en la muñeca derecha preferentemente y cuando no sea posible se coloca en la muñeca contralateral o en el tobillo en casos especiales. Así también se deberá colocar una tarjeta con el mismo identificador del paciente en la cabecera de la cama, mismo que deberá permanecer durante la estancia hospitalaria del paciente. En pacientes pediátricos, o con alteraciones neurológicas o críticas, los datos de identificación serán solicitados al familiar o acompañante, y cotejados con su documentación oficial.

2.1.2. El Personal Médico y paramédico del Hospital Juárez de México, involucrado en la atención del paciente, es responsable de identificar correctamente al paciente previo a realización de: de procedimientos invasivos, toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos, debiéndose realizar doble verificación antes de administrar componentes sanguíneos o medicamentos de alto riesgo.

Se debe utilizar solo una cinta o etiqueta adhesiva con los dos identificadores. Colocándose en región anterior de tórax lado izquierdo y cuando no sea posible en el lado derecho.

2.1.3. Cuando el paciente ingrese a un Servicio de Urgencias en condición crítica y no pueda ser identificado, es responsabilidad del personal de salud colocar una tarjeta en la cabecera de cama, indicando “paciente desconocido”, registrando fecha y hora de ingreso, en lugar de nombre y fecha de nacimiento; y en caso de más de un paciente sin identificar en el mismo servicio se registrará como desconocido 1, 2.....en número progresivo. Coordinando actividades con trabajo social para su pronta averiguación o trámite correspondiente. En caso de transcurrir más de 6 horas sin identificarlo o bien, antes si se requiere, se realiza su brazalete inscribiendo en el mismo: “paciente desconocido”.

2.1.4. Si para la realización de un procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico es necesario retirar el brazalete de identificación, la persona que lo retira deberá recolocar al finalizar el procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.1.5. El personal de salud, deberá realizar una doble identificación, además de la comprobación inicial, siempre deberá volver a cotejar los datos de identificación del paciente en forma previa en las siguientes situaciones:

- El traslado del paciente.
- La administración de todo tipo de medicación
- La administración de sangre y/o hemoderivados.
- La ejecución de procedimientos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos.
- La dotación de dietas.

En los procedimientos invasivos de tipo radiológico o quirúrgico, la comprobación debe ser en las etapas: previa, durante y después del procedimiento.

2.1.6. En pacientes inconscientes, en estado de coma, bajo sedación o anestesia, la identificación se realiza a través del brazalete y el expediente clínico.

2.2 Políticas Meta 2

2.2.1. El personal médico adscrito, médicos residentes y personal de enfermería son los responsables de dar o recibir órdenes o instrucciones de atención médica en forma verbal, en casos de urgencia, en donde se encuentre en peligro la vida del paciente.

2.2.2. El personal médico adscrito, médicos residentes y personal de enfermería serán responsables de dar o recibir órdenes o instrucciones de atención médica en forma verbal en caso de urgencia deberán cumplir en forma obligada con los siguientes puntos:

- a. El receptor escucha la indicación.
- b. Repite la indicación o instrucción en voz alta.
- c. El emisor la confirma.
- d. Al término del evento de urgencia, escribir la orden dada o ejecutada.

2.2.3. Al término del evento de urgencia el emisor deberá registrar la orden o instrucción de atención médica, en la hoja de indicaciones médicas anotando: fecha, hora, orden o instrucción, nombre y firma.

2.2.4. Al término del evento de urgencia el receptor, deberá registrar la orden o instrucción de atención médica ejecutada en el plan integral de enfermería en el apartado según corresponda: plan terapéutico, terapia intravenosa, cuidados de enfermería, y en el rubro de observaciones registrar el nombre de la persona que emite y la hora.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.2.5. El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento queda facultado para dar resultados de manera verbal, sobre procedimientos que efectúe en su ámbito, a los siguientes servicios: urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, o en el caso en donde se encuentre en peligro la vida del paciente.

2.2.6. Todos los médicos adscritos y/o médicos residentes, personal de enfermería y personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, son responsables de seguir el siguiente procedimiento en caso de dar o recibir resultados de manera verbal, sobre procedimientos que efectúen en su ámbito:

- a. El receptor escucha la información.
- b. La escribe
- c. El receptor lee el resultado escrito.
- d. El emisor confirma.

2.2.7. En caso de recibir resultados de laboratorio en forma verbal o telefónica, el médico debe registrar los resultados en la hoja de nota médica, registrando para ello fecha, hora y resultados reportados.

2.3. Políticas Meta 3

2.3.1. Es responsabilidad del personal de salud involucrado en el manejo de electrolitos concentrados, citotóxicos, anticoagulantes, trombolíticos, insulinas y radioactivos o de naturaleza similar conocer y aplicar las siguientes condiciones:

Los electrolitos concentrados deben ser marcados o etiquetados con color específico. En la caja se colocará un círculo de 10 cm de diámetro, plastificado en la parte frontal extremo superior derecho. Cada frasco o ampula será marcado con el mismo color, sin tapar nombre, fecha de caducidad y concentración de su contenido.

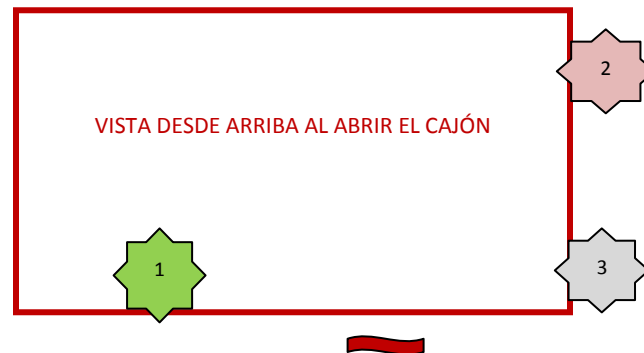
Código de colores para el etiquetado de electrolitos concentrados

COLOR	ELECTROLITO CONCENTRADO	TIPO DE ETIQUETA O MARCA	ETIQUETA SE DILUYE
VERDE	Bicarbonato de Sodio		SE DILUYE
ROJO	Cloruro de Potasio		SE DILUYE
NARANJA	Cloruro de sodio hipertónico 17.7%		SE DILUYE
AMARILLO	Fosfato de Potasio		SE DILUYE
ROSA	Gluconato de calcio		SE DILUYE
GRIS	Sulfato De Magnesio		SE DILUYE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.3.2. La enfermera jefe de servicio y enfermeras encargadas de turno son responsables de:

- Asegurar el suministro de electrolitos concentrados las 24 horas del día.
- Almacenar los electrolitos concentrados en forma separada del resto de los medicamentos (área de almacenaje “vitrina y/o gaveta” destinado para su control), etiquetarlos o marcarlos conforme al código de colores establecido, con la leyenda “SE DILUYE” y sin mezclar unos con otros.
- Mantener los electrolitos concentrados en su envase original y sólo la cantidad requerida en el servicio.
- Colocar el formato con el código de colores para electrolitos concentrados, en el área donde se almacenan y preparan soluciones que contienen dichos fármacos.
- Registrar su nombre en la libreta de registro y control de electrolitos, en el rubro de enfermera que supervisa la aplicación.
- Etiquetar y separar los electrolitos concentrados ubicados en el carro de reanimación cardiopulmonar conforme lo establece el código de colores, forrando el compartimiento en el color correspondiente y colocándolos en el siguiente orden:



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.3.3. El personal de enfermería que requiera electrolitos concentrados es responsable de solicitarlo a la enfermera jefe de servicio y/o encargadas de turno; así como de realizar el registro correspondiente en el formato: registro y control de electrolitos.

2.3.4. La enfermera jefe de servicio y/o la encargada de turno es responsable de asegurar el cumplimiento de la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo.

2.3.5. La enfermera encargada de la atención del paciente es responsable de ministrar las soluciones parenterales que contengan más de 20 mEq. de cloruro de potasio o de fosfato de potasio por bomba de infusión y en caso de no contar con ésta, a través de un equipo para aplicación de volumen medido.

2.3.6. La enfermera encargada de la atención del paciente es responsable de utilizar unidades de medida internacionalmente aceptadas para la aplicación de electrolitos concentrados y evitar el uso de abreviaturas y expresiones de dosis proclives: para señalar microgramo utilizar “mcg” y siempre utilizar “ml” en vez de cc.

2.3.7. Las soluciones intravenosas que contengan **medicamentos de alto riesgo**, deben señalarse con un membrete para soluciones parenterales con el borde externo en color ROJO.

