



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA  
IGNACIO CHÁVEZ**

**MANUAL DE POLÍTICAS**

**SEPTIEMBRE, 2021**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE  
VALIDACIÓN DEL MANUAL DE POLITICAS  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ**



NOMBRE Y CARGO	FIRMA
Dr. Jorge Gaspar Hernández Director General y Presidente del COCASEP	
Dr. Carlos Zabal Cerdeira Director Médico y Vocal del COCASEP	
Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola Directora de Enfermería y Vocal del COCASEP	
L.C. Armando Acevedo Valadez Director de Administración y Vocal del COCASEP	
Mtra. Lucía Ríos Núñez Subdirectora de Planeación y Vocal del COCASEP	
Dr. Francisco Martín Baranda Tovar Subdirector de Especialidades Médico Quirúrgicas y Vocal del COCASEP	
Dr. Francisco Javier Azar Manzur Coordinador de Posgrado y Vocal del COCASEP	
Dr. Luis Augusto Baeza Herrera Jefe de Médicos Residentes e Invitado Permanente del COCASEP	
Mtra. Monserrat Puntunet Bates Jefa de la Unidad de Calidad y Secretaria Técnica del COCASEP	

Elaborado con base en estructura orgánica del 1 de junio de 2020, este documento se integra de 185 fojas útiles.

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



## MANUAL DE POLÍTICAS



Rev. 1

Hoja: 3 de  
16

### ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	4
I.-OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.-MARCO JURÍDICO	6
III.- POLITICAS	
1. POLÍTICAS GENERALES	
2. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	
3. COMUNICACIÓN EFECTIVA	
4. SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN: ADQUISICIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, RESGUARDO, PRESCRIPCIÓN, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.	
5. PROCESOS SEGUROS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.	
6. TIEMPO FUERA EN LOS PROCESOS FUERA DEL QUIRÓFANO	
7. PROCESOS SEGUROS EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA.	
8. HIGIENE DE MANOS.	
9. VALORACIÓN, REVALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA.	
10. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS	
11. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	
12. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS	
13. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	

*[Handwritten signatures and initials]*

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE POLÍTICAS**



Rev. 1

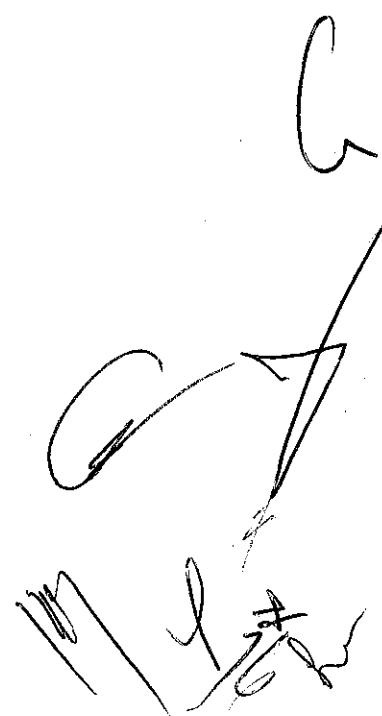
Hoja: 4 de  
16

14. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: CONTROL
15. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
16. GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES
17. COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
18. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ADMISIÓN DE PACIENTES AL INSTITUTO
19. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (TRIAJE) EN URGENCIAS
20. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (TRIAJE) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.
21. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: INTERNAMIENTO DEL PACIENTE.
22. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS
23. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA
24. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN DURANTE LAS TRANSICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA (SAER)
25. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: SOLICITUD DE INTERCONSULTAS
26. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ALTA DE PACIENTES.
27. DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
28. EVALUACIÓN DE PACIENTES
29. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
30. ATENCIÓN DE PACIENTES
31. ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO
32. ATENCIÓN DE LA PACIENTE CARDIÓPATA EN EL EMBARAZO

*[Handwritten signatures and initials]*

	<p><b>MANUAL DE POLÍTICAS</b></p>		<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 5 de 16</p>
---	-----------------------------------	---	--

33. ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA
34. EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
35. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN
36. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN: EXPEDIENTE CLÍNICO.
37. GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN
38. GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN: OPERACIÓN DE ÓRGANOS COLEGIADOS



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>  <b>Hoja: 6 de 16</b>
--	----------------------------	--	---

## INTRODUCCIÓN

Con fundamento en los artículos 3 y 10 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud; artículo 3º fracción XIV, artículo 38 fracciones I y V, y artículo 42 fracción V del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se elaboró el presente manual, dada la importancia de contar con herramientas administrativas que le permitan fortalecer sus atribuciones, funciones y actividades asignadas.

Por lo cual, este documento se constituye como un instrumento de apoyo y consulta para el personal que interviene en sus procesos, las autoridades que lo requieran y, en su caso, para los interesados en conocer la forma en que se realizan los trámites correspondientes.

Su elaboración se realizó con base en el registro de la estructura orgánica vigente del 01 de junio de 2020 y de acuerdo al modelo establecido en la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.

Este documento contiene: portada, índice, introducción, objetivo del manual, marco jurídico, y políticas con su respectiva denominación

El manual se actualizará siempre que sea necesario, de acuerdo a la estructura orgánica y/o normatividad aplicable, el área responsable de ello es la Dirección General en colaboración con la Subdirección de Planeación y la Unidad de Calidad.

La difusión e implantación del presente manual se realizará bajo la coordinación de la Unidad de Calidad y los Titulares de las Unidades Administrativas, quienes lo darán a conocer a su personal adscrito y serán los responsables de garantizar y vigilar su correcta aplicación.



El manual permanecerá para su consulta permanente en la página del Sistema de Normas de la APF, misma que está disponible en:  
<https://normasapf.funcionpublica.gob.mx/NORMASAPF/restricted/General.jsf>

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b> <b>Hoja: 7 de 16</b>
---	----------------------------	---	---------------------------------------

## I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas para el desarrollo de las funciones del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, con la finalidad de que sirva de guía o referencia al personal que labora en el Instituto, y su operación se realice en estricto apego a las atribuciones y actividades definidas por la normatividad vigente en la materia, coadyuvando al cumplimiento de los objetivos institucionales.

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<p style="text-align: center;"><b>Rev. 1</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Hoja: 8 de 16</b></p>
---	----------------------------	---	--

## II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

### TRATADOS INTERNACIONALES

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Convención Interamericana de Derechos Humanos

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

### LEYES

Ley General de Salud

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

Ley General de Archivos

Ley General de Mejora Regulatoria

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito

Ley General de Bienes Nacionales

Ley General de Responsabilidades Administrativas

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2021



Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley Federal de Entidades Paraestatales

Ley Federal del Trabajo





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<p style="text-align: center;">Rev. 1</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 9 de 16</p>
---	----------------------------	---	--

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos,

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional

Ley Federal del Derecho de Autor

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial

Ley de Infraestructura de la Calidad

Ley Federal de Austeridad Republicana

**CÓDIGOS**

Código de Comercio

Código Penal Federal

Código Nacional de Procedimientos Penales

Código Civil del Distrito Federal

Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal

Código Federal de Procedimientos Civiles

Código Fiscal de la Federación

Código Penal para el Distrito Federal

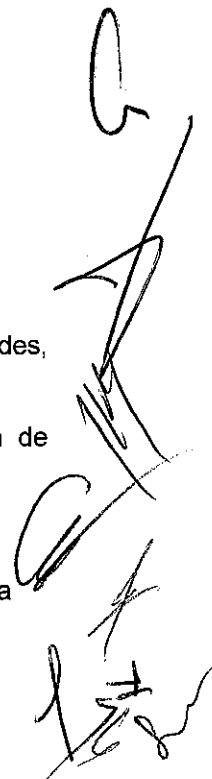
**REGLAMENTOS**



Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humano

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<p style="text-align: center;"><b>Rev. 1</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Hoja: 10 de 16</b></p>
---	----------------------------	---	---

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor

Reglamento de la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial

Reglamento de Autotransporte Federal y Servicios Auxiliares

Reglamento para el transporte terrestre de materiales y residuos peligrosos

Reglamento de la Ley General para Prevenir, sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos

Reglamento del Registro Público de la Propiedad Federal

Reglamento de la Ley para el Aprovechamiento Sustentable de la Energía

#### **DOCUMENTOS NORMATIVOS ADMINISTRATIVOS**

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud



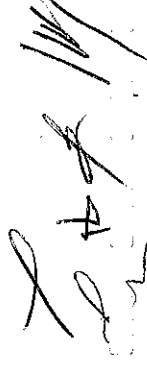
ACUERDO por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

ACUERDO por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>  <b>Hoja: 11</b> <b>de 16</b>
--	----------------------------	--	--

Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.

ACUERDO por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la de Seguridad de la Información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único

Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección

Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

NOM-003-SSA3-2010. Para la práctica de la hemodiálisis.

NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar.

NOM-001-SSA1-2020, Que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.

NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis.

NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>  <b>Hoja: 12 de 16</b>
--	----------------------------	--	--

NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-016-SSA2-2012. Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

NOM-022-SSA2-2012. Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

NOM-026-NUCL-2011. Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes

NOM-026-SSA3-2012. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

NOM-027-SSA2-2007. Para la prevención y control de la lepra.

NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

NOM-028-SSA3-2012. Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

NOM-029-SSA2-1999. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>  <b>Hoja: 13</b> <b>de 16</b>
--	----------------------------	--	--

NOM-030-SSA3-2013. Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.

NOM-032-SSA2-2014. Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

NOM-034-SSA2-2013. Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

NOM-034-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

NOM-035-SSA3-2012. en materia de información en salud.

NOM-036-SSA2-2012. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

NOM-038-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

NOM-048-SSA1-1993. Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.

NOM-064-SSA1-1993. Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.

NOM-065-SSA1-1993. Que establece las especificaciones sanitarias de los medios de cultivo. Generalidades.



NOM-077-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para laboratorios de patología clínica.

NOM-078-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.

NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental- salud ambiental- residuos peligrosos biológico-infecciosos. -clasificación y especificaciones de manejo.

NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<p style="text-align: center;"><b>Rev. 1</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Hoja: 14 de 16</b></p>
---	----------------------------	---	---

NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos x.

NOM-234-SSA1-2003. Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

NOM-240-SSA1-2012. Instalación y operación de la tecnovigilancia.

NOM-249-SSA1-2010. Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

NOM-001-STPS-2008. Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.

NOM-003-SEGOB-2011. Señales y avisos para protección civil.- colores, formas y símbolos a utilizar.

NOM-004-STPS-1999. Sistemas de protección y dispositivos de seguridad en la maquinaria y equipo que se utilice en los centros de trabajo.

NOM-005-STPS-1998. Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.

NOM-006-STPS-2014, manejo y almacenamiento de materiales.- condiciones y procedimientos de seguridad. Manejo de materiales-condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

NOM-012-STPS-2012. Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante.



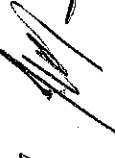




NOM-017-STPS-2008. Equipo de protección personal.- selección, uso y manejo en los centros de trabajo.



NOM-018-STPS-2000. Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.

NOM-019-STPS-2011. Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

NOM-022-STPS-2015. Electricidad estática en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.

NOM-026-STPS-2008. Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<p style="text-align: center;"><b>Rev. 1</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Hoja: 15 de 16</b></p>
---	----------------------------	---	---

NOM-029-STPS-2011. Mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo- condiciones de seguridad.

NOM-030-STPS-2009. Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo- funciones y actividades.

NOM-104-STPS-2001. Agentes extinguidores-polvo químico seco tipo abc a base de fosfato mono amónico.

### **OTROS DOCUMENTOS NORMATIVOS**

Lineamientos de racionalidad y austeridad presupuestaria

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Lineamientos en materia de transparencia

Decreto por el que se establece la regulación en materia de Datos Abiertos.

Procesos mapeados del manual administrativo de aplicación general en materia de recursos humanos y organización.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados garanticen condiciones de accesibilidad que permitan el ejercicio de los derechos humanos de acceso a la información y protección de datos personales a grupos vulnerables.

Reglas para la celebración de licitaciones públicas internacionales bajo la cobertura de tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos.

Lineamientos para la autorización de adecuaciones presupuestarias externas en materia de programas y proyectos de inversión.

Código de Conducta

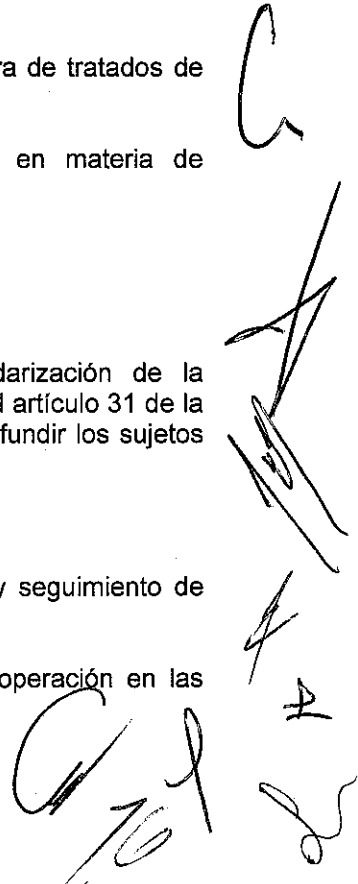
Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal



Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia

Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público

Lineamientos para la implementación y operación del módulo de administración y seguimiento de contratos plurianuales

Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la administración pública federal



	<h1>MANUAL DE POLÍTICAS</h1>		<p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 16 de 16</p>
---	------------------------------	---	---

Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales establece las bases de interpretación y aplicación de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



Lineamientos para las adquisiciones de papel para uso de oficina por parte de las dependencias y entidades de la administración pública federal.

Mejores prácticas de recursos humanos en el sector público

Lineamientos para el registro en la cartera de programas y proyectos de inversión



*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.]*



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>1. Políticas generales</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

**1. POLÍTICAS GENERALES**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>1. Políticas generales</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE




2.1 A nivel interno estas políticas son aplicables a todo el personal y usuarios del Instituto.



## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El Director General conforme a sus atribuciones, es el responsable de garantizar, en estricto apego a la normatividad y disposiciones complementarias, la disponibilidad de recursos necesarios para la implantación del Programa de Calidad Institucional y desarrollo de la cultura de la calidad, con la finalidad de cumplir los objetivos institucionales en beneficio de pacientes, sus familiares, el personal y terceros.
- 3.2 El Director General es el responsable de establecer la comunicación formal a todo el personal involucrado en el proceso de fortalecimiento de la cultura de la calidad, resaltando la importancia de satisfacer con calidad y seguridad los requerimientos de los pacientes, sus familiares, el personal y terceros, dentro del marco normativo vigente.
- 3.3 La Unidad de Calidad es la responsable de elaborar, implementar y supervisar el Programa de Calidad Institucional, el cual está diseñado de manera multidisciplinaria, abarcando todo el establecimiento, con un enfoque sistémico y proactivo con el objetivo de planificar, coordinar y controlar las acciones prioritarias para la mejora de la calidad y seguridad del paciente, su familia y el personal que participa en su atención.
- 3.4 El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) es el responsable de aprobar el Programa de Calidad Institucional; así como analizar los resultados para la toma de decisiones.

### Investigación

- 3.5 La Dirección de Investigación tiene la función de planear, organizar, coordinar y dirigir todas las actividades que se llevan a cabo para lograr que las investigaciones realizadas en el Instituto, apoyen el avance científico nacional e internacional, y sus resultados sean aplicados en la atención médica de los pacientes del Instituto.
- 3.6 La Dirección de Investigación es responsable de supervisar la aplicación de normas y procedimientos para la elaboración de los instrumentos técnico - administrativos que se relacionen con la investigación.
- 3.7 El personal del Instituto que desarrolle protocolos de investigación, debe apegarse a las políticas, normas y lineamientos estipulados por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación.
- 3.8 Es responsabilidad del Comité de Investigación, evaluar las investigaciones propuestas y sus enmiendas, acorde a lo descrito en el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Investigación.


