

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

POLÍTICAS HOSPITALARIAS GENERALES

METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MISP 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1.- El Personal médico y paramédico del HJM será el responsable de colocar el identificador a todo paciente que sea ingresado para su atención al hospital, dicho identificador deberá de contener los siguientes datos: nombre completo “Apellidos y Nombre(s)” y fecha de nacimiento “día-mes-año” en este orden. Los dos identificadores se inscriben en una pulsera o brazaletes de identificación que deben ser **ESCRITOS CON TINTA NEGRA Y LETRA LEGIBLE**, independientemente del turno de ingreso colocándola en la muñeca derecha y cuando no sea posible se coloca en la otra muñeca o en tobillos en casos extremos. Además, coloca una tarjeta de identificación del paciente con los mismos datos identificadores en la cabecera de cama, mismos que deberán permanecer durante la estancia hospitalaria del paciente. En pacientes pediátricos, en estado de coma e inconscientes, los datos de identificación serán solicitados al familiar o acompañante, y cotejados con su documentación oficial.

2.- En caso de pacientes que acudan a estudio o tratamiento ambulatorios, como hemodiálisis, quimioterapia ambulatoria, endoscopia, etc.; se utiliza pulsera o brazaletes con los dos identificadores. Colocándose en región anterior de tórax lado izquierdo y cuando no sea posible en el lado derecho.

3.- Cuando el paciente no pueda ser identificado en un primer momento no se coloca brazaletes de identificación, pero sí la tarjeta de cabecera de cama indicando “paciente desconocido”, registrando fecha y hora 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 más el nombre del servicio donde está internado. 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 brazaletes inscribiendo en el mismo: “paciente desconocido”.

4.- Si para la ejecución de un procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico es necesario retirar el brazaletes de identificación, la persona que lo retira debe recolocar al finalizar el procedimiento.

5.- Además de la comprobación inicial, el personal de salud, siempre debe 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.
- Procedimientos de Rehabilitación.

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

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

MISP 2 MANEJO ADECUADO DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

1.- El personal médico adscrito, residentes de especialidad médica, médicos Internos y personal de enfermería pueden dar o recibir, órdenes o instrucciones de atención médica en forma verbal, solo en casos de urgencia, en donde se encuentre en peligro la vida del paciente.

2.- Todos los médicos adscritos o residentes de especialidad médica y personal de enfermería son responsables del siguiente procedimiento en caso de dar o recibir órdenes o instrucciones de atención médica en caso de urgencia:

1. El receptor escucha la indicación.
2. Repite la indicación o instrucción en voz alta.
3. El emisor la confirma.
4. Al término del evento de urgencia, escribir la orden dada o ejecutada.

3.- Al término del evento de urgencia el emisor debe registrar la orden o instrucción de atención médica, en la hoja de indicaciones médicas anotando: fecha, hora, orden o instrucción, nombre y firma, especificando que la orden fue emitida de manera verbal.

4.- Al término del evento de urgencia el receptor, debe 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, especificando que la orden fue emitida de manera verbal.

5.- El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento pueden dar resultados de manera verbal, sobre procedimientos que efectúen en su ámbito solo en los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos y urgencias en los casos en donde se encuentre en peligro la vida del paciente.

6.- Todos los médicos adscritos o residentes de especialidad médica, personal de enfermería y personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, son responsables de llevar a cabo el siguiente procedimiento en caso de dar o recibir resultados de manera verbal, sobre procedimientos que efectúen en su ámbito: aplicando el siguiente procedimiento:

1. El receptor escucha la información.
2. La escribe
3. El receptor lee el resultado escrito.
4. El emisor confirma.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

7.- En caso de recibir resultados de laboratorio en forma verbal o telefónica, el médico debe registrar los resultados en la libreta para registro de resultados de estudios de laboratorio y gabinete de urgencia, anotando para ello fecha, hora, resultados reportados y nombre de quien remite el reporte.

MISP 3 MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

1.- Todo el personal de salud, involucrado en el manejo de electrolitos concentrados, citotóxicos, anticoagulantes, trombolíticos, insulinas, Nutrición Parenteral y radioactivos o de naturaleza similar deben conocer y aplicar las siguientes condiciones:

2.- 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 (ESQUEMA DEL NUEVO CODIGO DE COLORES.)

COLOR	ELECTROLITO CONCENTRADO	TIPO DE ETIQUETA O MARCA
AZUL	Bicarbonato de Sodio 7.5%	
VERDE	Sulfato de Magnesio 10%	
AMARILLO	Gluconato de Calcio 10%	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

COLOR	ELECTROLITO CONCENTRADO	TIPO DE ETIQUETA O MARCA
ROJO	Cloruro de Potasio 14.9%	
NARANJA	Fosfato de Potasio 15%	
BLANCO	Cloruro de Sodio Hipertónico 17.7%	

3.- 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, etiquetar y separar Bicarbonato de Sodio (1), Sulfato de Magnesio (3) y Gluconato de Calcio (2) 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, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

VISTA DEL CAJÓN DEL CARRO ROJO CON NUEVO CODIGO DE COLORES DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS.



4.- 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.

5.- La enfermera jefe de servicio es responsable de verificar el cumplimiento de la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo.

6.- La enfermera es responsable de administrar 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.

7.- 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.