2.3.8 La enfermera jefe de servicio es responsable de etiquetar los medicamentos de alto riesgo con etiqueta rectangular de color rojo tamaño 12x 24 mm:



2.3.9 La enfermera jefe de servicio y/o la encargada de turno es responsable de estibar los fármacos que requieran refrigeración en el siguiente orden en el interior de la puerta del refrigerador y colocar etiqueta que identifica el fármaco del que se trata:

- Extremo superior izquierdo heparina de 1,000 U.I/ml.
- Extremo inferior izquierdo heparina de 5,000 UI/ml.
- Extremo superior derecho insulina de acción rápida.
- Extremo inferior derecho insulina de acción intermedia

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

Extremo superior izquierdo

HEPARINA DE 1000 U.I

(Solución inyectable)

Frasco ampula 10 ml

1000 U.I / 1 ml

Extremo superior derecho

INSULINA DE ACCION RAPIDA

(Solución inyectable)

Frasco ampula de 10 ml

100 U.I / 1 ml

Extremo inferior izquierdo

HEPARINA DE 5000

(Solución inyectable)

Frasco ampula 5 ml

5000 U.I / 1 ml

Extremo inferior derecho

INSULINA DE ACCION INTERMEDIA NPH

(Solución inyectable)

Frasco ampula 10 ml

100 U.I / 1 ml

2.3.10. El personal médico y de enfermería son responsables de realizar doble verificación al momento de preparar y administrar los siguientes medicamentos:

- Electrolitos concentrados.
- Anticoagulantes: Enoxaparina, heparina, acenocumarina.
- Trombolíticos: Alteplasa, estreptoquinasa.
- Insulinas. NPH y rápida.
- Citotóxicos.
- Elementos radiactivos: TC 99 “tecnecio 99”, Yodo “I -131”.
- La doble verificación consiste en que otra enfermera o médico en el caso de que el medicamento sea administrado por un médico, verifica que el fármaco preparado o administrado es el correcto.

2.3.11. El personal médico y de enfermería son responsables de organizarse para trabajar en pares al momento de preparar y ministrar medicamentos de alto riesgo, y realizar la técnica de “doble verificación”; que comprende la aplicación de los 7 correctos: paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

correcto, medicamento correcto, fecha de caducidad, dosis correcta, vía correcta, hora correcta y velocidad de infusión correcta.

2.3.12. El personal médico y de enfermería son responsables de realizar doble verificación, al momento de la preparación registrando en los siguientes sitios:

- Membrete para la preparación de medicamentos, anotando en el extremo inferior del membrete el nombre de la persona que realiza la doble verificación.
- Membrete de soluciones parenterales con recuadro rojo, en las soluciones que contengan medicamentos de alto riesgo, de igual forma registra en el extremo inferior derecho del membrete la leyenda de doble verificación y nombre y apellidos de la enfermera que la realiza.

2.3.13. El personal médico y de enfermería son responsables de realizar doble verificación al momento de la ministración registrando en los siguientes sitios:

- Cuando se ministren medicamentos de alto riesgo, en el plan integral de enfermería, rubro del plan terapéutico, en la columna de observaciones con la leyenda “**realiza doble verificación**” seguido del nombre completo y firma autógrafa del personal que lo realiza.
- Para el caso de la ministración de soluciones parenterales que contengan medicamentos de alto riesgo, el registro debe realizarse en el plan integral de enfermería, apartado de terapia intravenosa, inmediatamente después de la inscripción de la solución de que se trata, con la leyenda “**realiza doble verificación**” seguido del nombre completo y firma autógrafa del personal que lo realiza.

2.4. Políticas Meta 4

2.4.1. El protocolo Universal de Cirugía Segura, que incluye el marcaje quirúrgico, la verificación preoperatoria y la realización del tiempo fuera (time out), es responsabilidad del médico tratante o equipo quirúrgico aplicarlo a todos los pacientes que sean programados para un procedimiento quirúrgico, o cuando se realicen procedimientos invasivo de alto riesgo.

2.4.2. El médico cirujano y/o médicos residentes que participen en el acto quirúrgico son responsables de realizar el marcaje quirúrgico en casos relacionados con lateralidad, órganos pares, estructuras múltiples o niveles, utilizando para ello la marca estandarizada “circulo” con un marcador de tinta indeleble, promoviendo la participación del paciente y familiar y registrándolo en el formato específico de marcaje quirúrgico.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.4.3. El médico cirujano y/o médicos residentes son responsables de omitir el marcaje quirúrgico, cuando se trata de neonatos y cuando se presenten lesiones dérmicas en la zona o región a operar que impidan la realización de este, y se basarán en el formato específico para marcaje quirúrgico.

2.4.4. El equipo quirúrgico, “médico cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería” que participa en la cirugía es responsable de realizar el proceso de verificación preoperatoria en el periodo anterior a la inducción de la anestesia, que incluye: verificar el sitio, el procedimiento y el paciente correctos, asegurar la disponibilidad de documentos, imágenes y estudios relevantes, verificar la presencia y el funcionamiento adecuado de los equipos y/o implantes, el marcaje quirúrgico cuando corresponda, valoración de riesgo de alergias y de hemorragias, así como el etiquetado correcto de piezas quirúrgicas.

2.4.5. El equipo quirúrgico es responsable de aplicar el tiempo fuera previo a la incisión, que incluye confirmar el sitio, el procedimiento y el paciente correcto, justo antes de empezar el procedimiento quirúrgico.

2.4.6. El personal de salud que labora en áreas donde se realizan procedimientos invasivos de alto riesgo que requieren sedación, son responsables de aplicar el formato: “Lista de verificación” que se aplica en procedimientos quirúrgicos.

2.4.7. El médico cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería que labora en los servicios donde se realizan endoscopias, biopsias, aspirado de médula ósea, colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica y procedimientos invasivos realizados en el servicio de Hemodinamia; son responsables de aplicar la lista de verificación de procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Los formatos de lista de Verificación deberán estar integrados a los expedientes clínicos.

2.4.8. El personal del servicio de hemodiálisis es responsable de aplicar el tiempo fuera, antes de realizar el procedimiento verificando para ello:

- Paciente correcto: nombre completo y fecha de nacimiento.
- Prescripción de hemodiálisis: peso a remover, número de horas, dializador a utilizar, dosis de heparina.
- Máquina correcta: de acuerdo a resultados de panel viral.

Lo anterior deberá registrarse en el formato específico para hemodiálisis.

2.4.9. El personal médico y de enfermería es responsable de aplicar el tiempo fuera, antes de transfundir componentes sanguíneos, verificando para ello:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

- Hemoderivado correcto: Verificar grupo y Rh, serología del hemoderivados y fecha de caducidad.
- Indicación correcta: verificar que se encuentre escrita la indicación de administración de Hemoderivado, verificar el registro y control de hemocomponentes sanguíneos.
- Paciente correcto: Nombre completo, fecha de nacimiento, grupo sanguíneo y Rh y condiciones del paciente "temperatura".

Lo anterior deberá registrarse en el formato específico para control transfusional.

2.4.10. El personal de radioterapia es responsable de aplicar el tiempo fuera, antes de realizar procedimientos, verificando para ello:

- Paciente correcto: Nombre completo y fecha de nacimiento.
- Sitio correcto: Sitio anatómico a radiar.
- Intensidad de la radiación.

Lo anterior deberá registrarse en el formato específico de radioterapia.

2.5. Política Meta 5

2.5.1. De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud es responsabilidad del personal de salud del Hospital Juárez de México, lavarse las manos con agua corriente y jabón con antiséptico y al término secarse con toallas desechables, al inicio y al término de la jornada laboral.

2.5.2. Se debe realizar el lavado de manos con agua y con jabón con antiséptico al identificar cada uno de los 5 momentos para el lavado de manos propuesto por la Organización Mundial de la Salud:

- 1.) Antes de contacto directo con el paciente: dar la mano, ayudar al paciente a moverse, valoración o examinación clínica.
- 2.) Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes: inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación.
- 3.) Después de contacto con fluidos o secreciones corporales, mucosas, piel intacta o vendaje de heridas: cuidado oral o dental, aspiración de secreciones, manipulación de sangre, orina, heces o basura.
- 4.) Después del contacto con el paciente: dar la mano, ayudar al paciente a moverse, valoración o examinación clínica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

5.) Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipo médico) en el entorno del paciente: al retirarse incluso si no se ha tocado al paciente.

2.5.3. Se debe utilizar jabón antiséptico líquido (clorhexidina al 4%), agua corriente y toallas desechables.

2.5.4. En caso de presentar reacción dermatológica al antiséptico, utilizar jabón de pastilla, manteniéndose en una superficie plana que no permita el estancamiento de agua. La pastilla utilizada deberá desecharse al final de cada turno.

2.5.5. El lavado de manos con agua y jabón debe tener una duración de 40 a 60 segundos.

2.5.6. De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, todo el personal de salud del Hospital Juárez de México debe higienizarse las manos con soluciones alcoholadas siempre y cuando no esté en contacto con sangre o fluidos corporales.

2.5.7. La higiene de manos con soluciones alcoholadas se debe realizar en procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales. Estos procedimientos son toma de signos vitales, tendido de camas, exploración física, movilización de paciente, dar la mano, después de tocar cualquier objeto o mueble en el entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente.

2.5.8. Para la higiene de manos con soluciones alcoholadas se deben utilizar productos con base de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60% con o sin emolientes (como la glicerina).