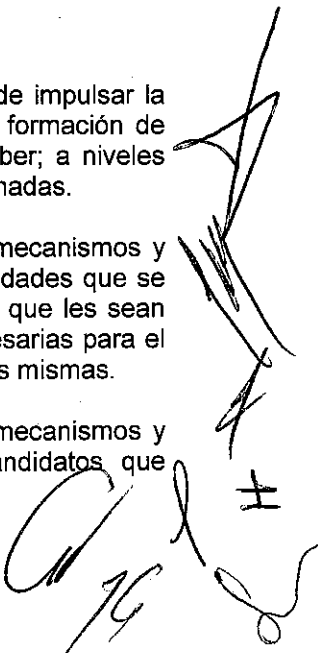
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>1. Políticas generales</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

- 3.9 En cumplimiento a la normatividad vigente aplicable, el Instituto cuenta con el comité de Ética en Investigación, el cual es responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético procedentes, analizando los riesgos y los beneficios de la investigación, revisando la carta del consentimiento informado del sujeto que será objeto de la investigación, entre otros elementos, con el objeto de garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación, así como dar seguimiento a dichas recomendaciones.  
Asimismo, elabora los lineamientos y guías éticas para la realización de investigaciones en seres humanos del instituto.
- 3.10 Se debe recabar el consentimiento informado en todo paciente que participe en protocolos de investigación. El Instituto debe contar con consentimiento deliberado, por escrito y ante dos testigos, del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal, en caso de incapacidad de aquel. En ausencia de padre, madre o tutor, no se permitirá la investigación en menores de edad. Si el participante es menor de edad, y si se encuentra en el grupo mayor a 6 años o menor a 18 años, debe firmar un consentimiento el padre, madre o representante legal.
- 3.11 A todo el paciente que participe en un estudio o protocolo de Investigación, previo a su inclusión, el médico investigador debe informarle sobre las ventajas, los beneficios esperados, los posibles riesgos, las molestias, complicaciones y las alternativas o procedimientos que debe seguir, así como, del derecho a rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, notificándole que su negativa o abandono no compromete su acceso a la atención en el Instituto.
- 3.12 El personal responsable del protocolo de investigación designa al personal del equipo del protocolo responsable de almacenar, distribuir, preparar, administrar los medicamentos en etapa experimental y notificar al personal de enfermería para que realice el registro en la hoja correspondiente.
- 3.13 Es responsabilidad del coordinador del protocolo de investigación mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud y vigilar la respuesta clínica del paciente.
- 3.14 El comité de ética e investigación será el responsable de supervisar toda investigación que se realice en el instituto en la que participen seres humanos.

### **Enseñanza**

- 3.15 El Instituto es responsable de formar capital humano especializado; así como, de impulsar la difusión y propagación del conocimiento científico a través de la enseñanza y formación de profesionales comprometidos con la excelencia académica y la difusión del saber; a niveles profesional y de posgrado, con énfasis en Cardiología y Ciencias Médicas relacionadas.
- 3.16 La Dirección de Enseñanza es responsable de coordinar la operación de los mecanismos y procesos establecidos para que los cursos de las especialidades y subespecialidades que se imparten en el Instituto, se lleven a cabo conforme a los programas de estudio que les sean propios, realizando conforme a la normatividad en la materia, las gestiones necesarias para el registro y la certificación de los programas de estudio, alumnos y egresados de las mismas.
- 3.17 La Dirección de Enseñanza tiene la función de coordinar la operación de los mecanismos y procesos establecidos para que el reclutamiento y la selección de los candidatos que

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>1. Políticas generales</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

pretendan cursar alguna de las especialidades o subespecialidades que se imparten en el Instituto, se realice conforme a las normas, lineamientos y políticas establecidas.

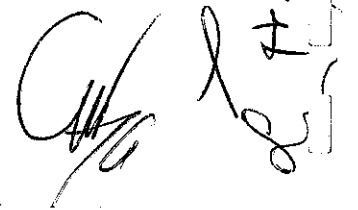
- 3.18 La Dirección de Enseñanza supervisa el desarrollo del programa anual de capacitación y actualización, así como la ejecución de los programas de pregrado.
- 3.19 La Dirección de Enseñanza en coordinación con la Unidad de Calidad son responsables de promover la capacitación de los médicos residentes respecto al Modelo de Calidad Institucional; así como al Programa de Calidad Institucional.

### **Asistencia**

- 3.20 La Dirección Médica es responsable de organizar, coordinar y dirigir la prestación de los servicios en materia de atención médico-quirúrgica, servicios de diagnóstico y tratamiento y servicios paramédicos; así como establecer los mecanismos para evaluar el desempeño de las áreas adscritas a la Dirección; en estricto apego al Programa de Calidad Institucional.
- 3.21 La Dirección Médica es responsable de coordinar la elaboración e instrumentación de los programas dirigidos a mantener y mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se proporcionan en el Instituto.
- 3.22 La Dirección de Enfermería es responsable de organizar, coordinar, dirigir y supervisar las actividades asistenciales del personal a su cargo con la finalidad de garantizar una atención integral a todos los pacientes; en estricto apego al Programa de Calidad Institucional.
- 3.23 El Instituto no debe condicionar la atención de una urgencia calificada hasta su estabilización, traslado o atención definitiva, al pago de una cuota de recuperación.
- 3.24 Cuando no se cumplan los criterios para que los pacientes sean atendidos por los servicios especializados del Instituto o en situaciones en las que no se cuente con capacidad resolutive, una vez estabilizada la condición clínica, estos pacientes deben ser referidos a la Institución que corresponda mediante el procedimiento de Referencia y Contra referencia.
- 3.25 Es responsabilidad del Departamento de Trabajo Social y Admisión realizar los trámites administrativos que correspondan, en relación con el procedimiento de referencia hospitalaria e informar al paciente y/o familiar el motivo de la referencia.
- 3.26 Las situaciones de urgencia serán atendidas por personal calificado del Instituto las 24 horas del día, los 365 días del año.
- 3.27 Todos los integrantes del equipo asistencial (médico y enfermería) tienen la responsabilidad de valorar y detectar oportunamente conductas o situaciones que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente a fin de prevenir y evitar posibles complicaciones; en aquellos pacientes en los que se detecte algún riesgo se podrá utilizar la sujeción como medida preventiva, acorde al proceso de atención para paciente que requiere sujeción gentil adulto y pediátrico.

### **Administración**

- 3.28 Planear, organizar, coordinar y dirigir los sistemas y procesos inherentes a la administración de los recursos humanos, materiales y financieros del Instituto, para que éstos sean



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>1. Políticas generales</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

proporcionados con oportunidad y eficiencia, de acuerdo a la normatividad vigente y a las políticas internas establecidas.



- 3.29 Planear, organizar, coordinar y dirigir la definición y aplicación de lineamientos para la elaboración de los instrumentos técnico - administrativos que coadyuven a la administración de los recursos disponibles.
- 3.30 Promover y dirigir los programas para la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos del Instituto en el ámbito administrativo.
- 3.31 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>2. Identificación correcta del paciente</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## 2. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

*[Handwritten signature and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>2. Identificación correcta del paciente</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

Identificar de manera correcta y estandarizada a los pacientes que se atienden en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, por parte de todo el personal para garantizar el servicio y/o tratamiento a la persona correcta.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a todo el personal clínico y no clínico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez que tiene atención directa con el paciente.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que solicita su atención con los siguientes 2 identificadores:

- a) Nombre completo.
- b) Fecha de nacimiento (día, mes y año).

De manera adicional en los servicios que de acuerdo a las necesidades operativas lo requieran, se utiliza el registro.



- 3.2. Todos los documentos que se generen durante la atención deben contener los datos de identificación establecidos: nombre completo, fecha de nacimiento y registro del paciente.
- 3.3. Nunca se debe utilizar como identificador el número de cama, cubículo, máquina de hemodiálisis, sala, servicio o padecimiento del paciente.
- 3.4. Los medios gráficos o dispositivos que se utilizan en el Instituto para apoyar la identificación del paciente son:
  - Membrete de pie de cama o cabecera.
  - Brazaletes de Identificación.
  - Adesógrafo.
  - Únicamente en la Unidad de Hemodiálisis y Rehabilitación Cardíaca se utiliza un gafete de identificación, el cual portan los pacientes para su atención.

- 3.5. Es responsabilidad del personal de trabajo social y admisión elaborar y colocar el brazaletes de identificación al paciente que ingresa por el servicio de admisión en:
- 1ª opción, en la muñeca derecha.
  - 2ª opción, en la muñeca izquierda.
  - 3ª opción, cualquiera de los tobillos.

En caso de no ser posible la colocación del brazaletes, este debe mantenerse junto con el membrete de cabecera.

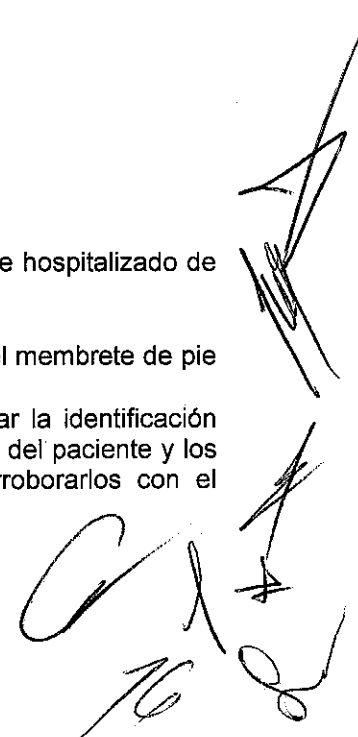
- 3.6. Cuando se encuentre en riesgo la vida del paciente y no cuente con brazaletes de identificación, se debe dar prioridad a los cuidados y posterior a su estabilización, el personal de enfermería es el encargado de colocar el brazaletes.

*[Handwritten signatures and initials in the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>2. Identificación correcta del paciente</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

- 3.7. En caso de los pacientes que lleguen al Instituto en calidad de desconocidos, y no porten ningún documento que lo identifique al ingreso, se debe proceder de la siguiente manera:
- Se genera el número de registro conforme a la normatividad.
  - Fecha de nacimiento de acuerdo a la edad aparente:
    - Dos dígitos para el día, que siempre es 01.
    - Dos dígitos para el mes, que siempre es 01.
    - Cuatro dígitos para el año el cual se establece conforme a la edad cronológica aproximada, ejemplo: 1980.
  - La letra M cuando se trate de paciente del género masculino y la letra F cuando se trate de paciente del género femenino.
  - Se debe incluir si cuenta con alguna característica física que ayude a su identificación y describir la manera en que ingresó al Instituto.
  - En el inciso correspondiente al nombre se coloca la leyenda "desconocido".
- 3.8. En caso de que el paciente sea lactante o niño en edad preescolar, la identificación debe realizarse corroborando los datos del brazalete y el membrete de identificación localizado en la cuna o cabecera.
- 3.9. Cuando un recién nacido, nazca y permanezca en el Instituto se deben colocar 2 brazaletes, uno en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo con datos de identificación de la madre, nombre completo y fecha de nacimiento; fecha de nacimiento y sexo del recién nacido. La información debe confirmarse con la mamá y/o familiar y el expediente clínico.
- 3.10. El personal clínico y no clínico del Instituto, involucrado en la atención del paciente es responsable de identificarlo correctamente previo a:
- Administración de todo tipo de medicamentos por cualquier vía, incluyendo las infusiones, con fines profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
  - Administración de sangre y/o componentes sanguíneos.
  - La realización de cualquier procedimiento clínico, tratamiento, estudio de gabinete, procedimiento invasivo o de alto riesgo.
  - Extracción de cualquier tipo de muestra para su análisis clínico.
  - Dotación de dietas.
  - Traslado dentro y fuera del Instituto.
  - Antes del inicio de terapias de sustitución renal.
  - Instalación y retiro de cualquier dispositivo.
  - Traslado, entrega- recepción y resguardo del cadáver.
- 3.11. Es responsabilidad del personal de salud realizar la identificación del paciente hospitalizado de la siguiente manera:
- Preguntarle su nombre completo y fecha de nacimiento, cotejarlo con el membrete de pie de cabecera o el brazalete.
  - Si el paciente se encuentra desorientado o comatoso se debe realizar la identificación con los datos del membrete de identificación localizado en la cabecera del paciente y los datos incluidos en el dispositivo tipo brazalete, de ser posible corroborarlos con el familiar y validar con expediente clínico.

G





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>2. Identificación correcta del paciente</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

3.12. Es responsabilidad del personal de salud realizar la identificación del paciente ambulatorio en el Instituto de siguiente manera:

- Preguntarle su nombre completo y fecha de nacimiento.
- Cotejarlo con los siguientes dispositivos:
  - Adesógrafo o identificación oficial.
  - Brazaletes de identificación a los pacientes atendidos a través de la consulta externa en los siguientes servicios: Resonancia Magnética, Medicina Nuclear, Pruebas de inclinación, Pruebas de esfuerzo, Tomografía y Ecocardiografía.
  - Gafete de identificación en la Unidad de Hemodiálisis y Rehabilitación Cardíaca.

3.13. Los profesionales de enfermería son los responsables de elaborar desde el expediente electrónico el membrete de cabecera o pie de cama; debe de registrar, en la hoja de registros de atención de enfermería en hospitalización o cuidados críticos e intermedios durante su jornada laboral, la colocación del brazaletes de identificación así como, el nombre completo del personal de salud que verificó los datos de identificación.

3.14. La enfermera responsable del paciente debe recolocar el brazaletes si durante su atención es retirado por necesidad clínica o diagnóstica, e informar la importancia de portarlo, así como, remplazar el brazaletes en caso de ilegibilidad y/o error en los datos de identificación y dejar constancia por escrito en los registros correspondientes.

3.15. En caso de deterioro, pérdida o necesidad de retirar el brazaletes de identificación, la Jefe de Servicio de Enfermería debe solicitar a la auxiliar de servicios clínicos que se dirija al servicio de Admisión con hoja frontal del expediente clínico del paciente y en su caso con el brazaletes deteriorado (días y horarios hábiles) ó a Trabajo Social (turno vespertino, nocturno, jornada acumulada) para su reposición y colocación inmediata.

3.16. Es responsabilidad de camillero que traslada de manera interna a los pacientes, corroborar los datos de identificación del paciente y el servicio al que será trasladado.

3.17. Es responsabilidad del personal de salud identificar a los pacientes antes de la instalación y retiro de sondas y catéteres; así como, de colocar un membrete en el dispositivo que contenga los siguientes datos:

- Fecha y hora de instalación.
- Nombre completo de quién instaló.

3.18. Todo medicamento que se prepare debe contener una etiqueta con el nombre completo y fecha de nacimiento; además de los datos indispensables de acuerdo a la vía de administración o tipo de medicamento.

3.19. Toda solicitud de estudios de imagen, laboratorio clínico y patología debe contener como mínimo:

- Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente.
- Fecha y hora del estudio.
- Identificación del solicitante.
- Estudio solicitado.

*[Handwritten signatures and initials in the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>2. Identificación correcta del paciente</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>



- Diagnóstico probable.
- 3.20. El personal de laboratorio y patología debe verificar los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento):
- Solicitud de laboratorio contra muestra biológica.
- En caso de no coincidir comunicar inmediatamente al médico tratante.
- 3.21. El personal de vigilancia es el responsable de retirar el brazalete de identificación al momento del egreso corroborando los datos con la hoja de confirmación de salida.
- 3.22. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

**4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

### 3. COMUNICACIÓN EFECTIVA

G  
  
  
 16 de #  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las políticas de comunicación efectiva entre profesionales de salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

## 2. ALCANCE


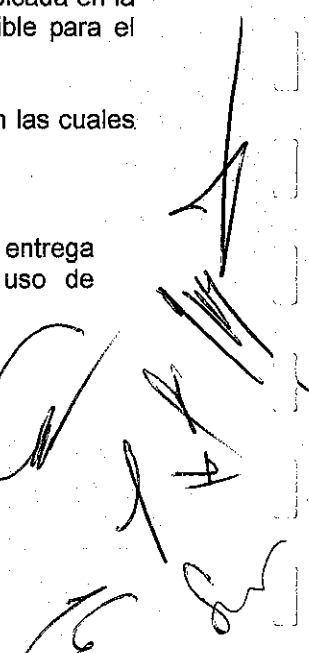
- 2.1. A nivel interno, es aplicable al personal Médico, Enfermeras, Trabajo Social, Servicios Auxiliares de Diagnóstico, Dietética y Nutrición.
- 2.2. A nivel externo, no es aplicable.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Todo el personal de salud que tiene interrelación con el paciente debe promover y realizar una comunicación efectiva a fin de mejorar la seguridad del paciente.
- 3.2. Todo personal de salud debe asegurar que la información sea exacta, oportuna, eficaz y comprendida por el receptor.
- 3.3. El Instituto es responsable de garantizar que los datos del paciente se manejan con estricta confidencialidad y no se difundirán sin previa autorización como lo marca la normatividad vigente del Instituto Federal de Acceso a la Información y protección de datos.