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

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



10.- La enfermera jefe de servicio 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.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

- Extremo superior derecho insulina de acción rápida.
- Extremo inferior derecho insulina de acción intermedia

Extremo superior izquierdo

HEPARINA DE 1000 U.I

(Solución inyectable)

Frasco ampula 10 ml

1000 U.I / 1 ml

Extremo inferior izquierdo

Extremo superior derecho

INSULINA DE ACCION RAPIDA

(Solución inyectable)

Frasco ampula de 10 ml

100 U.I / 1 ml

Extremo inferior derecho

HEPARINA DE 5000 U.I

(Solución inyectable)

Frasco ampula 5 ml

5000 U.I / 1 ml

INSULINA DE ACCION INTERMEDIA NPH

(Solución inyectable)

Frasco ampula 10 ml

100 U.I / 1 ml

11.- 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”.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

- Nutrición parenteral previo a la ministración.

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

13.- 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, 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.

14.- 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.

MISP 4 CIRUGÍA SEGURA

1.- El personal médico deberá conocer y aplicar el protocolo Universal de Cirugía Segura, que incluye el marcaje quirúrgico, la verificación preoperatoria y la realización del tiempo fuera (time out), el cual deberá de realizarse a todos los pacientes que sean programados para un procedimiento quirúrgico, o cuando se realicen procedimientos invasivo de alto riesgo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

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. 

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 solo registran en el formato específico para marcaje quirúrgico.

4.- El equipo quirúrgico, “médico cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería” que participa en la cirugía son responsables de realizar el proceso de verificación preoperatoria en el periodo anterior a la inducción de la anestesia, 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.

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.

6.- El personal de salud que labora en áreas donde se realicen procedimientos invasivos de alto riesgo y que requieran sedación son responsables de aplicar el formato: “Lista de verificación previa a procedimientos quirúrgicos del Hospital Juárez de México”.

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 retrograda endoscópica y procedimientos invasivos realizados en el servicio de Hemodinámica; 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.

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.
- Maquina correcta: de acuerdo a resultados de panel viral.
- Este deberá registrarse en el formato específico para hemodiálisis.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		10 de 40

9.- El personal médico y de enfermería son responsables de aplicar tiempo fuera antes de transfundir componentes sanguíneos, verificando para ello:

- 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”.
- Este deberá registrarse en el formato específico para control transfusional.

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.
- Este deberá registrarse en el formato específico de radioterapia.

MISP 5 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES A TRAVÉS DEL LAVADO DE MANOS

1.- Todo el personal médico y paramédico del HJM deberá aplicar el protocolo de lavado de manos de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud todo el personal de salud del Hospital Juárez de México, al inicio y al término de la jornada laboral debe lavarse las manos con agua corriente y jabón con antiséptico, al término secarse con toallas desechables.

Será responsabilidad del área de Servicios Generales del hospital el que los distintos servicios sanitarios del hospital cuenten con jabón y toallas desechables para poder ejecutar el correcto lavado de manos.

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:

- a) Antes de contacto directo con el paciente: dar la mano, ayudar al paciente a moverse, valoración o examen clínico.
- b) Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes: inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación.
- c) 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.
- d) Después del contacto con el paciente: dar la mano, ayudar al paciente a moverse, valoración o examinación clínica.
- e) 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.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

- 3.- Se debe utilizar jabón antiséptico líquido con antiséptico prioritariamente en áreas críticas (clorhexidina al 2% o al 4%), agua corriente y toallas desechables.
- 4.- En caso de presentar reacción dermatológica al antiséptico utilizar jabón líquido sin antiséptico o con otro antiséptico distinto a la clorhexidina como triclosán.
- 5.- El lavado de manos con agua y jabón debe tener una duración de 40 a 60 segundos.
- 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.
- 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.
- 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).
- 9.- La higiene de manos con soluciones alcoholadas debe tener una duración de 20 a 30 segundos o hasta que se evapore el producto.
- 10.- El abasto de material y equipo necesario, así como su mantenimiento, será responsabilidad de la institución.
- 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.
- 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.

MISP 6 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- 1.- La enfermera jefe de servicio es responsable de:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

- 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.

Cuando se detecte alguna banca, sillón o silla estándar o de ruedas estén en mal estado y que por dicha situación pueda favorecer la caída de alguna persona que se encuentre sentada en la misma, esta deberá ser reportada al área de mantenimiento por el personal del área involucrada. Esto incluye las bancas en sala de espera y no se limita exclusivamente a los pacientes.

Una vez reportada, el servicio de Servicios Generales deberá retirar dicha banca del lugar donde se encuentre inmediatamente para evitar accidente de los usuarios del hospital o acompañante, y esta deberá ser llevada al área de mantenimiento para su pronta compostura.

2.- La enfermera jefe de servicio y el personal supervisor son responsables de verificar que las medidas de seguridad aplicadas correspondan con el nivel de riesgo evaluado.

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.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		13 de 40

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.
- Y a los que cursan con agitación psicomotriz.
- Durante el traslado del paciente.