2.5.9. La higiene de manos con soluciones alcoholadas debe tener una duración de 20 a 30 segundos o hasta que se evapore el producto.

2.5.10. El abasto de material y equipo necesario, así como su mantenimiento, será responsabilidad de la institución.

2.5.11. El personal de salud que esté en contacto directo con el paciente debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos, e higiene de manos a su ingreso y posteriormente cada seis meses. Las áreas responsables de la capacitación serán la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria en coordinación con los jefes de servicio.

2.5.12. El personal de UVEH es responsable de capacitar en lavado de manos a los pacientes, familiares y visitantes con colaboración directa de la Jefatura de enfermería.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

2.6. Políticas Meta 6

2.6.1. La enfermera jefe de servicio o la encargada del turno es responsable de:

- Verificar que el mobiliario del paciente se encuentre en condiciones para aplicar las medidas de seguridad establecidas en el protocolo de prevención de caídas.
- Notificar por escrito al servicio de mantenimiento cuando el mobiliario y equipo presente algún defecto, para su corrección inmediata.

2.6.2. La enfermera jefe de servicio o la encargada del turno, así como el personal supervisor son responsables de verificar que las medidas de seguridad aplicadas correspondan con el nivel de riesgo evaluado del paciente.

2.6.3. El personal de enfermería es responsable de:

- Evaluar y documentar el riesgo de caída de los pacientes al momento de su ingreso y una vez por turno o cuando existan modificaciones en el estado de salud del paciente.
- Verificar que se cuente con los aditamentos necesarios para el desarrollo del programa de reducción de riesgo de caídas establecido en el protocolo para la prevención de las mismas.
- Marcar con una X. en la ficha de identificación de cabecera, el círculo que corresponda al nivel de riesgo evaluado.
- Aplicar las medidas de seguridad, de acuerdo al nivel de riesgo detectado.
- Mantener los barandales elevados, en todos los pacientes cuya evaluación sea de alto riesgo o bien cuando las condiciones del paciente lo ameriten.
- Registrar en el plan de cuidados de enfermería en el rubro de observaciones las medidas de seguridad aplicadas.
- Realizar revaloración en caso de que se modifiquen las condiciones del paciente: en el estado de conciencia, utilización de fármacos de riesgo, ejecución de procedimientos quirúrgicos, etc.
- Proporcionar educación para la salud en materia de seguridad al paciente y familiares.
- Verificar que el paciente y familiares cumplan con las medidas de seguridad establecidas.

2.6.4. El personal de enfermería es responsable de evaluar como de alto riesgo, independientemente del resultado de la aplicación de la escala de evaluación del riesgo de caídas y mantener los barandales de la cama elevados, a los siguientes pacientes:

- En el postoperatorio inmediato.
- Bajo sedación moderada y/o profunda.
- En el paciente neonato.
- Pediátrico de 1 mes hasta 6 años de edad.
- Ingresados en el servicio de urgencias adultos y urgencias de pediatría.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

- Los que cursan con agitación psicomotriz.
- Durante el traslado del paciente.

2.6.5. El personal de salud es responsable de colaborar en el cumplimiento de las medidas establecidas, ejecutando las acciones necesarias de acuerdo al riesgo de caídas evaluado, en cada uno de los pacientes.

3.1 Políticas Hospitalarias Sobre Manejo y Uso De Medicamentos (MMU)

3.1.1. La Dirección Médica es responsable de implementar un programa para el control completo del Sistema de Medicación que incluya todas las fases del manejo y uso de medicamentos, el cual deberá ser conocido y aplicado por el personal médico y paramédico que interviene en el proceso de medicación. (MMU1).

3.1.2. Es responsabilidad de los líderes de seguridad del paciente (estándar), que el Sistema de Medicación se apegue la legislación aplicable vigente (MMU1).

3.1.3. Es responsabilidad de la Dirección Médica, Dirección de Administración, así como de las Jefaturas de División, participar en la integración del catálogo de material de curación y medicamentos y en el proceso de licitación pública.

3.1.4. Se podrá solicitar la inclusión de un medicamento al catálogo interno del hospital cuando se cuente con las debidas autorizaciones en el formato específico y con la aprobación de la Dirección de Administración, previo estudio de costo-beneficio.

3.1.5. La adquisición de un medicamento inexistente en farmacia, será mediante el proceso de compra directa, para esto el servicio hará llegar la solicitud al Departamento de Abastecimiento con los siguientes requisitos:

- Llenar correctamente el formato autorizado de orden de compra con el nombre genérico del medicamento, presentación y características específicas según sea el caso.
- Autorización del Jefe de Servicio, o por el Jefe de la División o el Asistente de la Dirección Médica.
- Sello de no existencia de la Farmacia.

3.1.6. En base a los lineamientos internos del Hospital y a la normatividad vigente, para adquirir un medicamento de alto costo que se encuentre fuera de catálogo, el médico tratante realizará un análisis de costo-beneficio y hará llegar la solicitud debidamente requisitada a la Jefatura de División y Dirección Médica para su autorización.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

3.1.7. Está prohibido utilizar muestras médicas en el interior del Hospital. El medicamento en forma de donación, sólo será aceptado cuando el criterio médico lo considere conveniente, previo trámite administrativo por “carta donación” con autorización de la Dirección General. Una vez autorizado, se realizará el trámite administrativo correspondiente. (MMU 3.1 y 6.2)

3.1.8. Está prohibido que el paciente hospitalizado traiga medicamento consigo y en caso de que este sea necesario, el medicamento debe estar prescrito por el Médico tratante en las indicaciones médicas y será resguardado y administrado por el personal de enfermería, con la finalidad de evitar la automedicación. (MMU 3 y 6.2)

3.1.9. La petición de medicamentos a la Farmacia deberá realizarse mediante el llenado del Formato autorizado por el Hospital, denominado vale de salida, “Formato DA-F-69”, el cual debe estar autorizado por el Jefe del Servicio que lo solicita y deberá contener las cantidades estimadas para cubrir necesidades de 24 y 72 horas en caso de los fines de semana o festivos. Este resguardo de medicamentos deberá estar accesible para todos los turnos.

3.1.10. Los medicamentos oncológicos y antimicrobianos se preparan por dosis a través de un centro de mezclas intravenosas externo. La prescripción de antimicrobianos debe ser autorizada de acuerdo a la política del servicio de infectología.

3.1.11. Para las solicitudes de medicamento controlado de Grupo I, además del llenado del formato autorizado se debe anexar la receta de código de barras autorizada por la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) del profesional autorizado para la prescripción de estos medicamentos. Para los medicamentos del Grupo I, II y III es indispensable el número de cédula profesional del médico que solicita.

3.1.12. Los medicamentos del Grupo I, II y III, según la Ley General de Salud, deben resguardarse bajo llave y se deberá llevar una bitácora de control. (MMU 3.1)

3.1.13. Los medicamentos así como productos nutricionales se almacenan en su envase original de acuerdo a las indicaciones del fabricante, de manera que el acomodo conserve el orden de “primeras fechas de caducidad, primeras salidas” y de manera invariable se usarán primero los medicamentos que tengan la fecha de caducidad más próxima a vencer. Así mismo el resguardo de los medicamentos deberá ser en una zona con acceso restringido a fin de evitar el robo, extravío o mal uso de los mismos. (MMU 3.1)

3.1.14. El almacenamiento de los productos nutricionales y los medicamentos que requieren refrigeración se deben conservar en un rango de temperatura entre 2 y 8 °C y se lleva un registro de control de las temperaturas del refrigerador a fin de garantizar la estabilidad de los mismos. (MMU 3.1)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

3.1.15. Los medicamentos de naturaleza radioactiva o similar considerados como medicamentos de alto riesgo no se almacenan en el hospital dado que se utilizan solo para pacientes con procedimientos programados y son adquiridos bajo contrato de unidosis por la empresa externa, la cual deberá entregarlos de acuerdo al horario de administración. (MMU 3.1)

3.1.16. Los medicamentos deben almacenarse de acuerdo a las indicaciones del fabricante y de manera invariable se usarán primero los medicamentos que tengan la fecha de caducidad más próxima a vencer. Así mismo el resguardo de los medicamentos deberá ser en una zona con acceso restringido a fin de evitar el robo, extravió o mal uso de los mismos. (MMU 3.1)

3.1.17. Los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia se almacenan en los carros de paro (o carro rojo) y deben estar al alcance de todo el personal de los distintos turnos, se debe llevar una bitácora de control para el registro de existencia y de fechas de caducidad. (MMU 3.1)

3.1.18. Los electrolitos concentrados, anticoagulantes: enoxaparina, heparina, y acenocumarina; Trombolíticos: Alteplasa y estreptoquinasa; medicamentos citotóxicos e insulina son considerados como medicamentos de alto riesgo por lo que estos deberán ser almacenados en forma separada del resto de los medicamentos, estar debidamente etiquetados y sin mezclar unos con otros. Antes de la preparación, deberá verificarse la prescripción en cuanto a dosis, formas de dilución y horarios de administración, así como la aplicación de los 7 *correctos*. (MMU 3.1)