## EMISIÓN Y RECEPCIÓN DE ÓRDENES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS

- 3.4. Únicamente el Médico tratante o el Médico adjunto pueden emitir indicaciones de manera verbal o telefónica.
- 3.5. Únicamente el personal de enfermería y médico residente pueden recibir indicaciones de manera verbal o telefónica.
- 3.6. Se debe contar con una bitácora (reporte verbal y/o telefónico) para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas, resultados y/o valores críticos de laboratorio y gabinete, ubicada en la central de Enfermería de cada servicio del Instituto, en un lugar visible y accesible para el personal involucrado.
- 3.7. En situaciones relacionadas con la atención de pacientes clínicamente estables, en las cuales el Médico emite una indicación verbal y/o telefónica:
  - El médico emite la indicación.
  - La enfermera y/o residente escucha atentamente.
  - La enfermera y/o residente escribe la indicación en la bitácora y/o censo de entrega de pacientes con los siguientes datos de forma clara, legible y sin uso de abreviaturas:
    - a) Fecha y hora.
    - b) Nombre completo, fecha de nacimiento y/o registro del paciente.
    - c) Indicación.
    - d) Nombre y cargo de la persona que emite la indicación.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		<b>Hoja: 3 de 6</b>

- e) Nombre, cargo y firma de la persona que recibe la indicación.
    - La enfermera y/o residente debe leer en voz alta la indicación.
    - El médico emisor confirma la indicación.
    - Una vez confirmada la indicación, se debe transcribir por el residente que la recibió o fue notificado de la indicación verbal de la bitácora y/o censo de entrega de pacientes al expediente.
    - El médico que emite la indicación debe confirmar y verificar que ésta se encuentre en el expediente, firmándola en un plazo no mayor a 24 horas entre semana y 72 horas en turnos especiales. En caso de ausencia del Médico, el jefe de servicio debe firmar la indicación.
- 3.8. En situaciones relacionadas con la atención de los pacientes clínicamente inestables (donde se da prioridad a la atención del paciente) y en los servicios de sala de operaciones o hemodinámica, en las cuales el Médico emite una indicación verbal:
- El médico emite la indicación.
  - La enfermera y/o residente escucha atentamente.
  - La enfermera y/o residente debe repetir la orden en voz alta.
  - El Médico que emite la indicación debe confirmar que la información es correcta.
  - El médico registra las indicaciones médicas después de haber atendido al paciente.
  - La enfermera debe transcribir la indicación en el expediente después de haber atendido al paciente.
- 3.9. En situaciones cuando la enfermera y/o residente reciben resultados y/o valores críticos de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico, vía telefónica:
- El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico emite el resultado y/o valores críticos vía telefónica al Médico responsable del paciente.
  - En ausencia del Médico responsable:
  - La enfermera y/o residente escucha y escribe en la bitácora y/o censo de entrega de pacientes los datos y resultados y/o valores críticos de forma clara, legible y sin uso de abreviaturas:
    - a) Fecha y hora.
    - b) Nombre completo, fecha de nacimiento y registro del paciente.
    - c) Resultado y/o valores críticos.
    - d) Nombre y cargo de la persona que emite el resultado y/o valores críticos.
    - e) Nombre y cargo de la persona que recibe el resultado y/o valores críticos.
    - f) Medidas empleadas.
  - La enfermera y/o residente debe leer el resultado en voz alta.
  - El resultado debe ser confirmado por la persona que lo proporcionó.
  - La enfermera y/o residente debe informar al médico responsable de manera inmediata.
- 3.10. En caso de pacientes ambulatorios con resultados y/o valores críticos de laboratorio, patología, estudios de gabinete y microbiología.
- El médico adjunto responsable del servicio se comunica con el Departamento de Trabajo social y proporciona nombre completo, fecha de nacimiento y/o registro del paciente que debe localizar.
  - Trabajo social debe localizar al paciente para que acuda al instituto lo antes posible.
- 3.11. Es responsabilidad de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico incluir los resultados oficiales impresos en el expediente clínico.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		<b>Hoja: 4 de 6</b>

3.12. En situaciones cuando se solicite la dieta del paciente por indicación o cambio, de manera verbal o telefónica:

- La enfermera y/o residente emite la solicitud de la dieta de acuerdo a la indicación.
- La dietista escucha atentamente.
- La dietista escribe la dieta solicitada en la bitácora (reportes vía telefónica de pacientes) con los siguientes datos de forma clara, legible y sin uso de abreviaturas:
  - a) Fecha y hora.
  - b) Nombre completo, fecha de nacimiento y registro del paciente.
  - c) Indicación, dieta solicitada y número de cama.
  - d) Nombre y cargo de la persona que emite la indicación.
  - e) Nombre y cargo de la persona que recibe la indicación.
- La dietista debe leer en voz alta la indicación.
- La enfermera y/o residente emisor confirma la indicación.

### COMUNICACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES

3.13. Todo profesional de la salud que tiene relación directa con el paciente debe realizar y documentar la información y datos que garanticen la continuidad de la atención (médicos: censo de pacientes, enfermeras: registros de atención de enfermería, trabajadoras sociales: formato SAER, nutriólogas: historia clínica de nutrición), durante el cambio de guardia y/o de turno, al cambio de área y/o servicio de manera verbal y escrita, siguiendo un mecanismo estructurado conforme a la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

3.14. La transferencia de paciente (entrega-recepción), debe elaborarse de manera estandarizada, sistemática, y documentada durante: cambios de turno, traslado o egreso a otra área o servicio, conforme a la normatividad vigente y además contener los siguientes elementos: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (SAER).

Situación:

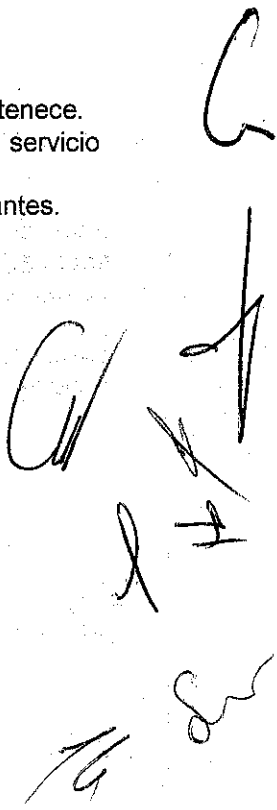
El profesional de salud a cargo del paciente debe:

- Presentarse por nombre, puesto que desempeña y área de trabajo al que pertenece.
- Mencionar el nombre completo del paciente, registro, fecha de nacimiento y servicio de donde se encuentra o se traslada.
- Describir el problema del paciente, condición actual y aspectos clínicos relevantes.

Antecedentes:

El profesional de salud debe referir los siguientes datos del paciente:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación y líquidos/ soluciones administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio, o imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- O cualquier otra información clínica relevante.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		<b>Hoja: 5 de 6</b>

**Evaluación:**

- Describir el problema a través de los signos y síntomas del paciente.
- Referir los cambios desde la última evaluación del paciente (constantes vitales, cambios de comportamiento, conciencia, riesgo de caída, dolor y riesgo nutricional).

**Recomendación:**

Plantear una sugerencia o recomendación a seguir con el paciente con base en los datos expuestos; así como, establecer el tiempo para realizar acciones sugeridas o algún pendiente para dar continuidad de la atención.

- 3.15. Cuando por situaciones administrativas y/o personales el médico responsable del paciente transfiera la responsabilidad de la atención a un colega, debe quedar documentado en la nota de evolución del expediente clínico especificando al menos situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes. Ambos profesionales deben firmar al calce.



**COMUNICACIÓN DE REFERENCIA Y/O CONTRA REFERENCIA DEL PACIENTE**

- 3.16. El médico responsable de la atención del paciente debe elaborar la referencia de manera estandarizada y sistemática conforme a la normatividad vigente para que se continúe el cuidado del paciente en otras instituciones de salud.
- 3.17. El Departamento de Trabajo Social cuenta con un directorio de unidades a las que se puede referir pacientes (anexo 1), y es responsabilidad del médico elaborar el documento de referencia y contra referencia, el cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:
- Nombre completo, fecha de nacimiento y registro del paciente.
  - Nivel socioeconómico.
  - Copia del resumen clínico que contenga motivo de envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
  - Datos de identificación del establecimiento que envía.
  - Datos de identificación del establecimiento receptor.
  - Fecha y hora de referencia y retiro del paciente.
  - Nombre completo de quien lo envía y de quien lo recibe.

**COMUNICACIÓN AL EGRESO DEL PACIENTE**

- 3.18. El médico responsable de la atención del paciente debe elaborar los documentos o notas de egreso de manera estandarizada y sistemática conforme a la normatividad que permita al paciente continuar con su cuidado en el hogar.
- 3.19. El documento o nota de egreso del paciente debe contener los siguientes elementos:
- Datos de identificación del paciente.
  - Fecha de ingreso y egreso.
  - Motivo de egreso.
  - Diagnóstico(s) final(es).
  - Resumen de la evolución y estado actual.
  - Manejo durante la estancia hospitalaria; incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.
  - Problemas clínicos pendientes.
  - Plan de manejo y tratamiento.

*[Handwritten signatures and initials in the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>3. Comunicación efectiva</b>		Hoja: 6 de 6

- Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.
- Atención de factores de riesgo.
- Pronóstico.



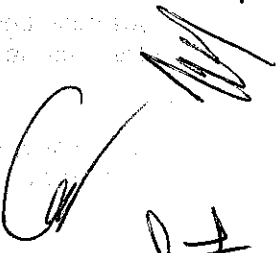
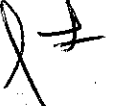


- 3.20. El profesional responsable de realizar la idoneidad de la prescripción médica, valida la prescripción al egreso del paciente y en caso de existir interacciones lo informa al médico prescriptor. Posteriormente realiza educación al paciente y/o su acompañante para reforzar el apego terapéutico.
- 3.21. La enfermera es responsable de elaborar e informar verbalmente al paciente y familiar el plan de alta para dar continuidad de cuidado en el hogar, enfocándose en la medicación, medidas higiénicas, dietéticas, rehabilitación, signos y síntomas de alarma y la necesidad de acudir a sus citas o revisiones.
- 3.22. La trabajadora social tiene la responsabilidad de orientar sobre citas subsecuentes y trámites administrativos para su egreso.
- 3.23. La nutrióloga tiene la responsabilidad de establecer el plan de alimentación de acuerdo a las necesidades y padecimiento del paciente; debe orientar al paciente y/o familia y asegurarse de que el plan fue comprendido.
- 3.24. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



  
  
  
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, preservación, transcripción, preparación, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

**4. SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN; ADQUISICIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, RESGUARDO, PRESCRIPCIÓN, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

C  
  
 J.A.  
 76

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, transcripción, preparación, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1. PROPÓSITO

Estandarizar la adquisición, el almacenamiento, dispensación, resguardo, prescripción, transcripción, preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo y vigilancia de la respuesta del paciente, con el fin de garantizar la seguridad en el proceso de medicación en el usuario que recibe atención médica.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a todo el personal involucrado en el sistema de manejo y uso de medicamentos de alto riesgo.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad del área de adquisiciones licitar los medicamentos de alto riesgo de acuerdo a la normatividad vigente y contar con alerta visual del código de color de acuerdo a la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios:




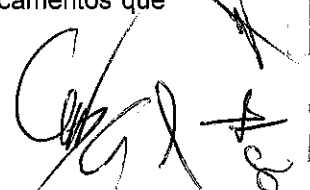
- a) Color azul para el bicarbonato de sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml y frasco con 50 ml.
- b) Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- e) Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.



- 3.2 En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC) se consideran como medicamentos de alto riesgo:

- Electrolitos concentrados: Cloruro de potasio (KCl 14.9% en 10 ml), Cloruro de Sodio (NaCl 17.7%), Bicarbonato de sodio (NaHCO<sub>3</sub> 7.5%), Sulfato de Magnesio (MgSO<sub>4</sub> 10%), Gluconato de Calcio (GlucCa 10%), Fosfato de potasio (KH<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub> 15%).
- Anticoagulantes parenterales: heparina sódica y heparinas de bajo peso molecular.
- Insulinas: insulina de acción rápida, otras insulinas.
- Radiofármacos: cuando aplique.
- Quimioterapéuticos: cuando aplique.

- 3.3 Los medicamentos de alto riesgo deben estar identificados con un círculo rojo desde su almacenamiento, dispensación, resguardo, preparación y administración.

- 3.4 El resguardo de los medicamentos de alto riesgo se realiza de acuerdo a las especificaciones del laboratorio farmacéutico de forma individual y separada del resto de los medicamentos que existen tanto en la farmacia como en las áreas clínicas.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, transcripción, preparación, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 3 de 6</b>

- 3.5 Todos los botiquines de los distintos servicios donde se otorga atención médica al usuario, deben mantener la organización, almacenamiento y/o resguardo de los medicamentos de alto riesgo conforme a la distribución predeterminada en los contenedores establecidos para tal fin. Únicamente se deberá contar con la cantidad de medicamentos de alto riesgo establecida de acuerdo al tipo de población que se atiende (adulto y/o pediátrico), así como al tipo de servicio.
- 3.6 El resguardo de insulinas y anticoagulantes debe cumplir con el procedimiento de resguardo y manejo de medicamentos termolábiles, en apego a la normatividad para el aseguramiento de la red fría.
- 3.7 Es responsabilidad de los médicos prescribir en el expediente clínico y en la receta médica, de acuerdo a la normatividad vigente, incluyendo como mínimo los siguientes lineamientos: nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe, fecha de elaboración, nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, nombre genérico del medicamento, dosis y presentación del medicamento, frecuencia y vía de administración, duración del tratamiento, indicaciones completas y claras para su administración, paciente o farmacéutico, diagnósticos e indicaciones.
- 3.8 Cuando el médico prescriba medicamentos de alto riesgo, debe resaltarlos colocando dos asteriscos al final del nombre del medicamento de alto riesgo en las indicaciones médicas y utilizar mayúsculas y minúsculas cuando se trate de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA. Anexo 10.1).
- 3.9 Únicamente está permitido para el manejo y uso seguro de los medicamentos, el uso de abreviaturas autorizadas en el Instituto y categorizadas por unidades de medición, vías de administración, signos vitales, medicamentos y sangre y/o componentes sanguíneos (Anexo 10.2).
- 3.10 Durante la valoración el médico debe identificar y documentar la presencia de alergias.
- 3.11 Es responsabilidad de la enfermera corroborar la presencia y documentación de alergias e implementar las barreras de seguridad: membrete de cabecera, casillero de medicamento, brazalete y membrete en el expediente.
- 3.12 A todo paciente hospitalizado se le debe realizar la idoneidad de la prescripción recién ordenada o cuando se modifica la dosis, previa a la administración de los medicamentos mediante un perfil farmacoterapéutico que incluye al menos: todos los medicamentos prescritos y administrados, dosis, frecuencia y vía de administración; duplicidad terapéutica; alergias o sensibilidades; interacciones entre medicamentos o alimentos; variación con respecto al uso del medicamento en el Instituto; información antropométrica y fisiológica del paciente; y contraindicaciones.
- 3.13 A todo paciente hospitalizado se le debe realizar conciliación de los medicamentos al ingreso, cualquier transición de área, cambio de responsable y alta; el profesional responsable de realizarlo es el personal de enfermería y en caso de encontrar alguna discrepancia informara al médico mediante una alerta visual y apegándose al procedimiento para la conciliación de la medicación de pacientes.