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.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

POLÍTICAS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

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”. Esta política será aplicada siempre y cuando el hospital esté en capacidad de atender al paciente y no existan causas de fuerza mayor que lo impidan. (COP 1, ACC 1.1)
2. Tanto médicos adscritos como médicos 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 jefes de servicio y médicos adscritos supervisar las acciones del personal en formación.
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) (ACC 1.1)
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)
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)
6. Todos los pacientes durante su atención médica ambulatoria, hospitalaria o de urgencias tendrán acceso a todos los recursos de atención con los cuenta el hospital, y hasta donde la capacidad de los mismos lo permita. (COP 1, ACC 1.1)
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.
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 ultimo bloque de 12:00 a 14:00 hrs. De los pacientes que acudan a consulta externa, solo se permitirá el acceso del paciente y un acompañante. En caso de que el paciente requiera por sus limitaciones físicas de un acompañante adicional, se permitirá el acceso de un segundo acompañante mediante autorización del médico tratante. Para los pacientes que acuden a consulta, no se permitirá el acceso con una anticipación mayor a 30 minutos con respecto a la hora en que se encuentra

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

agendada la cita. Esto con el fin de disminuir la ocupación en las salas de espera y mejorar la seguridad del área. (ACC 1.1)

9. Todos los pacientes serán atendidos con expediente clínico, con excepción de los pacientes en urgencias que no ameritan internamiento o pase a la consulta externa. En caso de extravío temporal del mismo, se les brindara 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. No se entregaran expedientes fuera de relación sin entregar vale o multivale por los mismos. (ACC 1.1)

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)

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)

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)

13. Cada servicio, será responsable de supervisar a los médicos residentes, médicos que rotan de otros hospitales, médicos internos y estudiantes de medicina, en caso de que sean ellos quienes realicen cualquier valoración del paciente en cualquier área y horario. (ACC.2)

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

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)

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)

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)

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).

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

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)

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. El servicio de ambulancia dependerá de la disponibilidad del recurso. (ACC.1.1)

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)

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).

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)

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

25. La evaluación inicial debe de realizarse a todos los pacientes hospitalizados en las primeras 24 horas de internamiento por personal calificado: medico adscrito o residentes del servicio correspondiente y debe determinar las necesidades de atención y garantizar la continuidad de la misma. La información debe de 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. (AOP1.2).

26. 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. En el caso de pacientes graves o delicados, la evaluación inicial deberá realizarse dentro de las primeras ocho horas de internamiento. (AOP 1.2).

27. 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,)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

28. Las evaluaciones iniciales deben de 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)

29. 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 hospitalizarlo o al ingresarlo a un servicio ambulatorio del HJM. (AOP 1.4)

30. 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 de ser evaluados inmediatamente de acuerdo a los criterios de triage. (AOP 1.3.1)

31. 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)

32. 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, firma y cédula del médico responsable de la atención médica. (COP 2.2, ACC 1.1)

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

34. 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)

35. 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)

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

37. 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 la meta internacional de comunicación efectiva. (COP 2.2, ACC 1.1)

38. 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)

39. 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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

analizados en el expediente clínico, en un tiempo máximo de 24 hrs posteriores a recibirlos. (COP 2.3, ACC 1.1)

40. 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. En los pacientes ingresados por cualquier patología y que colateralmente presentarán un trastorno o brote psicótico, serán evaluados diariamente por el servicio de psiquiatría, asentando la nota de evolución correspondiente.(AOP 2)

41. El Jefe de Servicio o la persona que el 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)

42. 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)

43. El informe médico deberá darse cada 24 hrs en el área de hospitalización. En áreas críticas (urgencias y terapia intensiva) la información se dará una vez por turno (matutino, vespertino y nocturno) o cada que por razones del estado de salud del paciente se requiera. La hora de informes serán determinados por cada servicio, estos se harán del conocimiento del paciente y familiar o familiares designados para recibir informes, así como a las áreas de admisión e informes. (COP 2.4, PFR 2)

44. 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)

45. 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 cardiaco (COP 3.2)

46. 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 avalado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. (COP 3.3.1)

47. 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-253-SSA1-2012, 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)

48. La urgencia transfusional (Sangrado mayor al 20% de volumen de sangre total en pacientes adultos y 10% de volumen de sangre total en pacientes pediátricos) en diversas especialidades médicas, Gineco-Obstétricas, alineadas a programa nacional de salud y quirúrgicas, no exime la práctica de las pruebas de hemocompatibilidad, sin embargo, los componentes sanguíneos podrán

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

liberarse anticipadamente para su 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.
- En cualquier caso, se continuara hasta el término con la prueba de Coombs, de detectarse incompatibilidad en las pruebas de hemocompatibilidad, el banco de sangre dará aviso inmediatamente, 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.

49. Con la finalidad de asegurar la existencia de sangre y hemoderivados, cada turno es responsable de preparar las solicitudes correspondientes, a fin de no retrasar el soporte transfusional, dándole prioridad a los casos que ameriten transfusión urgente. (Sangrado mayor al 20% de volumen de sangre total en pacientes adultos y 10% de volumen de sangre total en pacientes pediátricos) (COP 3.3.3)

50. 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 disponente sanguíneos (COP 3.3.3)

51. 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 nacimiento 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)

52. Es Política del Servicio de Obstetricia del Hospital Juárez de México ofrecer atención médica especializada y solicitar apoyo al servicio de Salud Mental 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)

53. La atención de paciente en estado de coma deberá de 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)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

54. El personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) es responsable de elaborar y difundir el uso adecuado de las precauciones por vías de transmisión, con énfasis en los pacientes con enfermedades infectocontagiosas y los pacientes inmunodeprimidos, con la supervisión de los servicios médicos responsables. (COP 3.5.1, COP 3.5.2, PCI 5.1)