3.1.19. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria a través del área de epidemiología y vacunas es responsable del manejo, almacenamiento y uso de los productos biológicos y vacunas, establecido en el manual de procedimientos del área. (MMU 8)

3.1.20. Queda prohibido utilizar medicamentos con fecha de caducidad vencida, considerando que estos se pueden utilizar hasta el último día del mes que marca la fecha impresa en el empaque. En caso de tener un medicamento caducado, el servicio generador tendrá la responsabilidad de elaborar su registro mediante el llenado del Formato MC-1, para ser entregado al Departamento de Servicios Generales (manejo de RPBI). El medicamento caducado y el formato serán recopilados los primeros cinco días de cada mes; el área de RPBI hará llegar a la Subdirección de Recursos Materiales una copia del medicamento entregado y éste a su vez lo enviará a la Dirección Médica para su análisis y emitirá recomendaciones. (MMU 3.3)

3.1.21. Cuando las indicaciones médicas sean poco legibles, confusas o incompletas el personal de Enfermería debe notificarlo al médico que las emitió o al médico de mayor jerarquía, a fin de que queden claras y precisas antes de la preparación y administración de los medicamentos. (MMU 4 y 4.1)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

3.1.22. El personal médico es el profesional responsable de la prescripción y ésta se basará preferentemente en las Guías de Práctica Clínica o Protocolos de Atención médica los cuales están encaminados a preservar la seguridad del paciente. (MMU 4.1)

3.1.23. Para elaborar la prescripción de un paciente, el médico realiza la correcta identificación del mismo, considerando los dos identificadores institucionales que son nombre iniciando por apellidos y fecha de nacimiento DD/MM/AAAA con números arábigos. (MMU 4.1)

3.1.24. Antes de realizar la prescripción, el médico debe considerar la conciliación medicamentosa con la finalidad de dar continuidad a la atención e identificar y resolver discrepancias, las cuales incluyen omisiones, duplicidades, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación. Este proceso se realizará al ingreso del paciente, cada vez que cambia de área, cuando hay cambio de responsable de la atención y el alta hospitalaria. (MMU 4.5)

3.1.25. Está prohibido dar indicaciones médicas por vía telefónica o de manera verbal, salvo en emergencias y estas deberán registrarse en el Expediente Clínico a la brevedad posible. (MMU 4.1)

3.1.26. Las indicaciones médicas deben estar mecanografiadas, en computadora o escritas a mano con letra legible en tinta negra o azul, no tener tachaduras y no está permitido el uso de corrector. (MMU 4.1)

3.1.27. Está prohibido usar abreviaturas de cualquier tipo. La indicación “PRN” (por razón necesaria) deberá definir un valor, medida o previa valoración médica antes de administrar el medicamento. (MMU 4.1)

3.1.28. El formato de indicaciones médicas debe contener:

A. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- a. Nombre (s) completo del paciente sin abreviaturas, así como su apellido paterno y materno.
- b. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
- c. Número del Expediente Clínico del paciente, el cual debe corresponder al anotado en la cartilla o carnet del paciente.
- d. Fecha y hora en la que se realiza la indicación.
- e. Nombre del servicio responsable de la atención médico-quirúrgica del paciente.
- f. Número de cama.

B. TIPO DE DIETA

a. Enteral

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

- b. Parenteral
- c. Oral

C. LÍQUIDOS PARENTERALES

D. MEDICAMENTOS

a. Los medicamentos se prescriben por nombre genérico

- Dosis, deberá indicarse la concentración en unidad de medida del fármaco “gramos, miligramos, microgramos o unidades internacionales”. (No se acepta la prescripción de tableta, gragea, ampolleta)
- En caso de que la dosis del medicamento requiera ser ajustada de acuerdo al peso, este deberá estar registrado y especificar la cantidad que le corresponde (dosis ponderal).
- Toda indicación médica deberá ser firmada por el médico adscrito o el médico residente de mayor jerarquía
- Debe especificar la vía de administración
- Periodicidad, y duración del tratamiento

E. MEDIDAS ESPECIFICAS Y/O GENERALES

- Precauciones por vía de transmisión, emitidas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica
- Tratamiento de inhaloterapia (si aplica)

F. TODAS LAS INDICACIONES MEDICAS DEBEN LLEVAR LA FIRMA DEL MEDICO PRESCRIPTOR (MMU 4.1)

3.1.29. El personal calificado será el responsable de realizar la conciliación de la prescripción de medicamentos de acuerdo a los procedimientos del Sistema de Medicación del HJM. (MMU 5.1)

3.1.30. La prescripción médica debe ser revisada y firmada por el médico responsable o en su defecto, por el Jefe de Servicio, para garantizar la idoneidad de la misma. (MMU 4.1)

3.1.31. El personal médico y de enfermería son responsables de consultar las tablas de medicamentos con nombres parecidos o similares antes de prescribir y preparar medicamentos y confirmar la prescripción correcta. (MMU 4.1)

3.1.32. El personal de enfermería es responsable de transcribir los medicamentos de las indicaciones médicas al plan terapéutico contenido en la hoja de cuidado integral de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

enfermería de cada servicio. El proceso para confirmar que la transcripción está correcta es:

- El transcriptor copia la indicación médica al plan terapéutico o formato necesario, según sea el caso
- Lee la indicación o instrucción que transcribió en voz alta
- Una segunda persona confirma que la transcripción sea la correcta

3.1.33. Los medicamentos que sean utilizados para administrarse en multidosis deben ser etiquetados en ese momento con la fecha de apertura y la fecha de retiro, ésta se coloca en el envase sin obstaculizar el nombre del medicamento, la concentración y la fecha de caducidad y deben ser almacenados de acuerdo a las recomendaciones del fabricante. El tiempo de conservación será el siguiente: (siempre y cuando el medicamento conserve sus características físicas).

- En el caso de medicamentos por vía oral será por no más de 7 días
- En el caso de soluciones inyectables por no más de 48 horas
- En insulina y heparina estas serán utilizadas por no más de 10 días
- En medicamentos antineoplásicos se deberá apegar a lo recomendado por el laboratorio fabricante.

3.1.34. La preparación de los medicamentos antes de su administración debe hacerse en el área asignada para tal propósito, a fin de garantizar las medidas de seguridad e higiene que éstos requieren.

3.2. Políticas Hospitalarias Sobre Prevención y control de infecciones (PCI)

3.2.1. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) es responsable de la vigilancia epidemiológica activa en apego a la NOM-045-SSA-2-2005 para la prevención, vigilancia y control de las infecciones Nosocomiales, así como de implementar un programa integral para reducir los riesgos de infecciones (PCI 5)

3.2.2. El personal profesionalizado de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) es responsable de elaborar y difundir su programa de vigilancia epidemiológica para la prevención, manejo y control de infecciones y atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, en colaboración con los servicios médicos responsables (PCI 5.1)

3.2.3. La UVEH aplicará y supervisará el manejo de dispositivos y materiales desechables y reutilizables en apego al protocolo institucional. (PCI 7.1)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

3.2.4. El personal médico y paramédico siguiendo el procedimiento escrito, es responsable de desechar de inmediato las agujas y material punzocortante en los contenedores de plástico rígido hermético que para ese efecto se encuentran colocados en todas las áreas de atención a pacientes de acuerdo a la NOM-087 SEMARNAT-SSA 1-2002 (PCI 7.3)

3.2.5. Todos los contenedores de material punzocortante, se deberán retirar por el responsable técnico de RPBI cada mes o antes de que estén al 80% de su capacidad para su destino final en el almacén temporal, que cuenta con una planta de tratamiento in situ de residuos peligrosos biológico infecciosos, que maneja la empresa contratada bajo convenio. (PCI 7.3)

3.2.6. Es responsabilidad de la empresa contratada garantizar la destrucción del material punzocortante y en general de los RPBI del Hospital, de acuerdo a la NOM-087 SEMARNAT-SSA 1-2002 y la supervisión y verificación de los procedimientos, es responsabilidad del equipo técnico del HJM encomendado para el manejo de RPBI (PCI 7.3)

3.2.7. La UVEH supervisará la aplicación de las técnicas de aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto y en general, todas las técnicas de aislamiento inscritas en su Manual (PC1 8)

3.3. Políticas Hospitalarias Sobre Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)

3.3.1 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, en coordinación con el Departamento de Comunicación Social, será la responsable de informar, atender y verificar el cumplimiento en todo lo relativo a la Ley Antitabaco vigente en el Distrito Federal desde Julio de 2009. Para ello será implementado un programa para disminuir y eliminar el tabaquismo (FMS 7.3)

3.3.2. El Departamento de Mantenimiento Biomédico será el responsable de detectar, en conjunto con el Departamento de Almacenes e Inventarios y la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, las necesidades de actualización, reubicación, retiro y/o baja del equipamiento médico. Este procedimiento será realizado permanentemente en coordinación con la Subdirección de Recursos Materiales así como con el área usuaria correspondiente (FMS 8.2)