C

f





A

76

S

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, transcripción, prescripción, preparación, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 4 de 6</b>

- 3.14 El profesional de enfermería debe transcribir sin modificar la prescripción original, en caso de duda es su responsabilidad realizar la aclaración con el médico que realizó la prescripción.
- 3.15 Durante la transcripción se deben cumplir con los siguientes lineamientos:
- Realizarse sin interrupciones en el espacio asignado para tal fin.
  - Revisar dos veces la transcripción.
  - Suspendir la transcripción en caso de indicaciones ilegibles e incompletas, hasta que se haya aclarado o repetido la indicación. Una vez que las indicaciones se corrijan, se dará continuidad al proceso de transcripción.
  - Colocar rúbrica al final de las indicaciones con la finalidad de tener un control.
- 3.16 Es responsabilidad de la jefa del servicio supervisar de manera aleatoria las transcripciones que realiza el personal de enfermería.
- 3.17 Durante la transcripción el médico, la enfermera y el profesional responsable del proceso de validación de la idoneidad de la prescripción médica deben revisar dos veces la transcripción a fin de asegurarse que no exista error, en caso de duda debe aclararla con el médico que prescribe.
- 3.18 Es obligación del profesional de enfermería solicitar a farmacia los medicamentos de alto riesgo, mediante la transcripción física y/o electrónica en la solicitud de medicamentos y material de curación, de forma clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras y corroborar dos veces la información.
- 3.19 En los servicios de atención clínica el personal de enfermería es el responsable de la recepción y resguardo correcto de los medicamentos de alto riesgo.
- 3.20 El personal de farmacia debe verificar la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no debe entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el personal clínico que elaboró la solicitud.
- 3.21 El personal de farmacia debe entregar el medicamento, realizando previamente la verificación de los medicamentos solicitados contra los surtidos en corresponsabilidad con el personal que los recibe.
- 3.22 La enfermera responsable del paciente debe identificar los medicamentos durante su preparación con la etiqueta correspondiente y colocar el círculo rojo en el cuadrante superior derecho, con los siguientes datos en tinta azul: nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, tipo de solución, medicamento adicionado (se anota con tinta roja), volumen total, velocidad y tiempo de infusión, fecha y hora de preparación y caducidad, nombre completo de la enfermera que preparará la mezcla.
- 3.23 El manejo de medicamentos multidosis se realiza conforme lo establece el procedimiento de recepción de medicamentos termolábiles que se resguardan en el refrigerador, en donde se señala que el tiempo de conservación depende del tipo de medicamento y la fecha de su apertura.
- 3.24 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Instituto determina que la duración máxima de las

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, resguardo, transcripción, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 5 de 6</b>

soluciones endovenosas es de 24 horas.

- 3.25 Si la vía de administración de un medicamento de alto riesgo es subcutánea o intravenosa en bolo, se utilizará la etiqueta convencional de medicamentos y se colocará un círculo rojo en el contenedor.
- 3.26 Solo el personal clínico autorizado podrá preparar y administrar los medicamentos, no deben administrarse medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- 3.27 El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar: paciente con su nombre completo y fecha de nacimiento, medicamento, dosis, vía, horario/frecuencia, fecha de caducidad y velocidad de infusión correctos.
- 3.28 Es responsabilidad del profesional de enfermería resguardar los medicamentos que el paciente trae de casa, así como realizar la conciliación de medicamentos.
- 3.29 Es responsabilidad del médico solicitar la Nutrición Parenteral e incluir como mínimo: el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, peso, número de registro; servicio que solicita, fecha y hora de solicitud, componentes y concentración de la mezcla; glucosa kilogramo minuto, calorías totales, kilocalorías, así como el nombre y cédula profesional del médico solicitante.
- 3.30 Realizar doble verificación para preparación y administración de medicamentos de alto riesgo, para ello se requiere que, una primera persona, quien desarrolla el proceso, con etiqueta e insumos en mano verbalice en voz alta las actividades que va a realizar: los dos identificadores básicos establecidos (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), la solución, medicamentos, dosis, vía de administración, horario/frecuencia, fecha de caducidad y velocidad de infusión. Una segunda persona (personal verificador) debe revisar los insumos y datos proporcionados en la hoja de órdenes del médico, y observa la ejecución correcta y completa del procedimiento. La doble verificación se debe realizar durante la preparación y durante la administración de medicamentos de alto riesgo.
- 3.31 En caso de situaciones de urgencia, no se realizará la doble verificación.
- 3.32 Es responsabilidad de la enfermera registrar la medicación inmediatamente posterior a su administración.
- 3.33 Es responsabilidad del personal de salud apegarse en todo momento al proceso de comunicación efectiva.
- 3.34 La adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, prescripción, transcripción, preparación, administración y vigilancia de radiofármacos se realiza conforme al proceso para la atención de pacientes en quienes se administran radiofármacos.
- 3.35 En caso que se omita administrar un medicamento, debe registrarse en el expediente clínico, en la hoja de Medicina y Tratamiento, señalando las causas de la omisión.
- 3.36 Es responsabilidad de los profesionales de la salud reportar las cuasifallas, los eventos adversos y centinela a la Unidad de Calidad.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>4. Seguridad en el proceso de medicación; adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, transcripción, preparación, administración y vigilancia de medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 6 de 6</b>



3.37 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>5. Procesos seguros en el servicio de cirugía</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

## 5. PROCESOS SEGUROS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

*[Handwritten signature and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>5. Procesos seguros en el servicio de cirugía</b>		Hoja: 2 de 4

## 1. PROPÓSITO

Estandarizar la actuación del equipo multidisciplinario que realiza procedimientos en el servicio de Cirugía, para garantizar la seguridad del paciente sometido a cirugía cardíaca y otros procedimientos con el fin de disminuir factores de riesgo y la probabilidad de ocurrencia de incidentes no deseados.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a; equipo quirúrgico: cirujanos, anestesiólogos, enfermera circulante, instrumentista y perfusionista.
- 2.2. A nivel externo; Visitantes (estudiantes), otros equipos quirúrgicos externos que operan en las salas de operaciones del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.





## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1. El equipo multidisciplinario debe aplicar de manera estandarizada la verificación de pre-procedimiento quirúrgico y lo documenta en la lista de verificación de cirugía a todo paciente programado a cirugía que ingrese al servicio de Sala de Operaciones.
- 3.2. Es responsabilidad del equipo multidisciplinar identificar correctamente al paciente con su nombre completo y fecha de nacimiento.
- 3.3. El equipo multidisciplinario participa activamente, coordinado por el anestesiólogo, en confirmar durante la realización del proceso de verificación pre-procedimiento quirúrgico los siguientes puntos:
  - Paciente correcto (nombre completo y fecha de nacimiento), procedimiento correcto y sitio quirúrgico correcto.
  - Disponibilidad de documentos, notas médicas: sesión médico-quirúrgica, consentimientos informados: cirugía y anestesiología, nota pre-operatoria, nota preanestésica, visita preoperatoria de enfermería y solicitudes de microbiología y/o patología según el caso.
  - Estudios de Imagen (coronariografía y/o cateterismo cardíaco, tomografía), o bien las que el cirujano y/o anestesiólogo consideren importantes.
  - Estudios relevantes debidamente identificados (erradicación de focos sépticos, grupo sanguíneo, y resultados de laboratorios).
  - Presencia y funcionamiento de equipos y/o implantes necesarios.
  - Marcado del sitio anatómico, en caso de que aplique.
  - Alergias.
  - Riesgo de hemorragia y disponibilidad de componentes sanguíneos.
- 3.4. El médico cirujano responsable debe realizar durante la valoración preoperatoria, el marcaje del sitio quirúrgico con marcador indeleble utilizando una señal tipo diana y fuera del círculo mayor coloca sus iniciales. Dicho marcaje se realiza en presencia de un familiar cuando los pacientes se encuentren inconscientes, sean menores de edad o con alguna discapacidad.
- 3.5. Se puede omitir el marcaje en situaciones de urgencia.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>5. Procesos seguros en el servicio de cirugía</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

- 3.6 Es responsabilidad del médico cirujano realizar un marcaje documental cuando el paciente rechace el marcaje en la piel o cuando se trate de un paciente prematuro.
- 3.7 El anestesiólogo, es responsable de coordinar al equipo multidisciplinario para la realización del proceso de verificación pre-procedimiento quirúrgico y registrarlo en la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía.
- 3.8 La enfermera circulante es responsable de coordinar el tiempo fuera y la salida del paciente de la Sala de Operaciones y documentarlo en la Lista de verificación de Seguridad en la Cirugía.
- 3.9 La lista de verificación debe cumplirse en su totalidad, si un punto no se cumple, el responsable de la coordinación debe comunicar al equipo multidisciplinario que el procedimiento quirúrgico no puede continuar hasta la resolución de la situación pendiente.
- 3.10 La lista de verificación se divide en tres fases:
- 1ª. La entrada, la cual comprende el ingreso del paciente al área quirúrgica hasta antes de la inducción anestésica.
  - 2ª. La pausa quirúrgica o tiempo fuera que incluye los procesos realizados antes de la incisión cutánea.
  - 3ª. Salida del paciente, antes de que el paciente salga de quirófano, se refiere a la revisión de todo el evento quirúrgico enfatizando puntos críticos del procedimiento quirúrgico y de recuperación en la terapia posquirúrgica y/o recuperación.
- 3.11 Es responsabilidad del equipo multidisciplinar la confirmación de la autorización del procedimiento a través del Consentimiento Informado debidamente elaborado.
- 3.12 El cirujano responsable del procedimiento confirma en voz alta los datos relevantes del paciente durante el tiempo fuera antes de la incisión quirúrgica y todo el personal que se encuentre dentro de la Sala de Operaciones debe dejar de realizar cualquier actividad y estar atento a la pausa para colaborar y/o confirmar los datos relevantes del paciente.
- 3.13 El anestesiólogo responsable del procedimiento realiza tiempo fuera previo a la administración de componentes sanguíneos.
- 3.14 El anestesiólogo debe coordinar la fase 2, antes de la incisión cutánea (tiempo fuera) antes de iniciar con el procedimiento y confirmar con el equipo multidisciplinario:
- Paciente correcto (nombre completo y fecha de nacimiento).
  - Procedimiento correcto.
  - Sitio o vía de abordaje correctos.
  - Estudios de imagen que se requieren.
- 3.15 El equipo multidisciplinar debe participar en la prevención de eventos críticos e informar la existencia de algún problema para realizar las acciones inmediatas y resolverlas antes del procedimiento como:
- Pasos críticos o no sistematizados, duración de la operación y/o sangrado previsto.
  - Situaciones especiales con instrumental, material y/o equipo.
  - Profilaxis antibiótica, existencia de enfermedad o riesgo que complique la cirugía.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>5. Procesos seguros en el servicio de cirugía</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>

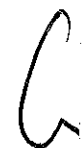



- 3.16 El equipo multidisciplinario con trabajo en equipo y comunicación efectiva garantiza la seguridad del paciente sometido a tratamiento quirúrgico.
- 3.17 En situaciones relacionadas con la atención de los pacientes clínicamente inestables o de urgencia y en el servicio de cirugía, en las cuales el Médico emite indicaciones verbales:
- El médico emite la indicación.
  - La enfermera y/o residente escucha atentamente.
  - La enfermera y/o residente debe repetir la orden en voz alta.
  - El Médico que emite la indicación debe confirmar que la información es correcta.
  - El médico debe registrar la indicación en el expediente después de haber atendido al paciente.
  - La enfermera transcribe la indicación en los registros correspondientes.
- 3.18 El personal de enfermería es responsable de evaluar y reevaluar el riesgo de caída en todos los pacientes, documentar y colocar el brazalete de color correspondiente al riesgo y aplicar las medidas para la prevención de caídas.
- 3.19 El médico y/o la enfermera deben realizar la Doble Verificación de los medicamentos de alto riesgo aplicados en el servicio de cirugía.
- 3.20 El personal de enfermería asignado a la sala, debe coordinar que se cumplan las diferentes fases que integran los procedimientos de seguridad en el servicio de cirugía a través del Listado de Verificación.
- 3.21 Todo profesional de la salud que tiene relación directa con el paciente debe realizar y documentar la información y datos que garanticen la continuidad de la atención, siguiendo un mecanismo estructurado conforme a la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- 3.22 El equipo multidisciplinario de salud es responsable de documentar, firmar e integrar en el expediente clínico toda la documentación que sustente el proceso de atención quirúrgica en estricto apego a la NOM 004 del Expediente Clínico.
- 3.23 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>6. Tiempo fuera en los procesos fuera del quirófano</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

## 6. TIEMPO FUERA EN LOS PROCESOS FUERA DEL QUIRÓFANO

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>6. Tiempo fuera en los procesos fuera del quirófano</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO


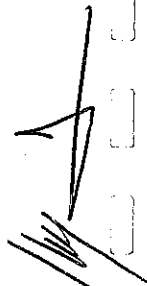


Prevenir errores que involucren procedimientos de alto riesgo en el sitio incorrecto, con procedimientos incorrectos y al paciente incorrecto.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a todo profesional de salud que realiza y/o participa en procedimientos y tratamientos invasivos de alto riesgo que se realizan fuera del quirófano en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El tiempo fuera debe realizarse en el lugar donde se llevará a cabo el procedimiento, justo antes de iniciarlo, con la participación de todo el equipo y confirmando como mínimo: el sitio del procedimiento, el procedimiento y el paciente correcto, incluso en situación de urgencia.
- 3.2 El "tiempo fuera" debe realizarse en todo paciente que sea sujeto a procedimientos y/o tratamientos invasivos de alto riesgo definidos por el Instituto, y se enlistan a continuación: toracocentesis, colocación de sonda pleural, biopsia, talla supra púlica, instalación de catéter para terapia de remplazo renal, marcapaso temporal, ecotransesofágico, endoscopia, colonoscopia, tomografía contrastada, resonancia magnética contrastada, procedimientos odontológicos, pericardiocentesis, traqueostomía percutánea, broncoscopia, hemodiálisis, gastrostomía, cardioversión, accesos vasculares, transfusión de sangre y hemocomponentes; así como, en la colocación y retiro de dispositivos invasivos.
- 3.3 El tiempo fuera debe realizarse en todo paciente que sea sujeto a retiro de dispositivos invasivos, confirmando el dispositivo a retirar (ya que puede tener diversos dispositivos a la vez) y nunca retirar dispositivos de forma simultánea.
- 3.4 Es responsabilidad del médico indicar el tipo de dispositivo invasivo a retirar y el sitio específico.
- 3.5 El tiempo fuera debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia.
- 3.6 Es responsabilidad del equipo multidisciplinar identificar correctamente al paciente con su nombre completo y fecha de nacimiento.
- 3.7 La coordinación y documentación del tiempo fuera en procedimientos/tratamientos de alto riesgo debe realizarse en la nota médica, registros de atención de enfermería, hoja de registros de procedimientos invasivos y microbiológicos y se encuentra a cargo del profesional de salud responsable de la ejecución del procedimiento y/o tratamiento. Si alguno de los elementos del tiempo fuera no se cumple el procedimiento/tratamiento no puede continuar hasta resolverlo.
- 3.8 El médico responsable del procedimiento, debe informar claramente al paciente y/o familiar el proceso a realizar, los riesgos, beneficios y alternativas; así como, solicitar la firma del consentimiento informado.
- 3.9 Previo al inicio del procedimiento, el equipo multidisciplinario se debe asegurar de contar, de acuerdo al procedimiento a realizar, el consentimiento informado con las valoraciones, equipo y material necesario para la realización del procedimiento.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>6. Tiempo fuera en los procesos fuera del quirófano</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

- 3.10 Es responsabilidad del médico que realiza el procedimiento, confirmar mediante el marcaje quirúrgico en caso de órgano bilateral y/o niveles estructurales; verificar que cuente con los estudios de imagen que requiera y confirmar la fecha y método de esterilidad del material y equipo.
- 3.11 El médico responsable del procedimiento debe realizar durante la valoración pre-procedimiento, el marcaje quirúrgico con marcador indeleble, utilizando una señal tipo diana y fuera del círculo mayor coloca sus iniciales.
- 3.12 Cuando el paciente no acepta el marcaje quirúrgico, el médico responsable de la valoración pre-procedimiento debe documentarlo en la nota de interconsulta.
- 3.13 Se puede omitir el marcaje en situaciones de urgencia, y cuando se realice la instalación de un acceso vascular de manera percutánea.
- 3.14 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



C

A

L

H

L

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>7. Procesos seguros en el servicio de hemodinámica</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

## 7. PROCESOS SEGUROS EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>7. Procesos seguros en el servicio de hemodinámica</b>		Hoja: 2 de 3