55. La UVEH 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)

56. Todos los pacientes con requerimiento de diálisis deberán ser atendidos por el Servicio de Nefrología Adultos o Nefrología Pediátrica quien es el responsable 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)

57. El Servicio 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 dar la orientación de las unidades que cuenten con dicho programa. (COP 3.6)

58. En caso de desastres el paciente que en ese momento se encuentra en proceso de hemodiálisis se encuentra informado de las medidas de urgencias que deberá tomar para desconectarse de la máquina(COP 3.6)

59. 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)

60. 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)

61. El médico adscrito 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)

62. 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)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

63. 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)
64. El servicio de geriatría es responsable de evaluar a todos los pacientes mayor de 70 años de edad, que padezcan dos o más enfermedades crónico degenerativas y que presenten dos o más síndromes geriátricos que se encuentren hospitalizados, y a los pacientes que soliciten cita de primera vez en la consulta externa de Geriatría en apego al procedimiento descrito en el Manual del Servicio
65. El servicio de Geriatría será responsable de dar seguimiento a las necesidades encontradas en cada paciente adulto mayor evaluado y lo canalizará al servicio pertinente en cada caso.
66. El servicio de 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)
67. 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)
68. 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)
69. 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. Dicha valoración deberá ser realizada por el personal de enfermería. (COP 6.2)
70. 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)
71. El personal de enfermería es responsable de realizar reevaluación del dolor, posterior a la administración del analgésico y registran el resultado en el plan integral de enfermería(COP 6.2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

72. El control prenatal, la atención del nacimiento y del puerperio, se otorgarán de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica vigentes. (COP 8.1)

73. 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 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, con apoyo multidisciplinario a través del CÓDIGO MATER. (COP 8.1, COP 8.4.1 y 8.4.2)

74. El médico adscrito y/o residente de mayor grado del Servicio de Obstetricia, 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)

75. 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. 2010. Este procedimiento aplica a los Servicios de Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Anestesiología, Terapia Intensiva, Pediatría, Radiología e imagen, Trabajo Social y admisión urgencias. (COP 8.1, y COP 8.4.1)

76. 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)

77. El Servicio de Obstetricia brindará información sobre métodos de Planificación Familiar (PF) a todas las pacientes que lo soliciten por su posibilidad, a futuro de embarazo, apegándose siempre a la Guía de Práctica Clínica sobre Métodos anticonceptivos temporales. En su caso también, de acuerdo a cada caso se ofertarán los definitivos. (COP 8.6)

78. 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 tococirugía. (COP 8.6)

79. 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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 22 de 40

anticonceptivo, deberá quedar documentado en el expediente clínico con la firma de la paciente en la nota médica correspondiente. (COP 8.6)

80. La División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México es responsable de promover y realizar de manera gratuita a todas las pacientes que acudan al Hospital, la detección oportuna de Cáncer Cervicouterino a través de la toma de una citología cervico-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 cervico-uterino de la Secretaría de Salud 2010 (COP 8.8)

81. 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 responsable de canalizar a la clínica de obesidad y trastornos metabólicos 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)

82. 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)

83. El jefe del servicio de anestesiología deberá supervisar la aplicación de los procedimientos de anestesia y sedación por el personal calificado adscrito y residentes de tercero a quinto año en apego a su programa de trabajo (ASC 2.4)

84. 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)

85. El procedimiento de anestesia se realizará por un médico anestesiólogo calificado o un médico residente de tercer a quinto año de acuerdo al manual de procedimientos del servicio 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)

86. Para la aplicación de la sedación moderada y profunda, previo consentimiento informado del paciente o su familiar, el personal calificado deberá apegarse al procedimiento descrito para pacientes pediátricos y adultos, con el equipo apropiado y debiendo llevar el registro del monitoreo en el formato diseñado.(ASC 3).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

POLITICAS HOSPITALARIAS SOBRE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

1. La Dirección Médica, el área de Calidad y el Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) son 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.
2. El Sistema de Medicación debe apegarse al marco normativo.

POLÍTICAS PARA LA ADQUISICIÓN

3. Los medicamentos son adquiridos por el proceso de Licitación Pública en base al catálogo del pedido anual consensado y emitido por el área médica.
4. Se podrá solicitar la inclusión de un medicamento al catálogo interno del hospital y el cual se encuentre autorizado por la Dirección Médica y con la aprobación de la Dirección Administrativa por la factibilidad de costo-beneficio, llenando en forma correcta el formato específico.
5. Para adquirir 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:
 - a. Llenar correctamente el formato autorizado de orden de compra con el nombre genérico del medicamento, presentación y características específicas según sea el caso.
 - b. Autorización del Jefe de Servicio, o por el Jefe de la División o el Asistente de la Dirección Médica.
 - c. Sello de no existencia de la Farmacia
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 analizará costo-beneficio y hará llegar la solicitud debidamente requisitada a la coordinación médica-administrativa la cual verificará la suficiencia presupuestal. Una vez autorizado, se llevara a cabo el trámite administrativo correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