3.4. Políticas relacionadas con las Competencias y Capacitación del Personal (SQE)

3.4.1. Es responsabilidad de la Dirección Médica y la Dirección de Administración, coordinarse para llevar a cabo el reclutamiento, evaluación y selección de personal de salud. (SQE 2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

3.4.2. Los (as) candidatos (as) para ocupar puestos de confianza como son: Mandos superiores, Mandos Medios, Jefes de Departamento y los denominados Soportes Administrativos, requieren de la aprobación del Director General. (SQE 2)

3.4.3. La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Recursos Humanos podrá, en su caso, brindar el apoyo para los procesos de evaluación de los candidatos a contratación del Hospital. (SQE 2)

3.4.4. Para el reclutamiento y selección del personal de salud, la Dirección Médica se apegará a los requisitos que establezca la Subdirección de Recursos Humanos

3.4.5. La Subdirección de Recursos Humanos será la responsable de vigilar que en el caso de los candidatos (as) aspirantes del área médica, además de la documentación requerida se incluya, la Evaluación del Consejo Técnico Consultivo del Hospital Juárez de México, llevada a cabo por la Dirección Médica de este Nosocomio, previo a la presentación de la propuesta en la Subdirección de Recursos Humanos. (SQE 2)

3.4.6. Las competencias del personal de nuevo ingreso serán evaluadas por los jefes inmediatos, considerando la aptitud y el desempeño laboral en el primer trimestre y el resultado deberá ser comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos, para en su caso considerar la continuidad en el nombramiento. (SQE 2)

4. Políticas Hospitalarias Sobre Atención Centrada en el Paciente

6.1. Atención de Pacientes (COP) Acceso y Continuidad a la Atención (ACC)

4.1.1. Todo paciente que solicite atención médica ambulatoria, hospitalaria o de urgencias en cualquier día de la semana en este hospital, independientemente del horario, será atendido por un facultativo; sin distinción de raza, género, nivel socioeconómico, creencia religiosa, ideología política, capacidades especiales, orientación sexual, es decir la política se caracteriza por el “no rechazo”. (COP 1, ACC 1.1)

4.1.2. Tanto médicos como residentes en formación, tienen la capacidad y responsabilidad de otorgar la atención solicitada por cualquier paciente, sobre todo en relación a su especialidad y en especial en caso de urgencia. Es deber de los médicos adscritos supervisar las actividades del personal en formación.

4.1.3. Se considerará como paciente pediátrico a todo aquel menor de 17 años y, en el caso de mujeres, que no tenga como antecedente el haber tenido relaciones sexuales o ser adicta a drogas, o curse con patología secundaria a embarazo presente o anterior o puerperio. (ACC 1.1)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.1.4. La División de pediatría es la responsable de aplicar las acciones descritas en sus manuales de organización y procedimientos para la atención del paciente en edad pediátrica, en cualquiera de los servicios del hospital. (COP 3.8.5)

4.1.5. Trabajo social atenderá las solicitudes de insolvencia de los pacientes, estableciendo que la prioridad de la atención médica sobre todo la de urgencias, no está sujeta a la capacidad de pago de los servicios prestados. (COP 1, ACC 1.1)

4.1.6. Todos los pacientes durante su atención médica ambulatoria, hospitalaria o de urgencias, tendrán acceso a todos los recursos de atención con los que cuenta el hospital, y hasta donde la capacidad de los mismos lo permita. (COP 1, ACC 1.1)

4.1.7. El servicio de urgencias adultos, deberá realizar el triage a todos los pacientes (mecanismo de selección del tipo de urgencia médica en relación al tiempo oportuno en el que se le debe atender), independientemente de que hayan realizado el pago en caja o no.

4.1.8. Las citas de consulta externa se otorgarán en forma escalonada, distribuyéndose en tres bloques de consulta: primer bloque de 8:00 a 10:00 hrs. Segundo bloque de 10:00 a 12:00 hrs. tercero y último bloque de 12:00 a 14:00 hrs. (ACC 1.1)

4.1.9. Todos los pacientes serán atendidos con expediente clínico. En caso de extravío temporal del mismo, se les brindará atención con un expediente provisional, en donde se dejará constancia escrita por parte del médico del extravío del expediente original y por ningún motivo se negará la atención médica. (ACC 1.1)

4.1.10. Todos los pacientes deberán presentar su recibo de pago para recibir consulta ó para ser sometidos a algún procedimiento, en el caso de que el paciente no cuente con recursos económicos, se remitirá al Servicio de Trabajo Social. (ACC 1.1)

4.1.11. El personal médico tratante es responsable de aplicar los lineamientos estipulados, para tomar la decisión de qué paciente requiere ser trasladado a otro servicio dentro del mismo hospital para la continuidad de su manejo. (ACC.2)

4.1.12. El personal médico adscrito que está a cargo del paciente es responsable de solicitar la evaluación por otra especialidad, a través del formato de interconsulta y en caso necesario, acordar oportuna y coordinadamente con el otro servicio el traslado del paciente. (ACC.2)

4.1.13. Cada servicio, será responsable de supervisar a los médicos residentes en caso de que sean ellos quienes realicen cualquier valoración del paciente en cualquier área y horario. (ACC.2)

4.1.14. El servicio médico tratante es responsable de elaborar la nota de alta para realizar el traslado a otro servicio. (ACC.2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.1.15. El servicio médico que recibe al paciente es responsable de continuar con el adecuado manejo del paciente y de realizar la nota de ingreso a su servicio (ACC.2)

4.1.16. El servicio que esté a cargo del paciente es responsable de especificar que otro(s) servicio(s) queda(n) solo como interconsultante(s). (ACC.2)

4.1.17. La hoja de egreso hospitalario (SIS-SS-14-P) deberá ser llenada totalmente por el último servicio a cargo del paciente, basándose en las notas de los servicios tratantes previos. (ACC.2)

4.1.18. En caso de que el Hospital no cuente con el recurso humano, insumos o infraestructura para atender al paciente, será trasladado mediante gestión de esta unidad y con conocimiento del núcleo familiar a otra unidad médica que cuente con los recursos necesarios. (COP 1, ACC 1.1, ACC.4).

4.1.19. El traslado de pacientes desde Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización deberá ser solicitado por el jefe de servicio al Director Médico o asistente de la Dirección del HJM quien coordinará con la otra Unidad, la recepción del paciente en apego al procedimiento de traslado de pacientes y llenado del formato de referencia y contrareferencia oficial, que contiene el nombre del médico y el servicio que aceptó el traslado.(ACC.1.1)

4.1.20.- Es deber del HJM proveer de servicio de ambulancia para el traslado de pacientes a otra unidad y contar con médico o paramédico acompañante, de acuerdo al nivel de riesgo y del padecimiento que determine el médico tratante, siempre y cuando el traslado no sea por solicitud del paciente o familiares. .(ACC.1.1)

4.1.21. En aquellas situaciones en que el traslado se dificulte por motivos de la unidad receptora, se atenderán las condiciones médicas con los recursos disponibles, cuidando la calidad y seguridad de las acciones que se realicen. .(ACC.1.1)

4.1.22. Los procedimientos que se otorgan en todos los servicios del HJM, para la atención médica ambulatoria, hospitalaria o de urgencias, conservarán homogéneamente los estándares de calidad instituidos. (COP 1, ACC 1.1).

4.1.23. La Dirección Médica es la responsable de la coordinación de las actividades de todos los servicios involucrados en la atención de los pacientes, a través de las Divisiones y Jefaturas de Servicio.(COP 2)

4.1.24. Las Servicios deberán contar con manuales de procedimientos actualizados, que describan las actividades que realizan para la atención de los pacientes. (COP 2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.1.25. La evaluación inicial debe realizarse a todos los pacientes hospitalizados en las primeras 24 horas de internamiento por personal calificado: médico adscrito o residentes del servicio correspondiente y debe determinar las necesidades de atención y garantizar la continuidad de la misma. La información debe estar disponible en el expediente clínico y recabada en un formato especialmente diseñado, que incluya los siguientes 16 elementos: 1. Historia clínica 2. Exploración física 3. Evaluación de enfermería 4. Evaluación social 5. Evaluación económica 6. Evaluación cultural (valores y creencias) 7. Evaluación psicológica de tamizaje 8. Evaluación nutricional 9. Evaluación funcional 10. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales 11. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta 12. Evaluación del dolor 13. Identificación del riesgo de caídas 14. Identificación de las necesidades de educación 15. Evaluación de las barreras para el aprendizaje 16. Evaluación de la disposición para aprender.

La evaluación inicial debe establecer las condiciones más apropiadas para la atención del paciente, a través del análisis e integración de los datos e información obtenida del mismo paciente, familiar o su acompañante. (AOP 1.2).

4.1.26. El plan de diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados quedará registrado en la nota de ingreso dentro de las primeras 24 hrs. de su admisión (COP 2.1, ACC 1.1).