## 1. PROPÓSITO



Estandarizar la actuación del equipo multidisciplinario que realiza procedimientos en el servicio de Hemodinámica, para garantizar la seguridad del paciente sometido a cateterismo cardiaco y otros procedimientos con el fin de disminuir factores de riesgo y la probabilidad de ocurrencia de incidentes no deseados.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a cardiólogos intervencionistas, electrofisiólogos, anestesiólogos, médicos residentes, personal de enfermería, técnico radiólogo y personal en formación.
- 2.2. A nivel externo; visitantes al servicio de Hemodinámica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud cumplir y hacer cumplir las políticas y actividades descritas en el proceso.
- 3.2. El médico responsable de un procedimiento debe realizar durante la valoración pre-procedimiento, el marcaje quirúrgico con marcador indeleble, utilizando una señal tipo diana y fuera del círculo mayor coloca sus iniciales.
- 3.3. En caso de sospecha razonable, el médico responsable de realizar la valoración pre-procedimiento, debe descartar la sospecha mediante la realización de prueba de embarazo.
- 3.4. Cuando el marcaje se realiza en pacientes inconscientes, menores de edad o con alguna discapacidad; el médico responsable debe realizar el marcaje en presencia de un familiar.
- 3.5. Cuando el paciente no acepta el marcaje quirúrgico, el médico responsable de la valoración pre-procedimiento deberá documentarlo en la nota de interconsulta.
- 3.6. Se puede omitir el marcaje en situaciones de urgencia, o cuando el acceso es por vía percutánea.
- 3.7. El marcaje quirúrgico se realiza cuando el abordaje requiere incisión quirúrgica.
- 3.8. El técnico radiólogo debe confirmar la funcionalidad del equipo de fluoroscopia antes de que el paciente ingrese a sala de Hemodinámica.
- 3.9. El personal de enfermería asignado a la sala, debe coordinar que se cumplan las diferentes fases que integran los procedimientos de seguridad en el servicio de Hemodinámica a través del Listado de Verificación.
- 3.10. Es responsabilidad de la enfermera circulante coordinar el tiempo fuera antes de iniciar con el procedimiento y confirmar: Paciente correcto, procedimiento correcto y sitio o vía de abordaje correctos.
- 3.11. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario identificar correctamente al paciente con su nombre completo y fecha de nacimiento.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>7. Procesos seguros en el servicio de hemodinámica</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

- 3.12. El personal de enfermería es responsable de evaluar y reevaluar el riesgo de caída en todos los pacientes, documentar y colocar el brazalete de color correspondiente al riesgo y aplicar las medidas para la prevención de caídas.
- 3.13. En situaciones relacionadas con la atención de los pacientes clínicamente inestables o de urgencia y en el servicio de hemodinámica, en las cuales el médico emite indicaciones verbales:
- El médico **emite** la indicación.
  - La enfermera y/o residente **escucha** atentamente.
  - La enfermera y/o residente debe **repetir** la orden en voz alta.
  - El médico que emite la indicación debe **confirmar** que la información es correcta.
  - El médico debe realizar la indicación en el expediente después de haber atendido al paciente.
  - La enfermera transcribe la indicación en los registros correspondientes.
- 3.14. El médico y/o la enfermera deben realizar la Doble Verificación de los medicamentos de alto riesgo aplicados en sala de Hemodinámica.
- 3.15. Todo profesional de la salud que tiene relación directa con el paciente debe realizar y documentar la información y datos que garanticen la continuidad de la atención (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), siguiendo un mecanismo estructurado conforme a la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- 3.16. Es responsabilidad del equipo multidisciplinar la confirmación de la autorización del procedimiento a través del consentimiento informado debidamente elaborado.
- 3.17. Cuando se realice un procedimiento quirúrgico en sala de hemodinámica, es responsabilidad de la enfermera circulante, entregar únicamente material textil con tira radiopaca.
- 3.18. El equipo multidisciplinario de salud es responsable de firmar la lista de verificación e integrarla al expediente del paciente.
- 3.19. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



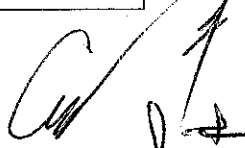
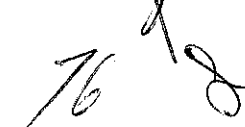
#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

G



  
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>8. Higiene de manos</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**8. HIGIENE DE MANOS**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>8. Higiene de manos</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, prevenir las infecciones en los pacientes, familiares y personal de salud, mediante la estandarización del procedimiento de higiene de manos.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno es aplicable a todo el personal del Instituto.
- 2.2. A nivel externo, es aplicable a pacientes, familiares, visitantes y personal que proporciona servicios subrogados en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Los 5 momentos en los que debe realizarse la higiene de manos son: 1) antes del contacto con el paciente, 2) antes de realizar un procedimiento aséptico, 3) después de una exposición a fluidos corporales, 4) después del contacto con el paciente y 5) después del contacto con el entorno del paciente.
- 3.2 Todo el profesional de la salud que tiene contacto con el paciente debe portar uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- 3.3 El grupo multidisciplinario que participa en todas las fases del manejo de alimentos, procesos para el manejo de muestras, sangre, líquidos corporales y residuos, deberá portar las uñas cortas y sin esmalte.
- 3.4 Antes de realizar un procedimiento aséptico y después de una exposición a fluidos corporales, la higiene de manos se debe realizar con agua y jabón.
- 3.5 Es responsabilidad del personal de salud retirar anillos, pulseras y reloj, previo a la realización de la higiene de manos, y de ser posible evitar su uso durante la jornada laboral.
- 3.6 El uso de guantes nunca sustituye a la higiene de manos.
- 3.7 Se deben utilizar guantes siempre que exista contacto con heridas, sangre, material potencialmente infeccioso, membranas, mucosas y fluidos biológicos.
- 3.8 Es responsabilidad del personal de salud nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.
- 3.9 Es responsabilidad del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales implementar y actualizar de manera anual el programa integral de higiene de manos, supervisar el apego al mismo y establecer las estrategias para el logro del objetivo; el programa se implementa en todo el Instituto e incluye:
  - a) La monitorización de la calidad del agua (cloro residual acorde a la legislación aplicable vigente).
  - b) Educación a pacientes y familiares.
  - c) Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
  - d) Capacitación al personal y visitantes.

Handwritten signatures and initials are present in the bottom right corner of the page.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>8. Higiene de manos</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

e) Monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.

3.10 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>9. Valoración, revaloración y prevención del riesgo de caída</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

**9. VALORACIÓN, REVALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA**

*G*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>9. Valoración, revaloración y prevención del riesgo de caída</b>		<b>Hoja: 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

Evaluar el riesgo y mitigar la probabilidad de ocurrencia de caídas en los pacientes que reciben atención en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno es aplicable a todo el personal de la salud involucrado en la atención del paciente.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El personal de enfermería debe **valorar** el riesgo de caída en todos los pacientes que soliciten atención, desde el primer contacto: en el servicio de urgencias, en pacientes ambulatorios definidos por el Instituto, y al ingreso hospitalario, mediante la escala de funcionalidad de Crichton (anexo 1).

3.2 El personal de enfermería debe realizar la **revaloración** del riesgo de caída del paciente:

- 3.1. Al inicio de cada turno.
- 3.2. Cambio de área o servicio.
- 3.3. Si se identifica algún cambio en el estado clínico.
- 3.4. Cambio o modificación de la terapéutica del paciente.

3.3. El personal de enfermería debe identificar el riesgo de caída, colocando un brazalete en la muñeca del paciente y a pie de cama una alerta visual (acrílico), correspondiente al nivel de riesgo asignado:



- Rojo: Alto riesgo.
- Amarillo: Mediano riesgo.
- Verde: Bajo riesgo.

3.4 Todo paciente hospitalizado debe portar el brazalete para identificar el riesgo de caída y de ser necesario reemplazarlo conforme a las revaloraciones del riesgo y/o deterioro.

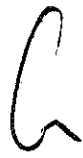




3.5 Es responsabilidad del personal de enfermería implementar las medidas de seguridad necesarias acorde al nivel de riesgo detectado e informar al paciente, familiar o acompañante, la importancia de mantener dichas medidas.



- Favorecer un entorno seguro: unidad del paciente limpia, ordenada y funcional, disponibilidad del timbre y de la luz al paciente, mantener iluminación nocturna.
- Orientar al paciente o familiar sobre las medidas de seguridad (entrega de tríptico/díptico), promover el uso de dispositivos seguros para la movilización del paciente.
- Acompañamiento al uso del orinal, retrete, cómodo o traslado al sanitario.
- Utilizar: barandales arriba, banco de altura con gomas en puntos de apoyo.
- Vigilar de manera continua al paciente de acuerdo al riesgo de caída detectado: cada 2 horas / cada hora.
- Favorecer la presencia de un acompañante (sólo en caso de pacientes con alteración psicomotriz).
- Valorar de ser necesaria la sujeción gentil del paciente; trasladar al paciente en camilla con barandales elevados; en silla de ruedas con frenos funcionales.

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>9. Valoración, revaloración y prevención del riesgo de caída</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

- 3.6 El equipo multidisciplinar debe garantizar la seguridad del paciente durante su atención aplicando las medidas de seguridad necesarias para la prevención de caídas.
- 3.7 El personal de enfermería debe registrar en el expediente clínico, en el formato correspondiente de acuerdo al área, el riesgo detectado y las intervenciones realizadas.
- 3.8 Los servicios donde se realizan procedimientos en paciente ambulatorio y se debe valorar y revalorar el riesgo de caída; así como implementar las intervenciones de enfermería que permitan mitigar la probabilidad de ocurrencia, de caídas son: Resonancia Magnética, Medicina Nuclear, Pruebas de inclinación, Pruebas de esfuerzo, Tomografía y Ecocardiografía.
- 3.9 Todos los pacientes que ingresen a los diferentes servicios de hospitalización del Instituto, reciben orientación verbal y escrita acerca de las medidas de seguridad para evitar una caída durante su estancia hospitalaria.
- 3.10 En los pacientes en los que se identifique estado mental alterado, agitación psicomotora y/o pacientes pediátricos, se debe:
- Mantener las medidas de seguridad para la prevención de caídas.
  - Promover el acompañamiento por su familiar o acompañante en todo momento.
  - Movilizar al paciente con ayuda del equipo multidisciplinar cuando sea necesario.
  - Informar al familiar o acompañante la importancia de aplicar las medidas de seguridad.
- 3.11 El equipo multidisciplinario de salud debe notificar inmediatamente fallas o descomposturas del equipo que se encuentre relacionado a la seguridad del paciente, por ejemplo:
- Áreas de baños y regaderas con barras de sujeción, con piso / tapetes antiderrapantes.
  - Rutas de evacuación, escaleras, desniveles y rampas debidamente señalados.
  - Rampas y escaleras con antiderrapantes y barandales.
  - Existencia de escalones en entradas o salidas del baño.
  - Áreas de tránsito con obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes.
  - Áreas de atención clínica con iluminación deficiente.
- 3.12 Es responsabilidad del personal de intendencia hacer uso de los señalamientos necesarios cuando el suelo se encuentre mojado y preferentemente mantenerlo seco.
- 3.13 Es responsabilidad del personal de salud que presencia o sea informado de la caída de un paciente, notificar inmediatamente a su jefe inmediato y posteriormente enviar el reporte del incidente al Departamento de Calidad.
- 3.14 Es responsabilidad del equipo multidisciplinar la identificación de riesgos y problemas del entorno relacionados con el riesgo de caída del paciente y notificarlo directamente con el Jefe del Servicio.
- 3.15 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>9. Valoración, revaloración y prevención del riesgo de caída</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large 'G' at the top, a signature 'C. M. / M. / A. / R.' in the middle, and the number '16' at the bottom.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>10. Manejo y uso de medicamentos</b>		<b>Hoja 1 de 6</b>

## 10. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

*Handwritten signatures and initials:*  
A large stylized signature at the top right.  
Below it, several smaller signatures and initials, including one that appears to be 'A' and another '4'.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>10. Manejo y uso de medicamentos</b>		<b>Hoja 2 de 6</b>

## 1. PROPÓSITO

Guiar al equipo multidisciplinario en el manejo y uso de medicamentos que aseguren una actuación integral y estandarizada de los profesionales, donde todos los procesos se correlacionen entre sí.

## 2. ALCANCE

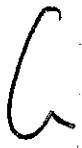



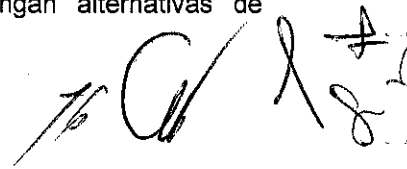
2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1. Es responsabilidad de la Jefatura de Farmacia coordinar, integrar y supervisar un plan de mejora continua para la implementación y seguimiento del sistema de manejo y uso de medicamentos, en apego a la normatividad vigente, el cual debe especificar la manera en que se identifican las situaciones de riesgo de cada fase, que conforma el sistema y las barreras de seguridad implementadas.

## SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN

- 3.2. El Instituto es responsable de utilizar el compendio de medicamentos que propone la Secretaría de Salud, para lo cual implementa un sistema de manejo y uso de medicamentos de manera multidisciplinaria, integral y sistemática, donde todos los procesos se correlacionan entre sí, quedando bajo la supervisión y control del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).
- 3.3. El COFAT es el responsable de definir y actualizar el compendio de medicamentos de manera anual, acorde a las principales patologías que se atienden en el Instituto; así como de definir criterios de uso, costo, seguridad y efectividad.
- 3.4. El COFAT es responsable de asegurar la selección y adquisición de los requerimientos médicos.
- 3.5. El COFAT en coordinación directa con el Departamento de Farmacia, determinan la selección de medicamentos basándose en la misión, perfil epidemiológico de la población que se atiende, las necesidades del paciente y consumos históricos de medicamentos y material de curación, conforme a la legislación aplicable vigente, teniendo en cuenta los esquemas de guías y protocolos de manejo con que cuenta el Instituto.
- 3.6. El COFAT en coordinación directa con el Departamento de Farmacia, cuenta con criterios de calidad de los productos, técnicos y métodos que permiten continuamente controlar y gestionar el proceso de selección de medicamentos y material de curación, en conformidad con la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicio del Sector Público.
- 3.7. El COFAT establece los lineamientos que guían la determinación respecto a eliminar y/o agregar algún insumo para la salud (medicamento y/o material de curación) del compendio de insumos.
- 3.8. El Departamento de Farmacia establece que, sólo se pueden adquirir insumos médicos por medio de farmacias externas, cuando los medicamentos requeridos no formen parte del catálogo de insumos de medicamentos vigente, cuando no se tengan alternativas de



  
  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>10. Manejo y uso de medicamentos</b>		<b>Hoja 3 de 6</b>

medicamentos bioequivalentes o cuando el proveedor no haya entregado los insumos médicos en tiempo y forma, como lo establece el "Procedimiento para la capacidad de respuesta a la solicitud de medicamentos que no forman parte del catálogo de insumos de la Institución" del Manual de Farmacia.


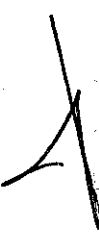


## ALMACENAMIENTO

- 3.9. El Departamento de Adquisiciones Médicas y Hospitalarias, es responsable de incorporar al Sistema Informático GRP, la información de los pedidos formalizados con los proveedores, con la finalidad de que el Almacén General cuente con la información de los productos que recibe.
- 3.10. El Departamento de Almacén General es responsable de verificar antes de la recepción de los productos, que los proveedores cumplan estrictamente con las especificaciones del contrato pedido, con la factura y la carta compromiso canje. Cuando existan discrepancias entre lo descrito en la factura y la mercancía que entrega el proveedor, no debe recibir el producto hasta su corrección por parte del área implicada.
- 3.11. El Departamento de Farmacia debe mantener en todo momento el control y la información pormenorizada del flujo y los volúmenes de operación de los medicamentos que se encuentren bajo su resguardo y disponible para la toma de decisiones clínicas, para ello el Sistema de Gestión Gubernamental (GRP), cuenta con una escala de color, que indica el abasto de los insumos y se encuentra disponible en el expediente electrónico (morado sobre abasto; verde abasto; amarillo subabasto; rojo desabasto).
- 3.12. El almacenaje y resguardo de los medicamentos en el Departamento de Farmacia debe ser supervisado por el responsable sanitario, de acuerdo con lo señalado en el Reglamento de Insumos para la Salud.
- 3.13. En el Departamento de Farmacia los medicamentos e insumos para la salud se deben almacenar de acuerdo a las recomendaciones del fabricante, de tal manera que se garantice su calidad y seguridad.
- 3.14. Los medicamentos e insumos para la salud se deben resguardar bajo las siguientes características:
  - El almacén no debe tener un porcentaje de humedad mayor al 65%.
  - Bien ventilado a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C.
  - Al abrigo de la luz intensa, de olores extraños y de otras formas de contaminación.
  - Almacenar el medicamento termolábil o productos biológicos a una temperatura de 2°C a 8°C.
- 3.15. El resguardo, ubicación y control de medicamentos y material de curación en los anaqueles y del inventario en general, debe ser verificado periódicamente por el Jefe del Departamento de Farmacia, considerando entre otros aspectos: nombre genérico, forma farmacéutica, fecha de caducidad, clave de asignación en el anaquel, condiciones de conservación y almacenamiento, capacidad de los anaqueles, dinámica de dispensación (primeras entradas, primeras salidas).
- 3.16. Dos meses previos a la caducidad del medicamento y material de curación, se retiran de los anaqueles. El Departamento de Adquisiciones Médicas y Hospitalarias es el responsable de dar aviso a la empresa vía oficio para gestionar el cambio físico del producto. Excepto cuando

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>10. Manejo y uso de medicamentos</b>		<b>Hoja 4 de 6</b>



se trate de medicamentos que se encuentren agotados en el mercado, se pueden dispensar hasta la fecha de caducidad impresa por el fabricante.