POLÍTICAS PARA LA DISTRIBUCIÓN INTERNA DE LOS MEDICAMENTOS

7. La petición de medicamentos a la Farmacia se debe realizar mediante el llenado del Formato autorizado por el Hospital vale de salida, "Formato DA-F-69", el cual debe estar autorizado por el médico Jefe de Servicio que lo solicita y deberán ser por cantidades estimadas para cubrir necesidades de 24 y 72 horas en caso de los fines de semana. Este resguardo de medicamentos deberá estar accesible para todos los turnos.
8. El almacenamiento de los medicamentos en los servicios de quirófano, Unidad Toco quirúrgica, Oncología adultos y Oncología pediátrica está permitido hasta por 7 días con la finalidad de cubrir los tratamientos del tipo de pacientes que atienden.
9. El almacenamiento de medicamentos y vacunas en guardas de los servicios de Toxicología y vacunas será de acuerdo a las necesidades de cada servicio.
10. Los medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral se preparan por dosis a través de un centro de mezclas intravenosas externo, y en el caso de los medicamentos oncológicos y nutrición parenteral están identificados como medicamentos de alto riesgo por tal motivo, para su administración deberán ser membretados como lo marca la 3ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente.
11. El subcomité de antimicrobianos liderado por infectología adultos y pediátrica en estrecha coordinación con la Farmacia Hospitalaria, Epidemiología y el Laboratorio de Bacteriología es el responsable de emitir la estrategia para el uso racional de antimicrobianos.
12. 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 medicamento. Para los medicamentos del **Grupo I II III y** es indispensable que se coloque nombre completo, firma y cedula profesional de manera autógrafa del médico que solicita. (No se permite el uso de sellos).
13. Los medicamentos del grupo I II y III de acuerdo a la ley General de Salud, deben resguardarse bajo llave y se deberá llenar una bitácora de control, donde se especifique fecha, nombre del paciente, medicamento administrado, dosis, nombre, firma y cedula profesional del médico prescriptor de manera autógrafa (No se permite el uso de sellos).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

POLÍTICAS DE ALMACENAMIENTO

14. 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.
15. 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.
16. 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 por unidosis por la empresa externa, la cual debe entregarlos de acuerdo al horario de administración, de la misma manera se encarga de la eliminación de los residuos de los mismos
17. 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, extravío o mal uso de los mismos.
18. 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.
19. Los electrolitos concentrados, anticoagulantes: enoxaparina, heparina, y acenocumarina; Trombolíticos: Alteplasa y estreptoquinasa; medicamentos citotóxicos e insulina y Nutrición Parenteral 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 así como la aplicación de los 7 *correctos*.
20. En el caso de los medicamentos electrolitos concentrados estos tendrán que ser etiquetados por el área de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM 072-SSA1-2012 Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios, en tanto los proveedores

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 26 de 40

entreguen de acuerdo a la normatividad o bien la farmacia hospitalaria Subrogada entre en operación.

21. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria a través del área de epidemiología y vacunas es el responsable del manejo, almacenamiento y uso de los productos biológicos y vacunas, establecido en el manual de procedimientos del área.
22. Está 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 este a su vez lo enviará a la Dirección Médica para su análisis y emitirá recomendaciones.
23. Se realizarán supervisiones internas de manera periódica a las guardas de medicamentos de los servicios por parte de la Dirección Médica y la Jefatura de los Servicios de enfermería a fin de controlar, monitorear y asegurar las condiciones de almacenamiento de los mismos.

POLÍTICAS DE PRESCRIPCIÓN

24. El prescriptor debe de realizar la conciliación de medicamentos dentro de las primeras 24 horas al ingreso del enfermo, donde se comparan las indicaciones médicas con la farmacoterapia habitual del paciente y también debe de realizarse cada vez que el paciente cambie de área, cuando hay un cambio de médico tratante y al egreso del paciente, con la finalidad de dar continuidad a la atención e identificar y resolver discrepancias en el tratamiento farmacológico, las cuales incluyen omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.
25. 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.
26. El personal médico es el profesional responsable de la prescripción y esta se basará en las Guías de Práctica Clínica y/o Protocolos de Atención Médica las cuales están encaminadas a preservar la seguridad del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

27. 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.

28. Está prohibido dar indicaciones Médicas por vía telefónica o de manera verbal, salvo en emergencias (cuando se ponga en riesgo la funcionalidad de un órgano o la vida del paciente), realizando el proceso de comunicación efectiva y estas deberán registrarse en el Expediente Clínico a la brevedad posible.

29. Las indicaciones médicas deben estar mecanografiadas, en computadora o escrita a mano con letra legible en tinta negra o azul, no tener tachaduras y no está permitido el uso de corrector.

30. Está prohibido usar abreviaturas de cualquier tipo. La indicación **“por razón necesaria”** deberá definir un valor, medida o previa valoración médica antes de administrar el medicamento.

31. El formato de indicaciones médicas debe contener

A. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

B. TIPO DE DIETA

- ✓ Enteral
- ✓ Parenteral

C. LÍQUIDOS PARENTERALES

D. MEDICAMENTOS

- ✓ Los medicamentos se prescriben por nombre genérico

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 28 de 40

- ✓ 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).
- ✓ 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 SELLO CON EL NOMBRE, CEDULA PROFESIONAL Y ESPECIALIDAD ADEMAS DE LA FIRMA DEL MEDICO PRESCRIPTOR

32. El personal capacitado y habilitado debe de ser el responsable de revisar la idoneidad de la prescripción recién ordenada o cuando hay un cambio en la dosis. La revisión efectiva de la idoneidad se realizara a pacientes con edades neonatales, pediátricas y geriátricas, pacientes con polifarmacia, insuficiencia hepática, cardiaca y renal. El proceso para revisar una prescripción incluye la evaluación de:

- a) La idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración
- b) La duplicidad terapéutica
- c) Las alergias o sensibilidades
- d) Las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos
- e) La variación con respecto al criterio del uso de medicamentos en la institución
- f) El peso y talla del paciente
- g) Contraindicaciones
- h)

POLÍTICAS DE TRANSCRIPCIÓN

33. 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.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

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

- a. El personal de enfermería copia la indicación médica al plan terapéutico.
- b. Confirma que la transcripción sea la correcta colocando el símbolo \checkmark a un lado en el renglón de cada medicamento a transcribir en la hoja de indicaciones con tinta de color asignada para cada turno.