4.1.27 El plan de tratamiento será actualizado cada que se tengan elementos clínicos, de laboratorio o gabinete que sustenten las modificaciones diagnóstico-terapéuticas. (COP 2.1, ACC 1.1)

4.1.28 Todo paciente que ingrese en el área de hospitalización y en el servicio de urgencias debe contar con la hoja de indicaciones médicas, el formato institucional, debe contar con fecha, hora, datos generales de identificación del paciente, nombre y firma del médico responsable de la atención médica. (COP 2.2, ACC 1.1)

4.1.29 El personal médico tratante vigilará el correcto llenado de los formatos usuales y de los especiales, como las a los servicios auxiliares de diagnóstico, servicios de cuidados críticos y los demás formatos existentes en el Hospital.(COP 2.2, ACC 1.1)

4.1.30 Se supervisará por el personal médico tratante el llenado de la justificación explícita de las órdenes que lo ameriten para una adecuada interpretación. (COP 2.2, ACC 1.1)

4.1.31. El (los) formato(s) se integrarán a la carpeta de órdenes médicas que será identificada con el nombre completo y fecha de nacimiento del paciente. (COP 2.2, ACC 1.1)

4.1.32. El personal médico a cargo es quien está autorizado a emitir órdenes e indicaciones para la atención del paciente. (COP 2.2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.1.33. En el caso de pacientes en estado de urgencia médica calificada se aceptarán órdenes verbales, emitidas por el médico responsable de la atención médica, las indicaciones se registrarán una vez resuelto el evento, apegando esta acción a lo referido en las metas internacionales de comunicación efectiva. (COP 2.2, ACC 1.1)

4.1.34. Es responsabilidad del médico tratante registrar en el expediente clínico los procedimientos diagnósticos, mediante nota médica que describa las indicaciones, hallazgos relevantes, complicaciones y resultados. (COP 2.3, ACC 1.1)

4.1.35. Los resultados que requieran de un mayor tiempo de revisión, como son los reportes de laboratorio, patología y pruebas especiales, derivados de procedimientos, serán comentados y analizados en el expediente clínico, en un tiempo máximo de 24 hrs posteriores a recibirlos. (COP 2.3, ACC 1.1)

4.1.36. Se deberá detectar oportunamente a pacientes en cualquier situación de alto riesgo y prestar atención eficiente y rápida por personal competente acorde a las guías o procedimientos del padecimiento (s) que se trate. (COP 3)

4.1.37. Los pacientes en situación de urgencia médica, en cualquier área del hospital serán atendidos de forma inmediata, solicitando el apoyo de los servicios que por la naturaleza de la urgencia deban participar (COP 3.1), priorizando en caso necesario las acciones estandarizadas descritas en el procedimiento de reanimación y manejo del paro cardíaco (COP 3.2)

4.1.38 Todo uso, manipulación y administración de sangre humana y sus componentes debe fundamentarse en apego a la Norma oficial vigente, así como a la Guía actual del uso clínico de la sangre y sus componentes avalada por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. (COP 3.3.1)

4.1.39. Es responsabilidad del personal médico, químico, técnico, administrativo, enfermería y trabajo social del servicio de Banco de Sangre conocer, interpretar y cumplir en su totalidad los requisitos de la NOM-003-SSA2-1993, para el uso de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, así como de los manuales de procedimientos específicos de cada área. (COP 3.3.1, COP 3.3.4)

4.1.40. La urgencia transfusional en diversas especialidades médicas no exime la práctica de las pruebas de hemocompatibilidad, sin embargo, los componentes sanguíneos podrán liberarse anticipadamente para transfusión, bajo las siguientes condiciones. (COP 3.3.1, COP 3.3.4)

- Una vez identificado el grupo ABO y Rh del receptor y hasta haber demostrado compatibilidad de grupo ABO.
- En receptores posiblemente aloinmunizados, hasta demostrar compatibilidad con algún medio facilitador.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 32 de 41
--	--------------------------------	--	--

- En cualquier caso, se continuará hasta el término con la prueba de Coombs, de detectarse incompatibilidad en las pruebas de hemocompatibilidad, el banco de sangre dará aviso inmediatamente al servicio tratante, con la finalidad de evitar o interrumpir la transfusión.
- Solamente se transfundirá concentrado eritrocitario O negativo, cuando se encuentre en riesgo la vida del paciente

4.1.41. Con la finalidad de asegurar la existencia de sangre y hemoderivados, cada turno es responsable de preparar las solicitudes de hemotransfusión correspondientes, a fin de no retrasar el soporte transfusional, dándole prioridad a los casos que ameriten transfusión urgente.(COP 3.3.3)

4.1.42 Con la finalidad de mantener el abasto de hemocomponentes durante todo el año, el jefe del Banco de Sangre deberá supervisar el cumplimiento de los convenios interinstitucionales realizados, así mismo, vigilar el cumplimiento del horario ampliado para la atención de los candidatos a donante sanguíneos (COP 3.3.3)

4.1.43 El Servicio de Obstetricia deberá brindar atención médica de calidad a todas las pacientes embarazadas que lo soliciten, desde el control prenatal, durante la atención del parto y del puerperio, de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos por el servicio y apegados en todo momento a las Guías de Práctica Clínica vigentes.(COP 3.3, COP 8.1)

4.1.44. Es Política del Servicio de Obstetricia del Hospital Juárez de México ofrecer atención médica especializada y apoyo psicológico a todas aquellas mujeres embarazadas o no, que presenten signos o síntomas de violencia intra-familiar, abuso sexual o discriminación de género. Se contará con el apoyo de Trabajo Social y admisión cuando se haga necesario realizar visitas a domicilio, entrevistar a familiares o dar aviso al ministerio público en los casos que corresponda. (COP 3.3, COP 8.7)

4.1.45. La atención de paciente en estado de coma deberá realizarse de manera prioritaria con la intervención de todos los servicios, que por la etiología del caso, deban involucrarse y en apego a sus guías clínicas o protocolos de manejo. (COP 3.4)

4.1.46. El personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UEH) es responsable de elaborar y difundir el programa de vigilancia epidemiológica para la prevención, manejo y control de infecciones y atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, en colaboración con los servicios médicos responsables. (COP 3.5.1, PCI 5.1)

4.1.47. La UEH supervisará la aplicación de las técnicas de aislamiento inscritas en su Manual de Procedimientos. Los pacientes inmunodeprimidos recibirán atención médica utilizando las técnicas apropiadas contenidas en el mismo manual (COP 3.5.2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.1.48 La UVEH aplicará y supervisará el manejo de dispositivos y materiales desechables y reutilizables en apego al protocolo institucional. (COP 7.1)

4.1.49. Todos los pacientes con requerimiento dialítico deberán ser atendidos por el Servicio de Nefrología Adultos o Nefrología Pediátrica, que son los responsables de establecer el diagnóstico e inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal por medio de hemodiálisis o diálisis, en apego a los procedimientos diseñados por el servicio, supervisando especialmente los casos con patologías infecto-contagiosas (COP 3.6)

4.1.50. El Servicio Médico tratante es responsable de la estabilización clínica y bioquímica del paciente, en los casos que requieran tratamiento de sustitución por medio de diálisis peritoneal o hemodiálisis aguda. Y en los casos que requieran tratamiento de hemodiálisis crónica, deberán orientar al paciente y sus familiares de las unidades que cuenten con dicho programa. (COP 3.6)

4.1.51 Es deber del personal médico informar las medidas a seguir en caso de desastres, a fin de que los pacientes que en ese momento se encuentren en proceso de hemodiálisis, conozcan cómo desconectarse en forma segura de la máquina de hemodiálisis. (COP 3.6)

4.1.52 El médico tratante es el responsable de referir al paciente, familiar o tutor en el momento de su alta, las medidas que incluyan aspectos higiénicos dietéticos, farmacológicos y actividades de seguimiento para el adecuado manejo del paciente externo. (COP 3.6)

4.1.53. El personal de enfermería coadyuvará en la detección de alteraciones de la conducta y estado emocional del paciente durante su proceso de atención, como pueden ser: agitación psicomotriz, delirium tremens, síndrome de abstinencia, intoxicación por barbitúricos, hipoglucemia y otras causas médicas, notificándolo al médico responsable de la atención. (COP 3.7)

4.1.54. El personal médico es responsable de indicar en forma escrita la sujeción física del paciente agitado por cualquier causa de enfermedad, quedando a criterio del especialista el uso de medicamentos de acuerdo a la valoración especializada.(COP 3.7)

4.1.55 El médico es responsable de comunicar al paciente y familiares de la necesidad de sujeción física y deberá asentar en el expediente clínico las razones así como de solicitar el consentimiento informado del familiar. (COP 3.7)

4.1.56. El personal de enfermería es responsable de vigilar el sitio de sujeción, para evitar lesionar la piel del paciente y también de verificar que la fijación permita la libre perfusión endovenosa. (COP 3.7)

4.1.57. El Servicio de Geriatría es responsable de evaluar a todos los pacientes mayores de 70 años, que padezcan dos o más enfermedades crónico degenerativas o síndromes