- 3.17. Los productos que se consideran controlados, de alto riesgo, nutriciones enterales y parenterales, así como biológicos, deben ser resguardados en lugares específicos, siguiendo las instrucciones de manejo y control del fabricante que garanticen la estabilidad y resguardo del producto.
  - a. Los productos nutricionales (enterales), una vez en las áreas clínicas, se deben administrar de manera inmediata. En caso de que por las condiciones clínicas del paciente no se haya administrado, se desecha después de 12 horas.
  - b. Los productos nutricionales (parenterales), una vez en las áreas clínicas, se deben administrar de manera inmediata. En caso de que por las condiciones clínicas del paciente no se haya administrado, se desecha después de 48 horas.
- 3.18. El resguardo, control y almacenaje de medicamentos controlados, debe efectuarse por separado, en gavetas con llave asignadas para tal fin y ubicados en un área específica; el Departamento de Farmacia debe verificar continuamente las fechas de caducidad, condiciones de conservación y almacenamiento, además de asegurarse de que se encuentren perfectamente identificados y colocados para su fácil manejo y selección.
- 3.19. Los medicamentos de alto riesgo se deben almacenar y resguardar separándolos del resto de los medicamentos, con la identificación correspondiente, en el área asignada para tal fin, tanto en el departamento la farmacia, como en las áreas clínicas.
- 3.20. Cuando es necesario por las condiciones clínicas del paciente, los electrolitos concentrados pueden ser almacenados en las unidades de atención y deben cumplir las especificaciones del procedimiento para el manejo de medicamentos de alto riesgo.
- 3.21. Los medicamentos termolábiles deben ser manejados, conservando la red fría desde la entrega por parte del proveedor, hasta la administración del medicamento, para asegurar la estabilidad del producto.
- 3.22. Los medicamentos termolábiles deben de resguardarse y almacenarse en los refrigeradores destinados en cada área clínica, conservando una temperatura entre 2 y 8 °C, para mantener las condiciones adecuadas de estabilidad de los medicamentos.
- 3.23. El traslado de los medicamentos termolábiles a las distintas áreas clínicas del Instituto, se lleva a cabo por el personal de enfermería, quien debe utilizar los contenedores destinados para tal fin.
- 3.24. Para los insumos que en la etiqueta aparezca solo mes y año de caducidad, se consideran caducos el último día del mes señalado.
- 3.25. En los servicios de hospitalización, unidades de cuidados críticos, sala de operaciones, hemodinámica y clínicas de diagnóstico y tratamiento donde se almacenen temporalmente medicamentos, se deben mantener las condiciones de seguridad y vigilancia continua de su estabilidad.
- 3.26. Para el Instituto, los medicamentos de alto riesgo son los siguientes:



- Electrolitos concentrados.
  - Insulinas.
  - Anticoagulantes parenterales.
  - Radioactivos.
  - Quimioterapéuticos.
- 3.27. Para el Instituto Nacional de Cardiología, los electrolitos concentrados son los siguientes:
- Bicarbonato de sodio 7.5%, 0.75 g/10 mL y 50mL.
  - Gluconato de calcio 10 %, 1gr/ 10 ML.
  - Sulfato de magnesio 1 gr /10 mL.
  - Cloruro de sodio 17.7%, 0.177 g/mL.
  - Fosfato de potasio 20 mEq/10 mL.
  - Cloruro de potasio 1.49 g/10 mL (20 mEq).
  - Glucosa al 50 % de 50 ml.
- 3.28. Los productos que se consideran de alto riesgo, deben ser resguardados en lugares específicos siguiendo las instrucciones de manejo y control que garanticen la estabilidad y resguardo del producto.
- 3.29. Cuando es necesario por las condiciones clínicas del paciente, los electrolitos concentrados pueden ser almacenados en las unidades de atención y deben cumplir las especificaciones del procedimiento para el manejo de medicamentos de alto riesgo.
- 3.30. El resguardo de insulinas debe cumplir con el procedimiento de Resguardo y manejo de medicamentos termolábiles, en apego a la normatividad para el cumplimiento de la red fría.
- 3.31. El manejo de medicamentos multidosis se realiza conforme lo establece el procedimiento, en donde se señala que el tiempo de conservación depende del tipo de medicamento y la fecha de su apertura.
- 3.32. El personal de enfermería de cada servicio, es el responsable de supervisar el correcto resguardo y reposición del listado de los medicamentos definidos previamente en los carros de urgencias, así como el reemplazo y eliminación de aquellos que no reúnen las condiciones de uso para los pacientes en cada servicio. Esta revisión se registra y se lleva a cabo los días viernes o cada vez que se utilizan.
- 3.33. Los medicamentos deteriorados, sujetos a devolución o rechazados al proveedor o con fecha de caducidad vencida, deben ser acomodados en anaqueles y/o áreas por separado con indicaciones visibles de la condición que guardan.
- 3.34. Es responsabilidad del Departamento de Farmacia cumplir y hacer cumplir el proceso para identificar, recuperar, devolver o destruir los medicamentos que son retirados de circulación.
- 3.35. En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez no se autoriza el almacenamiento, resguardo, prescripción, ni dispensación de medicamentos muestra.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>10. Manejo y uso de medicamentos</b>		<b>Hoja 6 de 6</b>

- 3.36. El material radioactivo es recibido en unidosis de radiofármacos, listos para su aplicación en pacientes.
- 3.37. La recepción de bultos o paquetes que contengan las unidosis, se realiza únicamente en el servicio de medicina nuclear, según la agenda previamente acordada entre el proveedor y el POE del servicio.
- 3.38. El material radioactivo recibido permanece almacenado en cuarto caliente hasta su uso correspondiente, de acuerdo a lo indicado en el procedimiento SRINC-MN-PO-02. En caso de tratarse de fuentes en desuso o desechos radioactivos, aplicar el procedimiento SRINC-MN-PO-09.
- 3.39. El manejo, resguardo y administración de material radioactivo se realiza conforme al "Proceso de atención para pacientes en quienes se administran radiofármacos" (Manual Institucional de Procedimientos COP 10.12).
- 3.40. El manejo, resguardo y administración de medicamentos experimentales, se realiza conforme al "Proceso normalizado de operación en la implementación de los estudios en investigación clínica y el manejo de medicamentos experimentales" y es responsabilidad del coordinador del protocolo supervisar el cumplimiento (Manual Institucional de Procesos COP 10.11).
- 3.41. El personal responsable del protocolo de investigación, designa al personal del equipo del protocolo responsable de almacenar, distribuir, preparar, administrar los medicamentos en etapa experimental y notificar al personal de enfermería para que realice el registro en la hoja correspondiente.
- 3.42. Es responsabilidad del coordinador del protocolo de investigación, mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud y vigilar la respuesta clínica del paciente.
- 3.43. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

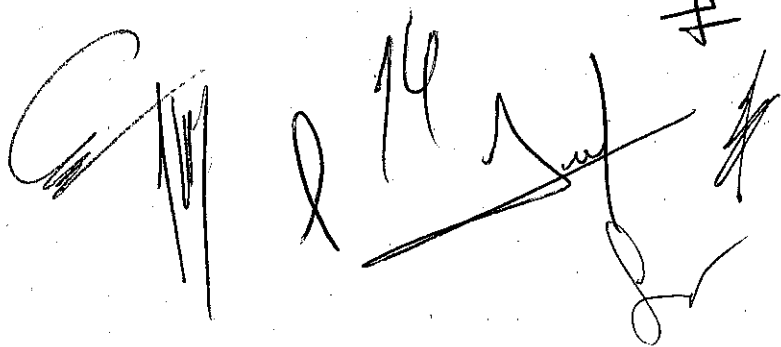
Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

G



A



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 1 de 7</b>

**11. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 2 de 7</b>

## 1. PROPÓSITO




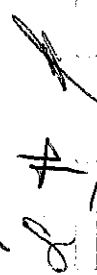
Definir los elementos indispensables de una prescripción o indicación de medicamentos, a fin de reducir la variación y mejorar la seguridad del paciente.



## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud del Instituto.




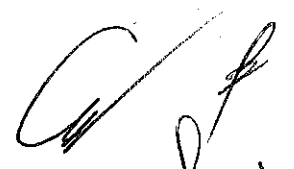
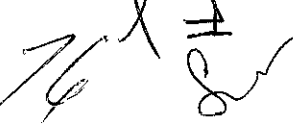
## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1. Todo procedimiento, tratamiento o intervención realizada al paciente por el equipo multidisciplinario del Instituto, se debe registrar en el expediente clínico de acuerdo a la normatividad vigente.
- 3.2. En el Instituto, la prescripción de medicamentos es un proceso clínico, individualizado y dinámico que contiene elementos estandarizados con el fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente.
- 3.3. Para la prescripción, el médico debe ajustarse al Compendio de medicamentos institucional el cual se encuentra alineado al cuadro básico de medicamentos del Sector Salud, elaborado por el Consejo de Salubridad General, y a la revisión de necesidades acorde a la población que se atiende.
- 3.4. Los elementos indispensables de una prescripción en el Instituto son los siguientes: identificación del paciente, fecha, hora, nombre genérico del medicamento, presentación, dosis, vía de administración, frecuencia o velocidad de infusión, nombre y firma del médico que prescribe.
- 3.5. El personal médico debe realizar las indicaciones médicas al inicio del día, turno o ante cualquier cambio, cuando las prescripciones médicas se realicen de manera física deben anotarse en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico, cumpliendo las especificaciones para la prescripción.
- 3.6. Por ningún motivo se puede registrar "mismas indicaciones". Las indicaciones deben ser claras, comenzar por la dieta, medidas generales, soluciones (tipo, medicamentos agregados, modo de infusión) y medicamentos en apego a lineamientos. Únicamente las modificaciones en la prescripción pueden registrarse de manera manual, cumpliendo los requisitos indispensables de la prescripción.
- 3.7. Toda modificación genera una nueva prescripción, los cambios deben anotarse en un renglón aparte señalando la fecha y hora que se hacen las modificaciones, nombre completo y firma, en estricto apego a la normatividad vigente; es responsabilidad del médico notificar a la enfermera responsable del paciente el cambio realizado.
- 3.8. La indicación de un medicamento por razón necesaria (PRN) o dosis respuesta (DR) en pacientes adultos, debe establecer los criterios clínicos para su administración.



  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 3 de 7</b>

- a. Se debe especificar la condición clínica para el inicio y suspensión del mismo.
  - b. Se debe establecer la dosis de inicio, de término o máxima del medicamento.
  - c. Se debe especificar los rangos terapéuticos en los cuales se va a manejar y la velocidad de incremento o disminución de los mismos.
  - d. Establecer meta terapéutica cuando corresponda.
    - i. Ejemplo: DR: Norepinefrina 8 mg/en 250 ml de solución salina, iniciar en caso de que la TAM esté por debajo de 60 mmHg durante 10 minutos. Iniciar a 0.1-0.2 mcg/kg/min IV e incrementar cada 5 minutos a razón de 2mg/kg/min en caso de no lograr TAM 70 mmHg. Mantener TAM entre 70-80 mmHg. En caso de no lograr el efecto deseado informar al médico responsable para indicaciones ulteriores.
    - ii. Ejemplo: PRN: Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas en caso de dolor entre 5-10 en la escala EVA. En caso de no lograr el efecto analgésico en 30 minutos repetir dosis hasta un máximo de 2 gr en 24 horas.
- 3.9. Cuando se realicen prescripciones de medicamentos con aspecto o fonética similar (LASA), se debe colocar en mayúsculas las letras que hagan la diferencia entre un medicamento y otro a fin de prevenir la presencia de errores en la medicación.
- 3.10. Cuando el médico prescriba medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, anticoagulantes parenterales, insulinas, radiofármacos y quimioterapéuticos) debe colocar dos asteriscos al final del nombre del medicamento de alto riesgo que indique en las órdenes médicas.
- 3.11. Los jefes de servicio y médicos adjuntos de los servicios de atención como Urgencias y Unidad Coronaria, Terapia intensiva de adultos y pediátrica, Cardiopediatría y Cardioneumología, son responsables de prescribir sedación en eventos de urgencia y en pacientes en estado crítico o con apoyo de ventilación mecánica, acorde a sus competencias.
- 3.12. Únicamente el Médico tratante o el Médico especialista pueden emitir indicaciones de manera verbal o telefónica.
- Estas indicaciones solo pueden ser recibidas por el Médico residente.
  - El proceso para la emisión de órdenes verbales o telefónicas, así como; el reporte de resultados de laboratorio debe ser mediante la secuencia de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
  - El receptor **escucha** y **escribe** en el censo de entrega de guardia la orden/indicación y/o los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica.
  - El receptor **lee** la orden/indicación o el resultado de laboratorio y gabinete en voz alta.
  - La orden/indicación o el resultado son **confirmados** por la persona que los proporciona en voz alta (emisor).
  - Una vez concluida se deben registrar las indicaciones en las notas correspondientes.
- 3.13. En caso de realizar este tipo de órdenes entre el personal de salud dentro de la sala de operaciones, o en situaciones de urgencia, la alternativa al proceso debe ser de la siguiente manera:
- El Médico responsable **emite** la indicación.
  - El Médico o el personal de enfermería **escucha** la indicación.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 4 de 7</b>

- El Médico o el personal de enfermería **repite** la Indicación.
  - El Médico que emitió la indicación **confirma** la misma.
  - Una vez concluida la atención del paciente, se deben registrar las indicaciones en las notas correspondientes.
- 3.14. Si por alguna situación especial el médico no puede atender el llamado, el personal de enfermería a cargo del paciente o el (la) jefe(a) de enfermería del servicio, es responsable de recibir los resultados de valores críticos de laboratorio o gabinete, realizando el mismo procedimiento:
- El personal de enfermería **escucha** y **escribe** en el formato REPORTE VERBAL O TELEFÓNICO los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica.
  - El personal de enfermería **lee** los resultados de laboratorio o gabinete en voz alta.
  - La orden/indicación o el resultado son **confirmados** por la persona que los proporcionó en voz alta.
- 3.15. Es responsabilidad del médico registrar en el expediente clínico las indicaciones verbales y/o telefónicas conforme a normas y políticas institucionales de expediente clínico.
- 3.16. Las indicaciones para la realización de estudios auxiliares de diagnóstico, deben contener el nombre completo del paciente, registro y fecha de nacimiento, y cuando corresponda, las especificaciones y requisitos que debe cubrir el paciente previo a la realización del mismo.
- 3.17. Solo el médico adjunto o jefe de servicio puede solicitar los estudios angiográficos, de tomografía computada, medicina nuclear, resonancia magnética y ecocardiografía.
- 3.18. Ningún médico debe prescribir antibióticos a los pacientes si no es autorizado por el infectólogo, exceptuando aquellos que se utilizan como profilaxis para cirugía cardiovascular.
- 3.19. Para iniciar tratamiento antimicrobiano de amplio espectro se debe interconsultar al infectólogo.
- 3.20. Para el tratamiento trombolítico de todo paciente, el médico debe requisitar la carta de consentimiento informado, donde el paciente autoriza practicarle los procedimientos médicos para la cura o alivio de su padecimiento.
- 3.21. Los medicamentos de alta especialidad como: sensibilizador del calcio (levosimendan), concentrado de complejo protrombínico, o aquellos que la dirección médica así lo determine, deben de ser solicitados por el médico especialista a la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas, quien valida la solicitud.
- 3.22. Los medicamentos antibióticos o de alta especialidad se prescriben por Kg de peso, excepto aquellos medicamentos en el que la indicación farmacológica sea por superficie corporal.
- 3.23. La prescripción médica en pacientes pediátricos se realiza con base al peso del paciente cuando éste es menor de 10 kg en el caso de soluciones parenterales y por metro cuadrado de superficie corporal cuando el peso del paciente es mayor de 10kg.
- a. El cálculo de ASC en menores de 10 kg =  $[(\text{peso} \times 4) + 9] / 100$ .
  - b. El cálculo de ASC en mayores de 10 kg =  $[(\text{peso} \times 4) + 7] / (\text{peso} + 90)$ .