35. En el caso de solicitud de medicamentos oncológicos y antimicrobianos al centro de mezclas, el área médica es la responsable de realizar la transcripción correcta al formato de solicitud correspondiente.

POLÍTICAS DE PREPARACIÓN

36. La preparación de los medicamentos antes de su administración deberá hacerse en el área asignada para tal propósito a fin de garantizar las medidas de seguridad e higiene que estos requieren.

37. 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, esta se coloca en el envase sin obstaculizar el nombre del medicamento, la concentración y la fecha de caducidad y debe ser almacenados de acuerdo a las recomendaciones del fabricante. El tiempo de conservación será el siguiente, siempre y cuando el medicamento conserve sus características de integridad físicas:

- ✓ En el caso de medicamentos por vía oral será por no más de 7 días
- ✓ En caso de medicamentos y soluciones parenterales inyectables se eliminará el sobrante después de abrir el medicamento
- ✓ En las áreas de hospitalización la insulina, heparinay lidocaína serán utilizadas por no más 10 días, utilizando preferentemente dispositivo multidosis.
- ✓ En las áreas quirúrgicas la administración de lidocaína será solo por 24 h, el sobrante se debe desechar de acuerdo al procedimiento establecido por Farmacia Hospitalaria.
- ✓ En medicamentos antineoplásicos se deberá apegar a lo recomendado por el laboratorio fabricante.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

38. Los medicamentos y soluciones utilizadas en procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo deben ser etiquetados inmediatamente después de ser preparados. La etiqueta se coloca en el cuerpo de la jeringa o envase donde se preparó en medicamento con los siguientes datos: nombre genérico del medicamento, dosis, concentración si corresponde, fecha y hora de preparación así como fecha de retiro.

Antes de administrar el medicamento se debe:

- a. Verificar los datos de la etiqueta así como una inspección visual del medicamento
- b. Si la persona que lo va a administrar no es la misma que lo preparo, se debe realizar la doble verificación.
- c. Estos medicamentos no pueden ser utilizados más de 24 h después de su preparación o si se tiene evidencia de contaminación o si los datos de la etiqueta no son legibles.
- d. Una vez terminado el procedimiento se debe eliminar el sobrante de medicamentos de acuerdo al procedimiento establecido por Farmacia Hospitalaria. Las jeringas, agujas y soluciones utilizadas para su preparación se desecharan en el contenedor correspondiente.
- e. El etiquetado de los medicamentos utilizados por el servicio de anestesiología serán responsabilidad del mismo.

POLITICAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

39. El personal de enfermería, medico así como el personal técnico capacitado son los responsable de la administración de medicamentos, verificando que sea la correcta de acuerdo a la prescripción y de acuerdo con las políticas y procedimientos descritos en el manual del área correspondiente.

40. 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 para evitar la automedicación.

41. De acuerdo a la normatividad vigente está prohibido recibir y utilizar muestras médicas en el interior del Hospital. En caso de adquirir 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.

POLITICAS DE CONTROL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

42. El médico, personal de enfermería y demás profesionales de la salud, deberán investigar la presencia de alergias de los pacientes a medicamentos y reportar cualquier sospecha de reacción adversa, así como errores de medicación

43. La Unidad de Farmacovigilancia es responsable hacer recorridos diarios con la finalidad de detectar, vigilar, investigar y evaluar las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) y de llevar a cabo el reporte correspondiente de las mismas a COFEPRIS.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

POLITICAS HOSPITALARIAS SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES Y SU FAMILIA

- 1.- El Cuerpo de Gobierno asegurará la difusión, promoción y aplicación de la carta de los derechos de los pacientes y familiares. (PFR 1)
- 2.- 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)
- 3.- El o la paciente decidirá, en caso de estar consciente, qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a un tercero. En caso de que el paciente se encuentre en estado inconsciente, quién decidirá será el tutor o el familiar responsable. (PFR 1)
- 4.- El paciente pediátrico hospitalizado debe estar siempre acompañado de su padre, madre o tutor y no dejarlo solo. (PFR 2)
- 5.- Los pacientes con padecimientos sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia y/o problemas psiquiátricos que acudan al HJM deberán venir acompañados de un familiar para su atención integral. (PFR 1.4)
- 6.- 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 y valorar la aplicación de tranquilizantes mayores prescritos por personal médico capacitado: psiquiatras, neurólogos, urgenciólogos o internistas. (PFR 1.4.7)
- 7.- 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)
- 8.- 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 con ambos, así como propiciar una segunda opinión, de ser requerida por el paciente o su familia. (PFR 2)
- 9.- 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 eximiendo al HJM de cualquier complicación secundaria o desenlace a esta decisión (PFR 2.3)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 33 de 40

10.- En todos los pacientes en quienes se realice algún procedimiento médico, quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación médica deberá llenarse el formato de consentimiento informado diseñado por cada área en apego a la normatividad vigente. (PFR 6) y HJM-DIE-FOR-011-AP, HJM-DIE-FOR-011-1 al 6-AP)

11.- 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 su aceptación. (PFR 6).