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

geriátricos que se encuentren hospitalizados y a los pacientes que se evalúen por primera vez en la consulta externa de Geriátria en apego al procedimiento descrito en el Manual del Servicio.(COP 3.8.1)

4.1.58. El Servicio de Geriátria será responsable de dar seguimiento a las necesidades encontradas en cada paciente adulto mayor y canalizarlo al servicio pertinente en cada caso. (COP 3.8.1)

4.1.59. El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación será responsable de evaluar y aplicar los procedimientos y técnicas apropiadas a todos los pacientes que presenten alguna discapacidad en apego al procedimiento descrito en el Manual del Servicio. (COP 3.8.3)

4.1.60. Los Servicios de Oncología y Hematología son responsables de autorizar que se lleve a cabo el tratamiento de quimioterapia establecido en el paciente que ameriten la aplicación de quimioterapia intravenosa u otros medicamentos de alto riesgo, se les deberá realizar una evaluación diagnóstico-terapéutica para identificar de acuerdo a su edad, el equipo y las técnicas especializadas y más seguras que se deban aplicar. (COP 3.9)

4.1.61. El personal de la Unidad de Servicios Alimenticios Hospitalarios es responsable de supervisar que la dieta sea ensamblada y entregada correctamente de acuerdo a las características con que se solicitó y verificar su correcta identificación con nombre completo y fecha de nacimiento de cada paciente. (COP 4)

4.1.62. La evaluación de pacientes adultos y pediátricos debe incluir la valoración del grado de dolor desde su ingreso en el formato correspondiente, y durante su estancia, el dolor se atenderá en forma estandarizada en apego a las características y necesidades del paciente (COP 6.2)

4.1.63. En aquellos casos que se requiera de un procedimiento invasivo para controlar el dolor, será necesario el consentimiento informado del paciente o familiar (COP 6.2)

4.1.64. El personal de enfermería es responsable de realizar reevaluación del dolor, posterior a la administración del analgésico, registrando el resultado en el plan integral de enfermería (COP 6.2)

4.1.65. El control prenatal, la atención del parto y del puerperio, se otorgará de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos por el servicio como son: Protocolo Clínico de Control Prenatal, Protocolo Clínico de Atención del Aborto y Protocolo Clínico de Cesárea, mismos que están apegados a las Guías de Práctica Clínica vigentes. (COP 8.1)

4.1.66. En el área de Urgencias de Obstetricia se atenderá en forma inmediata a todas aquellas pacientes en estado grávido- puerperal que presenten alguna complicación que ponga en peligro su vida o la del producto y que requiera atención médica y/o quirúrgica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

inmediata, por personal médico capacitado para la atención de la emergencia obstétrica con actitud resolutiva y bajo la política del “Cero Rechazo” de la paciente embarazada. (COP 8.1, COP 8.4.1 y 8.4.2)

4.1.67. El médico adscrito y/o residente de mayor grado, serán los responsables de realizar el interrogatorio y exploración física de toda paciente embarazada, del llenado del “TRIAGE”, de forma inmediata y oportuna para la detección de la emergencia obstétrica. (COP 8.1 y COP 8.4.1)

4.1.68. La Atención de la Emergencia Obstétrica, será otorgada de acuerdo al Procedimiento que para la Atención de la paciente ha sido diseñado por el servicio, así como en el Protocolo de manejo de la paciente con emergencia obstétrica, alineados a la Guía de Práctica Clínica sobre: Detección y Manejo Inicial de las Emergencias Obstétricas de la Secretaría de Salud. Este procedimiento aplica a los Servicios de Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Anestesiología, Terapia Intensiva y Pediatría. (COP 8.1, y COP 8.4.1)

4.1.69. El Servicio de Obstetricia brindará información sobre métodos de Planificación Familiar (PF) a todas las pacientes que lo soliciten por su posibilidad de embarazo, apegándose siempre a la Guía de Práctica Clínica sobre Métodos anticonceptivos temporales DIU y condón de la SSA (COP 8.6)

4.1.70. La consejería debe iniciar desde el control prenatal en la consulta externa y reforzarse cuando la paciente ingresa con trabajo de parto al área de urgencias obstétricas y en la unidad de toco-cirugía. (COP 8.6)

4.1.71. En todos los casos se brinda consejería sobre Planificación Familiar y en caso de aceptar el método anticonceptivo temporal o definitivo, el médico tratante solicitará la firma de los formatos de consentimiento informado respectivo. En caso de que la paciente no acepte algún método anticonceptivo, deberá quedar documentado en el expediente clínico con la firma de la paciente en la nota médica correspondiente. (COP 8.6)

4.1.72 La División de Ginecología y Obstetricia es responsable de promover y realizar de manera gratuita a todas las pacientes que acudan al Hospital, la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a través de la toma de una citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) en la Clínica de Colposcopia y, en aquellos casos que lo ameriten, la realización de un estudio colposcópico con toma de biopsia dirigida para la detección oportuna y el diagnóstico de las lesiones pre y cancerosas del cuello uterino, en apego a los protocolos de atención médica y las Guías de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino de la Secretaría de Salud (COP 8.8)

4.1.73. La Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, a través de su equipo multidisciplinario de especialistas, atenderá a los pacientes con sobrepeso y obesidad adultos como lo describe el procedimiento estandarizado del HJM. La nutricionista será la

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

 	POLITICAS HOSPITALARIAS		Rev. 1 Hoja: 36 de 41
--	--------------------------------	--	--

responsable de canalizar a la Clínica a todos los pacientes que cumplan con los siguientes criterios: Adultos con IMC > 35 asociados a comorbilidad y Adultos con IMC > 40 asociados o no a comorbilidades.(COP 10)

4.1.74 La cirugía bariátrica, se recomendará y realizará solo a aquellos pacientes que cubran los criterios del protocolo de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, con el debido seguimiento posquirúrgico y consejería multidisciplinaria para el paciente. (COP 10)

4.2. Políticas de Evaluación de Pacientes (AOP)

4.2.1. Las evaluaciones iniciales deben ser completas en las primeras 24 horas de atención. Cada servicio, dependiendo del tipo de paciente, la complejidad de su padecimiento y duración de su atención así como de la dinámica y de las condiciones en torno a la misma, ordenará los marcos de tiempo apropiados priorizando la realización de cada una de ellas (AOP 1.4)

4.2.2. Cuando la evaluación del paciente se realiza total o parcialmente fuera del establecimiento, los hallazgos deberán ser revisados y/o verificados al momento de la admisión para hospitalizar al paciente o al ingresarlo a un servicio ambulatorio del HJM. (AOP 1.4)

4.2.3. Las evaluaciones médicas y de enfermería se deben completar dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión y deben estar disponibles en el expediente clínico para todos los que participen en la atención del paciente. Los pacientes de urgencia deben ser evaluados inmediatamente de acuerdo a los criterios de triage. (AOP 1.3.1)

4.2.4. Es obligación del médico tratante revalorar a cada paciente y registrar su evolución en el expediente clínico diariamente o por turno en caso de que lo amerite. Los pacientes ingresados por cualquier patología y que colateralmente puedan presentar un trastorno o brote psicótico, serán evaluados diariamente por el Servicio de Psiquiatría, asentando la nota de evolución correspondiente (AOP 2)

4.3. Políticas relacionadas con los Derechos de los Pacientes y su Familia (PFR)

4.3.1. El Jefe de Servicio o la persona que él designe, será el responsable de autorizar los pases de estancia de 24 horas al o los familiares de los pacientes, que por la gravedad del paciente lo amerité. (PFR 2)

4.3.2. Los médicos responsables de la atención del paciente (jefe de servicio/ adscrito) deben informar al paciente y familiar responsable de los resultados diagnóstico-terapéuticos. (COP 2.4, ACC 1.1, PFR 2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.3.3. El informe médico deberá darse cada 24 hrs en el área de hospitalización. En áreas críticas (urgencias y terapia intensiva) la información se dará cada 8 hrs, o cada que por razones del estado de salud del paciente se requiera. La hora de informes será determinada por cada servicio y se hará del conocimiento del paciente y familiares, así como a las áreas de admisión e informes. (COP 2.4, PFR 2)

4.3.4. Será responsabilidad del médico que recibe una paciente con emergencia obstétrica y/o con detección de riesgo de complicación en el producto, el comunicar a la Unidad de Neonatología el posible ingreso del neonato. En caso de no contar con la infraestructura necesaria en la UCIN, se notificará al servicio de obstetricia y a la paciente o familiar para un posible traslado a otra unidad. (COP 8.4.2 y PFR 1)

4.3.5. La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División y de Servicio, asegurará la difusión, promoción y aplicación de la carta de los derechos de los pacientes y familiares. Para lo anterior, podrá solicitarse el apoyo de la Unidad de Comunicación Social. (PFR 1)

4.3.6. Todo el personal que labore en el HJM, es responsable de respetar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento. (PFR 1)