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

13.- Los servicios que atienden pacientes que participan en protocolos de investigación deberán informarles los beneficios esperados, molestias y riesgos potenciales, alternativas que quizá también sean de ayuda y procedimientos que deben seguirse. (PFR 7)

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

15.- 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, coordinado la confirmación y certificación de la muerte encefálica en apego a lo establecido en la Ley General de Salud (PFR 11.1)

16.- La Coordinación de Donación de Órganos, Tejidos, y Células con fines de trasplante es responsable para la procuración de órganos y de aplicar el protocolo de muerte encefálica, de acuerdo a la Ley General de Salud (PFR 11.1)

17.- 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)

18.- 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)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 34 de 40

19.- 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 la base de datos. (PFR 11)

20.- El área operativa correspondiente al programa de trasplante de órganos, tejidos o células será la responsable de mantener, actualizar el protocolo y de su apego y aplicación. (PFR 11.2)

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

22.- 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)

POLÍTICAS EN RELACIÓN AL ESTANDAR GLD

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

POLÍTICAS EN RELACIÓN AL ESTANDAR PCI

1.- La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) es responsable de la vigilancia epidemiológica 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)

2.- El personal profesionalizado de la UVEH es responsable de elaborar, difundir y supervisar el Programa de Prevención y Control de Infecciones incluyendo pacientes, familiares y trabajadores, en corresponsabilidad con los servicios médicos y de enfermería responsables.(PCI 5.1)

3.- La UVEH elaborará lineamientos para el manejo de dispositivos y materiales desechables que se reutilizan en conjunto con los servicios usuarios. El personal médico y de enfermería usuarios son responsables del manejo adecuado de dispositivos y materiales desechables que se reutilizan con base en el lineamiento institucional. (PCI 7.1)

4.- El personal médico y paramédico siguiendo el procedimiento escrito, es responsable de desechar de inmediato de material punzocortante en los contenedores de plástico rígido hermético que para

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 35 de 40

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)

5.- Todos los contenedores de material punzocortante, se deberán retirar por el responsable técnico de RPBI antes de sobrepasar el 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 subrogada bajo convenio. (PCI 7.3)

6.- Es responsabilidad de la empresa subrogada 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)

7.- El establecimiento cuenta con lineamientos específicos para prevenir infecciones en caso de demoliciones, construcciones o remodelaciones. (PCI 7.5)

8.- La UVEH difundirá y supervisará la aplicación de las precauciones por vías de transmisión basadas en lineamientos específicos; con énfasis en pacientes con enfermedades infectocontagiosas y pacientes inmunodeprimidos en corresponsabilidad para la aplicación y supervisión de su cumplimiento con el personal médico y de enfermería de cada servicio. (PC1 8)

9.- La higiene de manos es una práctica obligatoria en este establecimiento como principal medida para reducir las infecciones. (PCI 9)

POLÍTICAS EN RELACIÓN AL ESTANDAR SQE

1.- La Subdirección de Recursos Humanos es la responsable de vigilar que se cumple con los requisitos para llevar a cabo el Reclutamiento, Evaluación y Selección de personal los cuales se encuentran establecidos en La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional, y en el Capítulo II de Las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. (SQE 2)

2.- La Subdirección de Recursos Humanos será la responsable de vigilar que las fuentes de reclutamiento de aspirantes para la contratación de las vacantes sean:

- Dirección de Administración
- Sindicato
- Jefatura de Enfermería
- Diversas áreas que conforman el Hospital. (SQE 2)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 36 de 40

3.- Previo al inicio de cualquier trámite de reclutamiento, selección o contratación, la Subdirección de Recursos Humanos verifica la suficiencia presupuestal de la plaza vacante y acuerda la autorización de ocupación y contratación con la Dirección de Administración y/o a la Dirección General. (SQE 2)

4.- 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)

5.- La Secretaría de Salud a través de la Subdirección de Selección de Personal 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)

6.- La Dirección de Administración, a través de la Subdirección de Recursos Humanos iniciará los trámites de Reclutamiento, Evaluación y Selección de los candidatos (as) una vez que el candidato (a) cuente con la documentación requerida, misma que se solicitará en original y 2 fotocopias (original que será devuelto una vez cotejados con las copias) siendo ésta:

- Curriculum Vitae
- Acta de Nacimiento
- Registro Federal de Causantes
- Cédula Única de Registro de Población
- Cartilla Liberada del Servicio Militar Nacional (en el caso de los hombres)
- Comprobante del último grado de estudios (En el caso del personal médico es requisito contar con la Certificación vigente de la especialidad de que se trate, así como la Evaluación del Consejo Técnico Consultivo del HJM)
- Comprobante de domicilio
- Examen médico (únicamente para valorar que su condición física sea apta al trabajo que va a realizar , como cargar objetos pesados)
- 4 fotografías tamaño infantil a color
- Credencial de elector
- Solicitud de empleo
- Constancia de No Inhabilitación
- Constancia de estar (o no) desempeñando otro empleo o comisión en otra Dependencia o Entidad de la Administración Pública Federal.
- Declaración de autenticidad y Legalidad de documentos. (SQE 2)
- En el caso de médicos, Consejo de la Especialidad vigente