4.3.7. El o la paciente decidirá qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a un tercero. (PFR 1)

4.3.8. El paciente pediátrico hospitalizado debe estar siempre acompañado preferentemente de su padre o madre, solo una persona y no dejarlo solo. (PFR 2)

4.3.9. Deberá brindarse atención integral a los pacientes con padecimientos sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia y/o problemas psiquiátricos que acudan al HJM. En estos casos, el médico tratante solicitará la intervención de un familiar a través del Servicio de Trabajo Social. (PFR 1.4)

4.3.10. A todo paciente en estado de agitación, se deberá intentar entrevistarlo y determinar las causas de su agresividad, en caso de que la agitación sea extrema y el paciente no colabore, se deberá aplicar sujeción previo consentimiento informado, así mismo, valorar la aplicación de tranquilizantes mayores signados por personal médico capacitado: psiquiatras, neurólogos, urgenciólogos o internistas. (PFR 1.4.7)

4.3.11. Se deberá realizar interrogatorio indirecto al acompañante de todo paciente agitado, y se le otorgará orientación sobre su manejo. En caso de que continúe la agitación psicomotriz del paciente y sea debida a padecimiento mental, el médico solicitará a trabajo social que tramite su traslado a un hospital Psiquiátrico y si la agitación se atribuye a padecimiento sistémico no mental, se continuará su manejo multidisciplinario con el servicio tratante. (PFR 1.4.7)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.3.12. Los pacientes y sus familiares tienen derecho a participar en el proceso de su atención, para lo cual, es deber del médico tratante fomentar y mantener comunicación continua y veraz, así como propiciar una segunda opinión, de ser requerida por el paciente o su familia. (PFR 2)

4.3.13. Los pacientes y sus familiares tienen derecho a rechazar algún procedimiento diagnóstico y/o de tratamiento; en dado caso, el médico tratante deberá abordar exhaustivamente esta solicitud y, de confirmarla, inscribirla en el expediente clínico y solicitar la firma de responsiva del solicitante o del familiar, eximiendo al HJM de cualquier complicación secundaria a esta decisión (PFR 2.3)

4.3.14. En todos los casos de pacientes a quienes se realice algún procedimiento médico, quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o de investigación médica, debe llenarse el formato de consentimiento informado diseñado por cada área en apego a la normatividad vigente. (PFR 6)

4.3.15. El personal calificado responsable del llenado del consentimiento informado, deberá informar al paciente, familiar o responsable legal, de su contenido, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado. Después de ratificar la comprensión de dicha información, el paciente, familiar o responsable legal deberá formalizar con su firma o huella digital aceptando legalmente. (PFR 6).

4.3.16. El jefe de servicio será el responsable de supervisar el adecuado llenado de todos los consentimientos informados. (PFR 6)

4.3.17. Los pacientes que participan en protocolos de investigación, deberán ser informados por parte de los servicios médicos sobre los beneficios esperados, molestias y riesgos potenciales, entre otros. (PFR 7)

4.3.18. El personal médico y paramédico debe respetar la decisión del paciente y de la familia acerca de la donación de órganos. (PFR 11)

4.3.19. La Coordinación de Donación de Órganos, Tejidos, y Células con fines de trasplante es responsable de la detección de donadores potenciales, en todos aquellos casos en los que se sospeche muerte encefálica, coordinando las acciones procedentes en apego a lo establecido en la Ley General de Salud y demás disposiciones en la materia. (PFR 11.1)

4.3.20. La Coordinación de Donación de Órganos, Tejidos, y Células con fines de trasplante, es responsable de realizar las acciones para la procuración de órganos, de aplicar el procedimiento al paciente fallecido por paro cardiorrespiratorio, de acuerdo a la Ley General de Salud y demás disposiciones en la materia. (PFR 11.1)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

4.3.21. El responsable del Programa Hospitalario de Trasplantes, es el encargado de proveer lo necesario para que se lleve a cabo la identificación y certificación del potencial donador de órganos y tejidos con fines de trasplante. (PFR 11.2)

4.3.22. El responsable del Programa Hospitalario de Trasplantes, es el encargado de proveer lo necesario para que se lleve a cabo la procuración, distribución y resguardo de los órganos, tejidos y células de donación cadavérica, así como de supervisar las mejores prácticas en la realización de trasplantes. (PFR 11.2)

4.3.23. El Comité Interno en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, es el responsable de asignar y ubicar correctamente los órganos procurados en la unidad, de acuerdo a los criterios establecidos. (PFR 11)

4.3.24. El Servicio de Trasplantes es responsable de mantener y actualizar el protocolo en la materia, así como de vigilar su apego y aplicación. (PFR 11.2)

4.3.25. El protocolo de estudios del donador vivo relacionado, deberá llevarse con prioridad preventiva y proteccionista del donador, sin que implique para él, mayor riesgo que el acto quirúrgico de la extracción del órgano. (PFR 11.1)

4.3.26. Para la vigilancia de la evolución tanto del donador como del receptor, el responsable especialista, deberá citarlos a Consulta Externa para evaluaciones subsecuentes con monitoreo clínico y bioquímico (PFR 11.2)

4.4. Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

4.4.1. El jefe del Servicio de Anestesiología deberá supervisar la aplicación de los procedimientos de anestesia y sedación por el personal calificado adscrito y residente de tercero a quinto año, en apego a su programa de trabajo (ASC 2.4)

4.4.2. Los procedimientos de vigilancia de la calidad en anestesia y sedación se deben realizar de acuerdo al programa de calidad del servicio y para pacientes con vía aérea difícil (ASC 2.4)

4.4.3. El procedimiento de anestesia se realizará por un médico anesthesiologo calificado o un médico residente de tercer a quinto año, de acuerdo al manual de procedimientos del Servicio de Anestesiología realizando acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante la anestesia. (ASC 5.3)

4.4.4. Para la aplicación de la sedación moderada y profunda, previo consentimiento informado del paciente o su familiar, el personal calificado deberá apegarse al

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

procedimiento descrito para pacientes pediátricos y adultos, con el equipo apropiado y debiendo llevar el registro del monitoreo en el formato diseñado para tal efecto.(ASC 3)

4.4.5. Está permitido que personal médico no anesthesiólogo, aplique sedación superficial para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, en los servicios de: Endoscopía, Pediatría, Rayos x (Rx), Urgencias Pediatría y Adultos; así mismo, tienen la facultad de seleccionar al paciente, procedimientos, medicaciones, y el equipo de emergencia de la vía aérea, reanimación cardiovascular, el ayuno preoperatorio, y procedimientos de recuperación (ASC 3.2)

4.4.6. El médico que realizó el procedimiento en las áreas de recuperación donde se sedó al paciente, deberá llevar a cabo la evaluación postsedación y elaborar la nota respectiva, otorgando al paciente la información e indicaciones pertinentes. (ASC 3.1.1)

5. Políticas relacionadas con la Gestión de la Organización

5.1. Políticas relacionadas a Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

5.1.1. La Dirección General a través de la Dirección Médica, es responsable de establecer, aprobar y conducir las políticas, normas, lineamientos y programas sustantivos y de apoyo, asegurando su comunicación a todo el personal del hospital y vigilando su cumplimiento para el logro de la misión, visión y las metas y objetivos institucionales.(GLD 1)

5.2. Políticas relacionadas a la Gestión de la Comunicación y la Información (MCI)

5.2.1 El expediente clínico debe estar siempre disponible para la atención que otorga el personal autorizado en todos los servicios que requieran de su uso. (MCI.7)

5.2.2. La Dirección Médica es la instancia responsable de aprobar la normatividad interna que registrará el funcionamiento del HJM. (MCI 18)

5.2.3. Las Jefaturas de División y de Servicios son la instancia responsable de proponer la normatividad interna a la Dirección Médica y someterla a la aprobación del Comité de Mejora Regulatoria Interna para su aprobación. (MCI 18)

5.2.4. Las Jefaturas de División y de Servicios, serán responsables de promover la difusión, aplicación y resguardo de la normatividad interna. (MCI 18)

5.2.5. Las políticas y procedimientos se revisarán en forma bianual o cuando se modifique la normatividad relacionada. (MCI 18)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018

5.2.6 El personal médico y paramédico deberá observar en todo momento los Lineamientos que se emitan para el uso, manejo y resguardo del expediente clínico (MCI.19.2 y MCI.11)

5.2.7. Durante la hospitalización de los pacientes, los expedientes clínicos deben estar colocados en los lugares asignados para su resguardo.

5.2.8. El personal de salud autorizado al acceso del expediente clínico es responsable de mantener bajo resguardo el contenido del mismo, a fin de preservar los derechos de los pacientes.

5.2.9. La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a la CONAMED.(MCI.10)

5.2.10. El Archivo Clínico deberán conservar los expedientes clínicos de los pacientes por un periodo de 5 años, a partir de la fecha del último acto médico. (MCI.12)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre			Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio
Cargo			Director Medico
Firma			
Fecha	Febrero 2018	Febrero 2018	Febrero 2018