7.-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 antes mencionada se incluya, la Evaluación del Consejo Técnico Consultivo del Hospital Juárez de México, llevada a cabo por la

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 37 de 40

Dirección Médica de este Nosocomio, previo a la presentación de la propuesta en la Subdirección de Recursos Humanos. (SQE 2)

8.-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)

POLÍTICAS EN RELACIÓN AL ESTANDAR FMS

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)

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)

POLÍTICAS EN RELACIÓN AL ESTANDAR MCI

1.- El expediente clínico debe estar siempre disponible para la atención médica y otros trámites necesarios intra y extrahospitalarios que otorga el personal autorizado en todos los servicios que requieran de su uso. (MCI.7)

2.- La Junta de Gobierno es la instancia responsable de aprobar las políticas y procedimientos que rigen el funcionamiento del HJM. (MCI 18)

3.- La Dirección General es la instancia responsable de proponer las políticas y procedimientos que rigen el funcionamiento del HJM. (MCI 18)

4.- La Dirección General, será la instancia responsable de garantizar la aplicación de estas políticas. (MCI 18)

5.- Los Directores de Área son los responsables de elaborar y mantener actualizadas las políticas y procedimientos aplicables a su área, y proponerlas al Director General para su aprobación. (MCI 18)

6.- El Director General se apoyará en las Direcciones de Área y Unidades aplicativas para la ejecución y supervisión de estas políticas en el ámbito de su responsabilidad. (MCI 18)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

 	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO		Rev. 2
	POLITICAS HOSPITALARIAS		Página 38 de 40

7.- Las políticas y procedimientos propuestos por las áreas deberán ser revisadas de manera conjunta con la Dirección de Planeación Estratégica antes de ser presentados al Director General para su aprobación y presentación ante la Junta de Gobierno. (MCI 18)

8.- Las políticas y procedimientos se revisarán anualmente o cuando se modifiquen las leyes y normatividad vigentes relacionadas con las funciones de cada una de las áreas sustantivas y administrativas. (MCI 18)

9.- Las Direcciones de Área son las instancias responsables de asegurar que las versiones vigentes de las políticas y procedimientos se encuentran perfectamente identificables, legibles y disponibles en los lugares que se utilizan. (MCI 18)

10.- La Unidad de Asuntos Jurídicos, dependiente de la Dirección General, es la instancia responsable de identificar e informar a las Direcciones de las Áreas Sustantivas y Administrativas de los cambios en las leyes y normatividad que inciden directa o indirectamente en las políticas y procedimientos que rigen el funcionamiento del HJM. (MCI 18)

11.- La Unidad de Asuntos Jurídicos, dependiente de la Dirección General, y las Direcciones de áreas sustantivas y administrativas son las instancias responsables de identificar las políticas y procedimientos originados fuera del Hospital y que afectan las políticas y procedimientos internos del HJM. (MCI 18)

12.- El personal médico y paramédico que interviene en el proceso de atención del Paciente en el Hospital Juárez de México es quien tiene acceso al expediente clínico del paciente y por lo tanto es el personal autorizado para su manejo. (MCI.19.2)

13.- El expediente Clínico se conformará con el correcto llenado de los formatos diseñados y autorizados por el Hospital Juárez de México, alineados a la NOM-004-SSA1-2012.(MCI 19.2)

14.- El personal médico y paramédico autorizado tendrá a disposición la información contenida en los expedientes clínicos con fines: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico; haciéndose responsable del manejo seguro de la información y de la protección de los datos personales. (MCI.11)

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

16.- 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.

17.- 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. MCI.10)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014

18.- Los expedientes clínicos deberán siempre ser solicitados, resguardados y devueltos al archivo clínico de acuerdo a los Lineamientos del Expediente Clínico emitido por el Hospital Juárez de México.

19.- Los expedientes clínicos de los pacientes deberán conservarse por un periodo de 5 años, a partir de la fecha del último acto médico. (MCI.12)

20.- Las Direcciones, unidades y servicios, son responsables de emitir el contenido de la información que desean difundir a través de la Unidad de Comunicación Social (UCS) y los medios con los que cuenta la Institución (impresos, voceo, medios de comunicación) previa revisión y visto bueno de esta Unidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dr. Gustavo E. Lugo Zamudio, Dr. Leobardo Guerrero Beltrán, Dra. Erika Gómez Zamora, Dr. Francisco J. Hernández Aldana, Dr. Antonio Lugo García, Dr. Alfonso Vázquez Martínez de Velasco, Lic. Silvia Navarrete Camacho, Dr. Alberto Bazán Soto, Dra. Ma. de los Ángeles Valencia Zavala, Dra. Mónica Cureño Díaz	Dra. Ma. Cristina Upton Alvarado	Dr. José Manuel Conde Mercado
Cargo:	Jefes de las Divisiones de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Servicios Auxiliares de la Atención Médica, Jefa de los Servicios de Enfermería, Gestor de Calidad, Coordinadora de Farmacia Hospitalaria; Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Depto. de Organización y Gestión de Procesos	Director Médico
Firma			
Fecha	Septiembre/2014	Septiembre/2014	Septiembre/2014