- c. En el caso de medicamentos en su mayoría se prescriben de manera ponderal, esto es de acuerdo al peso del paciente, sin embargo, algunos son prescritos por ASC.
- 3.24. Para la prescripción médica en pacientes pediátricos se indican a partir del catálogo de medicamentos por nombre genérico, presentación, frecuencia; vía de administración, y en la columna de observaciones se especifica la dosis que debe administrar el personal de enfermería para evitar confusión y errores durante la preparación y administración de medicamentos, haciendo hincapié en la frecuencia y vía de administración.

- a. Ejemplo: En un paciente de 5 kg en el que la dosis de furosemide es de 1 mg/Kg/dosis, la prescripción es la siguiente:  
Medicamento: furosemide 20 mg en 2 ml intravenoso; Frecuencia: cada 8 horas, Vía de administración: intravenosa; Observaciones: 5 mg intravenoso cada 8 horas.
- b. En el caso de las infusiones se prescribe el medicamento seguido de la dosis total, la solución con la que se debe aforar o diluir, la cantidad de solución, la vía de administración y la velocidad de infusión.
- c. La nomenclatura para las soluciones intravenosas de infusión (soluciones de requerimiento) debe ser de la siguiente manera:

Solución/ sodio/ potasio/ calcio/ magnesio/ glucosa kg/min/ albúmina.

Ejemplo: Soluciones parenterales para 8 horas (100/3/2/100/50/gkm<sup>3/2</sup>), esto es que las soluciones parenterales están compuestas por: 100 ml de solución por kg de peso al día/ 3 es igual a mEq por kg de sodio al día/ 2 es igual a mEq de cloruro de potasio por kg al día/ 100 es igual a mg de gluconato de calcio por kg/día/ 50 es igual a mg de sulfato de magnesio al día/ glucosa kg/min de 3 y / 2 es igual a gr de albúmina por kg al día.

Solución glucosada al 5%.....120 ml  
Cloruro de sodio al 0.9% .....40 ml  
KCL.....10 mEq  
Gluconato de calcio.....300 mg  
Sulfato de magnesio.....150 mg  
Albúmina humana al 25%.....30 ml

- d. En el caso de que el paciente sea mayor de 10 kg las soluciones se calculan por metro cuadrado de ASC usando la misma nomenclatura.

Ejemplo: Soluciones parenterales para 8 horas (100/30/20/100/50/gkm<sup>3/2</sup>), esto es que las soluciones parenterales están compuestas por: 100 ml de solución por kg de peso al día/ 30 es igual a mEq por m<sup>2</sup> SC de sodio al día/ 20 es igual a mEq de cloruro de potasio por m<sup>2</sup> SC al día/ 100 es igual a mg de gluconato de calcio por kg/día/ 50 es igual a mg de sulfato de magnesio al día/ glucosa kg/min de 3 y / 2 es igual a gr de albúmina por kg al día.



- 3.25. En pacientes pediátricos, se evita en la prescripción la colocación de números fraccionados, es decir decimales, en la velocidad de infusión, para prevenir errores.
- 3.26. Cuando se solicite nutrición parenteral se debe imprimir la hoja de solicitud en duplicado, uno se envía a farmacia y el otro se integra al expediente, con el objetivo de corroborar que se trata de la nutrición solicitada cuando sea dispensado a farmacia y al servicio solicitante.

5

A

M


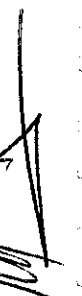

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 6 de 7</b>

- 3.27. En caso de existir un error durante la prescripción, el médico prescriptor puede colocar una línea tachando el error y colocar su firma, sus iniciales y la fecha, conforme a las guías de buenas prácticas clínicas.
- 3.28. La Nota de Egreso de todos los pacientes debe cumplir con la normatividad vigente y contener como mínimo en el plan de alta: datos de identificación del paciente, motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados, medicación durante el proceso de atención y al egreso, estado clínico al momento de alta e instrucciones de seguimiento respecto a la dieta, la actividad física, consultas próximas y datos de alarma que debe identificar para acudir a urgencias, prevención de infecciones, así como, cuidados de heridas quirúrgicas en caso necesario.
- 3.29. Todo medicamento en etapa experimental debe ser indicado en las órdenes médicas y es responsabilidad del coordinador del protocolo de investigación mantener una comunicación efectiva con el equipo de multidisciplinar de salud y vigilar la respuesta clínica del paciente.

## TRANSCRIPCIÓN

- 3.30. En el Instituto existen diferentes momentos de transcripción, los cuales se enlistan a continuación:
- De las indicaciones médicas a los registros de enfermería.
  - De los registros de enfermería al formato de solicitud de insumos y material de curación o de manera electrónica en el sistema GRP (Planificación de Recursos Gubernamentales).
  - De los registros de enfermería a las etiquetas.
  - De la nota de ingreso y las indicaciones médicas al perfil farmacoterapéutico.
  - De la solicitud de insumos y material de curación al sistema GRP (Capturista de farmacia).
  - El médico realiza la transcripción del formato de órdenes verbales o telefónicas; así como de las interconsultas al formato de indicaciones médicas.
  - A la receta de egreso, de la indicación a la receta.
- 3.31. La transcripción de las indicaciones médicas a la hoja de enfermería debe realizarse sin interrupciones en un espacio apropiado para tal fin.
- 3.32. Durante la transcripción a las recetas físicas y electrónicas, la enfermera revisa dos veces la transcripción a fin de asegurarse que no exista error.
- 3.33. La Jefa de Enfermería es responsable de supervisar de manera aleatoria la transcripción de medicamentos.
- 3.34. Si durante la transcripción de indicaciones, el personal de enfermería observa indicaciones ilegibles o incompletas, debe suspender su transcripción y solicitar al médico que repita las indicaciones. Una vez que las indicaciones se corrijan, se da continuidad al proceso de transcripción.
- 3.35. El profesional de enfermería, una vez que ha concluido la transcripción, coloca su rúbrica al final de las indicaciones con la finalidad de tener un control.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>11. Manejo y uso de medicamentos: prescripción y transcripción de medicamentos</b>		<b>Hoja 7 de 7</b>




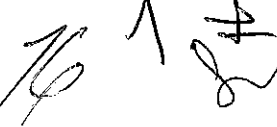
- 3.36. Cuando el médico realice transcripciones del formato de órdenes verbales o telefónicas, así como de las interconsultas al formato de indicaciones médicas, debe revisar dos veces la transcripción a fin de asegurarse que no exista error.
- 3.37. Cuando se realice la transcripción de indicaciones al perfil farmacoterapéutico, se debe revisar dos veces la transcripción a fin de asegurarse que no existe error.
- 3.38. A todo paciente hospitalizado se le debe realizar conciliación de los medicamentos al ingreso, cualquier transición de área o cambio de responsable y alta hospitalaria; en caso de encontrar alguna discrepancia, informa al médico responsable del paciente.
- Comparando al ingreso: la lista de medicamentos que el paciente toma en casa con la primera prescripción que se realiza.
  - Al cambio de área o servicio: se compara la última prescripción del servicio que traslada con la primera que realiza el servicio que recibe.
  - Al cambio de médico tratante y se compara la última prescripción del médico tratante con la nueva prescripción.
  - Al egreso: se debe comparar la lista de medicamentos que el paciente toma en casa con la última prescripción del servicio que egresa y la receta médica de alta.
- 3.39. A todo paciente se le realiza la evaluación del perfil farmacoterapéutico al menos una vez al día, evaluando sus características fisiológicas y fisiopatológicas y relacionándolo con los medicamentos que toma.
- 3.40. A todos los pacientes se les debe realizar la idoneidad de la prescripción previa a la administración del medicamento, corroborando dosis, frecuencia, vía de administración, duplicidad terapéutica, alergias, interacciones y contraindicaciones.
- 3.41. Si el profesional responsable de realizar la idoneidad detecta problemas con la medicación, contacta al médico que prescribe el medicamento para determinar la conducta a seguir.
- 3.42. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<p align="center"><b>MANUAL DE POLÍTICAS</b></p>		<p align="center"><b>Rev. 1</b></p>
	<p><b>12. Manejo y uso de medicamentos: distribución y dispensación de medicamentos</b></p>		<p align="center"><b>Hoja 1 de 2</b></p>

**12. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>12. Manejo y uso de medicamentos: distribución y dispensación de medicamentos</b>		<b>Hoja 2 de 2</b>

## 1. PROPÓSITO

Definir los elementos indispensables de la dispensación y distribución de medicamentos, a fin de mejorar la seguridad del paciente.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1. La distribución y dispensación de medicamentos se debe realizar en estricto apego a los procesos documentados en el Manual de Procedimientos del Departamento de Farmacia.
- 3.2. En el Instituto, los medicamentos se dispensan de manera unitaria, excepto: aciclovir 400 mg, claritromicina 500 mg, fluconazol 100 mg, fosfomicina 500 mg, levofloxacino 500 mg, moxifloxacino 500 mg y rifampicina 300 mg.
- 3.3. Todos los medicamentos de alto riesgo deben estar etiquetados con un círculo de color rojo durante todas las fases del sistema de medicación.
- 3.4. El personal de Enfermería es el responsable de la recepción y resguardo correcto de los medicamentos de alto riesgo.
- 3.5. El manejo, resguardo y administración de medicamentos experimentales se realiza conforme al protocolo específico y es responsabilidad del coordinador del protocolo supervisar el cumplimiento.
- 3.6. El personal responsable del protocolo de investigación, designa al personal del equipo del protocolo responsable de almacenar, distribuir, preparar, administrar los medicamentos en etapa experimental y notificar al personal de enfermería para que realice el registro en la hoja correspondiente.
- 3.7. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

## 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



## 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<p align="center"><b>MANUAL DE POLÍTICAS</b></p>		<p align="center">Rev. 1</p>
	<p><b>13. Manejo y uso de medicamentos: preparación y administración de medicamentos</b></p>		<p align="center">Hoja 1 de 3</p>

**13. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>13. Manejo y uso de medicamentos: preparación y administración de medicamentos</b>		<b>Hoja 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

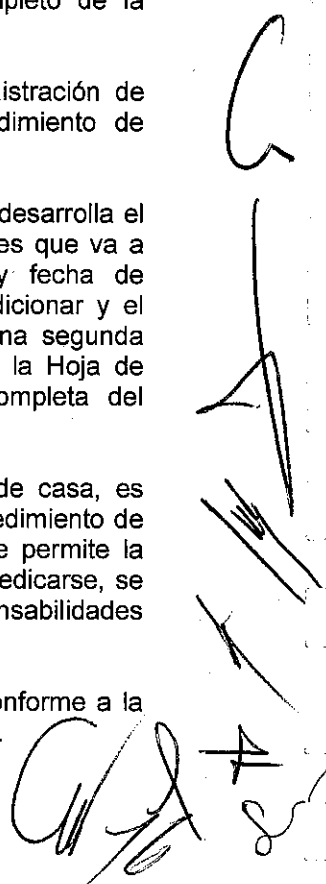
Definir los elementos indispensables de la preparación y administración de medicamentos, a fin de mejorar la seguridad del paciente.

## 2. ALCANCE



2.1 A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. El personal médico y paramédico del Instituto, involucrado en la atención del paciente es responsable de identificar correctamente al paciente previo a la administración de medicamentos.
- 3.2. La administración de medicamentos se realiza en estricto apego a los procedimientos descritos en el Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería, de acuerdo a la vía de administración.
- 3.3. Todas las infusiones de medicamentos de alto riesgo, se deben identificar con la etiqueta de preparación de medicamentos y una alerta visual con un círculo color rojo.
- 3.4. El personal de Enfermería debe elaborar el membrete con tinta azul, anotando el nombre completo del paciente, número de cama, tipo de solución, volumen total, velocidad y tiempo de infusión, fecha y hora de la preparación y de caducidad, nombre completo de la enfermera que prepara la mezcla; y con tinta roja el medicamento por adicionar.
- 3.5. Se debe realizar doble verificación en los procesos de preparación y administración de medicamentos de alto riesgo definidos por el Instituto conforme al procedimiento de Seguridad en el proceso de medicación.
- 3.6. Para realizar la doble verificación se requiere que una primera persona, quien desarrolla el proceso, con etiqueta e insumos en mano, verbalice en voz alta las actividades que va a realizar: los dos identificadores básicos establecidos (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), la solución, el medicamento de alto riesgo por adicionar y el tiempo de infusión (todos estos datos con base en los siete correctos) y una segunda persona (personal verificador) revisa los insumos y datos proporcionados en la Hoja de órdenes del médico, forma 400-07 y observa la ejecución correcta y completa del procedimiento.
- 3.7. La supervisión y el control de medicamentos que el paciente trae consigo de casa, es responsabilidad del personal de enfermería y debe realizarse conforme al procedimiento de Control de medicamentos que trae de casa el paciente. En el Instituto no se permite la automedicación, sólo en casos especiales cuando el paciente insiste en automedicarse, se informa al médico Jefe de servicio para que le comunique al paciente las responsabilidades que adquiere.
- 3.8. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>13. Manejo y uso de medicamentos: preparación y administración de medicamentos</b>		<b>Hoja 3 de 3</b>



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>14. Manejo y uso de medicamentos: control</b>		<b>Hoja 1 de 4</b>

**14. MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS: CONTROL**

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>14. Manejo y uso de medicamentos: control</b>		<b>Hoja 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

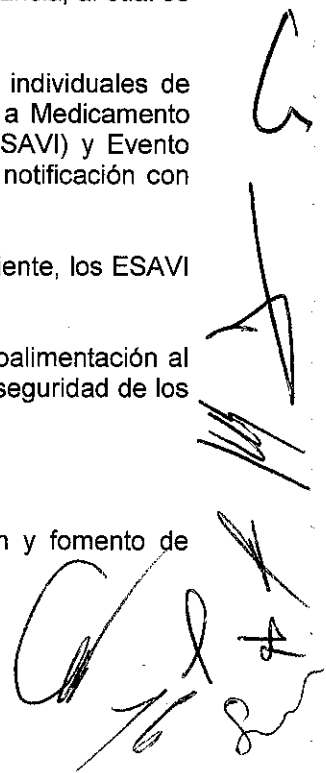
Establecer los lineamientos sobre los cuales se deben realizar las actividades de farmacovigilancia.



## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Es responsabilidad del Centro Institucional de Farmacovigilancia (CIFV) salvaguardar la información confidencial de los pacientes/informantes y notificadores, de conformidad con las disposiciones aplicables en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales como se establece en la legislación aplicable vigente.
- 3.2. Es responsabilidad del CIFV conservar todos los datos concernientes a la recolección y documentación de la notificación durante 6 años.
- 3.3. Es responsabilidad del CIFV participar coordinadamente con el Centro Nacional de Farmacovigilancia, en apego a las disposiciones que éste establezca.
- 3.4. Es responsabilidad del CIFV mantener actualizado ante el CNFV la identidad del responsable de Farmacovigilancia.
- 3.5. Es responsabilidad del CIFV elaborar y cumplir con un manual que contenga los procedimientos normalizados de operación actualizados que garanticen el desempeño de las acciones conforme a la normatividad aplicable vigente.
- 3.6. El responsable del CIFV debe organizar un Comité Hospitalario de Farmacovigilancia, al cual se le informe periódicamente sobre los resultados de Farmacovigilancia.
- 3.7. El CIFV debe llevar a cabo la recepción y registro de los reportes de casos individuales de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM), Reacción Adversa a Medicamento (RAM), Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) y Evento Adverso (EA) que se presenten en su ámbito hasta completar el envío de la notificación con apego en lo establecido en la normatividad aplicable.
- 3.8. Es responsabilidad del CIFV informar al epidemiólogo de su unidad correspondiente, los ESAVI identificados durante el Programa de Vacunación Universal.
- 3.9. El Comité de Farmacovigilancia es responsable de realizar actividades de retroalimentación al CNFV y a los notificadores, de las medidas administrativas relacionadas con la seguridad de los medicamentos.
- 3.10. Es responsabilidad del CIFV fomentar la notificación en la institución.
- 3.11. El CIFV debe elaborar e implementar un programa de capacitación, difusión y fomento de reporte de casos de Farmacovigilancia.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>14. Manejo y uso de medicamentos: control</b>		<b>Hoja 3 de 4</b>

- 3.12. Es responsabilidad del CIFV realizar la pre-evaluación de causalidad, severidad, gravedad y grado de calidad de la información de las notificaciones de SRAM con base a lo estipulado por el CNFV.
- 3.13. Es responsabilidad del CIFV notificar al CNFV de toda SRAM, EA, RAM, ESAVI y cualquier otro problema de seguridad relacionado con el uso de los medicamentos y vacunas, dentro de los tiempos y medios establecidos en la normatividad aplicable vigente.
- 3.14. Todos los profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, enfermeras, dentistas, investigadores y otros), deben notificar al CIFV las sospechas de reacciones adversas a medicamentos como parte de su responsabilidad profesional, incluso si existe duda acerca de una precisa relación con la medicación dada.
- 3.15. El CIFV debe realizar, conforme a la normatividad aplicable, auditorías internas y permitir la realización de supervisiones por parte de la Comisión de Operación Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) documentando dicho proceso.
- 3.16. El responsable del CIFV debe mantener informado al Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos cualquier cambio, modificación y resultados en materia de farmacovigilancia relacionados con las actividades del sistema de Manejo y Uso de Medicamentos.
- 3.17. Las RAM se documentan en el expediente clínico conforme a la normatividad aplicable vigente.
- 3.18. Es responsabilidad del personal de salud reportar las cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela a la Unidad de Calidad.
- 3.19. El Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de Evento Adverso debe realizar el análisis por patrones y tendencias de las cuasifallas y eventos adversos; así como el análisis causa raíz de los eventos centinela.
- 3.20. Es responsabilidad del Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de Evento Adverso emitir las recomendaciones a las áreas pertinentes.
- 3.21. Es responsabilidad del Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de Evento Adverso capacitar al personal sobre la identificación y notificación de errores y cuasifallas en la medicación.
- 3.22. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

**4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**



Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>14. Manejo y uso de medicamentos: control</b>		<b>Hoja 4 de 4</b>



**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>15. Prevención y control de infecciones</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

**15. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES**

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including a large 'G' and other illegible marks.]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>15. Prevención y control de infecciones</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1. PROPÓSITO

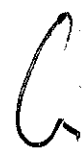
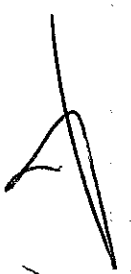

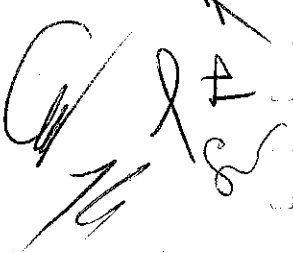
Implementar en el Instituto las acciones específicas con enfoque sistémico y multidisciplinar, para minimizar el riesgo de infección en pacientes, personal y visitantes, durante los procesos clínicos y no clínicos; así como, analizar los patrones y tendencias de las infecciones de mayor incidencia para la toma de decisiones, considerando la legislación vigente e integrando todas las áreas relacionadas con el sistema.



## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, las políticas son aplicables a todas las áreas que integran el Instituto.
- 2.2 A nivel externo, las políticas son aplicables a visitantes.




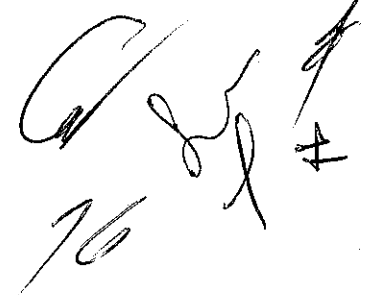
## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Es responsabilidad del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, coordinar, integrar y supervisar un plan de mejora continua con base en la implementación del Sistema del Control de Infecciones en apego a la normatividad vigente.
- 3.2. El Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, está integrado por un equipo multidisciplinario, con las competencias necesarias para coordinar, integrar y supervisar el programa integral para la reducción y prevención de riesgos de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 3.3. El Comité de Control de Infecciones Nosocomiales analiza de manera mensual, semestral y anual la incidencia y tasas de infecciones asociadas a la atención médica; así como los patrones y tendencias de los mismos y reporta al cuerpo directivo y al COCASEP para establecer las acciones de mejora.
- 3.4. El Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, entrega un informe semestral con el análisis y gráficas de la frecuencia de infecciones a Jefes de Servicio y Departamentos Clínicos, quienes son responsables de difundir la información con su personal y establecer estrategias necesarias.
- 3.5. El plan de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud establece los lineamientos para la prevención y reducción de la incidencia de las infecciones a partir de la identificación de riesgos y problemas tanto clínicos como de gestión; además del análisis de patrones y tendencias.
- 3.6. El plan de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, incluye al menos el análisis de los siguientes procesos:
  - Infecciones relacionadas a la Atención Sanitaria:
    - Infecciones de vías respiratorias.
    - Infecciones de vías urinarias.
    - Infecciones relacionadas a tratamientos endovenos o dispositivos intravasculares invasivos.
    - Infecciones de sitio quirúrgico.



  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>15. Prevención y control de infecciones</b>		<b>Hoja: 3 de 6</b>


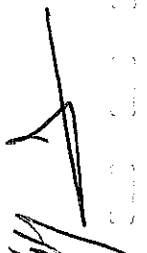
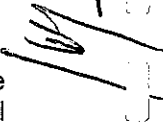
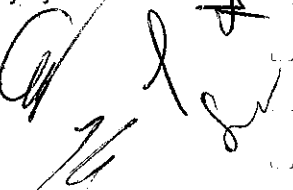
- Infecciones y microorganismos más frecuentes o resistentes a múltiples fármacos en el instituto
  - Infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.
  - Vigilancia epidemiológica.
  - Precauciones Estándar.
  - Limpieza.
  - Esterilización y Desinfección.
  - Manejo de Residuos Peligrosos-Biológicos-Infeciosos.
  - Manejo de la Ropa.
  - Alimentación.
  - Reúso de desechables.
  - Hemodiálisis.
  - Procesos de medicación.
  - Salud y seguridad de los trabajadores.
  - Supervisión de la calidad del agua.
  - Mantenimiento y controles de ingeniería,
  - Seguridad en la construcción ó remodelación.
- 3.7. El enfoque del plan, está encaminado a la búsqueda intencionada y a la reducción de los riesgos de infecciones, la monitorización de las mismas y la investigación de brotes de enfermedades infecciosas mediante la vigilancia epidemiológica activa y dando seguimiento hasta su control.
- 3.8. La supervisión del cumplimiento de los procesos, así como de las barreras de seguridad, es responsabilidad de cada Jefe de Servicio y Departamento de todas y cada una de las áreas y servicios del Instituto, de manera particular el personal del Comité de Control de Infecciones, realiza mediante la vigilancia activa, observaciones directas del cumplimiento de estas medidas y emite las recomendaciones pertinentes en caso de desviaciones al proceso.
- 3.9. En el Instituto para el manejo de afluencia de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, se aplica el procedimiento "Manejo de paciente con influenza H1-N1", descrito en el Manual del Comité de Control Infecciones Nosocomiales; en caso de otros padecimientos, se aplican las medidas establecidas por la Secretaría de Salud.
- 3.10. Para las situaciones en que es preciso el uso de equipo de protección personal, se aplica acorde a la normatividad NOM-005-STPS-1998, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.
- 3.11. El Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, es el facultado para implementar, difundir, capacitar y supervisar los Sistemas de Aislamiento para evitar la transmisión de enfermedades, entre pacientes, visitantes y personal. Esto está detallado en el Programa anual del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.
- 3.12. Es responsabilidad del personal de salud aplicar las medidas de precaución estándar durante la atención al paciente, para prevenir y controlar las infecciones.



  
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>15. Prevención y control de infecciones</b>		<b>Hoja: 4 de 6</b>

- 3.13. Es responsabilidad del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, implementar un programa integral de higiene de manos, supervisar el apego al mismo y establecer las estrategias para el logro del objetivo.
- 3.14. Es responsabilidad del personal de salud aplicar las medidas de precaución estándar durante la atención al paciente para prevenir y controlar las infecciones.
- 3.15. En el Instituto, el reúso de material y dispositivos biomédicos, se encuentra acotado al cumplimiento de los lineamientos y medidas de seguridad establecidas para garantizar: la integridad, el funcionamiento y la seguridad de los mismos, que se encuentran descritos en el Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería.
- 3.16. El manejo de ropa, se realiza conforme a lo establecido en los procedimientos de: Lavado, secado, planchado y entrega de ropa hospitalaria; así como el procedimiento para el manejo y lavado de ropa contaminada; incluidos en el Manual del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
- 3.17. El manejo de los Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos en el Instituto, se realiza conforme a la normatividad vigente y aplicable, y a lo establecido en los procesos descritos en el Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.
- 3.18. Los Jefes de Servicio, en coordinación con el personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVEH), son responsables de supervisar el cumplimiento del manejo seguro de los Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
- 3.19. En el Instituto, el mantenimiento y control de ingeniería biomédica, es responsabilidad del Departamento de Ingeniería Biomédica y se realiza conforme a lo descrito en el Manual de Procedimientos del Departamento de Ingeniería Biomédica.
- 3.20. En el Instituto, los alimentos se manejan de acuerdo a la legislación aplicable vigente y conforme al manual del Departamento de Dietética y Nutrición.
- 3.21. Es responsabilidad del Departamento de Dietética y Nutrición, asegurar los procesos de almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de dietas de manera segura.
- 3.22. Se debe realizar el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos (cultivo nasal y coproparasitoscópico) cada 6 meses. La UVEH mantiene comunicación con el área de dietas y el laboratorio de microbiología para que se lleve a cabo este procedimiento, si en algún caso resultara positiva la muestra de algún integrante de la cocina, se le retira del área de preparación y se proporciona el tratamiento según sea el caso.
- 3.23. En el Instituto se deben planear las actividades de adecuación, construcción y remodelación de las áreas de manera proactiva, con base en la evaluación de los riesgos, coordinada entre el Comité de Control de Infecciones y el Departamento de Mantenimiento, Conservación y Construcción, acorde al proceso para remodelaciones o construcciones del Instituto.
- 3.24. El manejo de medicamentos termolábiles y multidosis, se realiza conforme a los procedimientos específicos, los cuales se encuentran incluidos en el Manual del Sistema de Manejo y Uso de los Medicamentos.

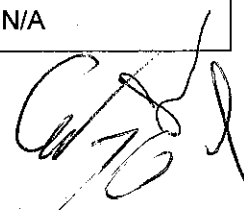
  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>15. Prevención y control de infecciones</b>		<b>Hoja: 5 de 6</b>

- 3.25. Se debe realizar el proceso de limpieza y sanitización durante la preparación de medicamentos, a fin de garantizar una medicación segura.
- 3.26. Ningún médico debe prescribir antibióticos a los pacientes si no es autorizado por el infectólogo, exceptuando aquellos que se utilizan como profilaxis para cirugía cardiovascular.
- 3.27. El servicio de Intendencia debe apegarse a los procesos descritos en el manual de procedimientos; que incluye entre otras, las actividades para mantener las instalaciones, sillas de ruedas, camillas y de más insumos que permitan la atención adecuada del paciente.
- 3.28. En el Instituto la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, debe desarrollarse conforme a lo establecido en el proceso incluido en el Manual de Hemodiálisis.
- 3.29. El control de la calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal, debe ser monitoreada de manera externa por un servicio subrogado, conforme al cronograma establecido.
- 3.30. El personal de enfermería que se asigna al servicio de nefrología, debe contar con las competencias para el manejo del catéter de hemodiálisis; conforme a lo establecido en los lineamientos emitidos por la UVEH.
- 3.31. La UVEH, es la responsable de llevar el control del Sistema de Prevención de control de Infecciones y lo realiza con el análisis de las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes, emplean indicadores para medir los procesos y establecer las estrategias de mejora.
- 3.32. La información debe ser reportada inmediatamente a través de la RHOVE (Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica), en la plataforma del SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), mensualmente a los directivos del Instituto, lo hace con informes mensuales, semestrales y anuales, en los que describe los casos de infección asociada a la atención sanitaria, el lugar, los microorganismos más frecuentes, los factores de riesgos que condicionaron la infección y quiénes son los involucrados, además esta información se le proporciona por servicio y a cada jefe.
- 3.33. Es responsabilidad del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, ante la presencia de algún brote, realizar un estudio minucioso para saber los factores que lo condicionaron; así como las estrategias y medidas aplicadas para controlarlo.
- 3.34. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1. Manual de Integración y Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales	N/A
4.2. NOM-005-STPS-1998, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas	N/A
4.3. Programa anual del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.	N/A





## MANUAL DE POLÍTICAS



Rev. 1

### 15. Prevención y control de infecciones



Hoja: 6 de 6

Documentos	Código
4.4. Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería.	N/A
4.5. Manual del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	N/A
4.6. Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.	N/A
4.7. Manual de Procedimientos del Departamento de Ingeniería Biomédica.	N/A
4.8. Manual del Sistema de Manejo y Uso de los Medicamentos.	N/A
4.9. Manual de Hemodiálisis.	N/A
4.10. Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

## 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>16. Gestión y seguridad de las instalaciones</b>		<b>Hoja 1 de 3</b>

**16. GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES**

*Handwritten notes and signatures:*  
A  
C  
76

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>16. Gestión y seguridad de las instalaciones</b>		<b>Hoja 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

Ofrecer una instalación segura, efectiva, funcional y eficiente, para los pacientes, familiares, personal y visitantes, mediante una gestión efectiva de la instalación física, del equipo médico y no médico y de las personas.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, las políticas son aplicables todas las áreas que integran el Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

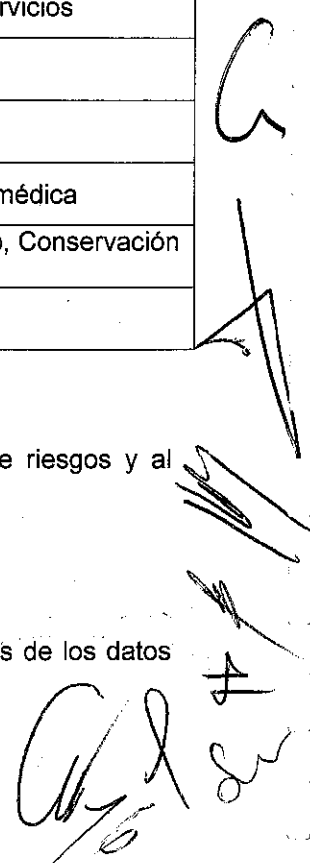
3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Generales dar cumplimiento a las leyes y normas vigentes, tanto en el ámbito federal como local, así como, seguimiento a los programas y estrategias del Instituto, en materia de administración y seguridad de las instalaciones.



3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Generales integrar, implementar, coordinar, y supervisar el Plan Maestro del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, con base en la identificación, priorización y análisis de riesgos, tanto internos como externos, integrados en una matriz de riesgos en estricto apego a la normatividad vigente; el cual debe incluir los siguientes programas:

PROGRAMA	ÁREA RESPONSABLE DEL PROGRAMA
Protección de la organización.	Coordinación de Seguridad y Servicios
Materiales, sustancias y residuos peligrosos.	Coordinación de RPBI
Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.	Coordinación de Protección Civil
Equipo y tecnología biomédica.	Departamento de Ingeniería Biomédica
Servicios prioritarios para la operación.	Departamento de Mantenimiento, Conservación y Construcción
Manejo de emergencias externas.	Coordinación de Protección Civil

Además de incluir como elementos mínimos:

- La planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
- La implementación de procesos seguros;
- La capacitación del personal;
- La monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros);
- La supervisión integral de todo el sistema;
- La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>16. Gestión y seguridad de las instalaciones</b>		<b>Hoja 3 de 3</b>

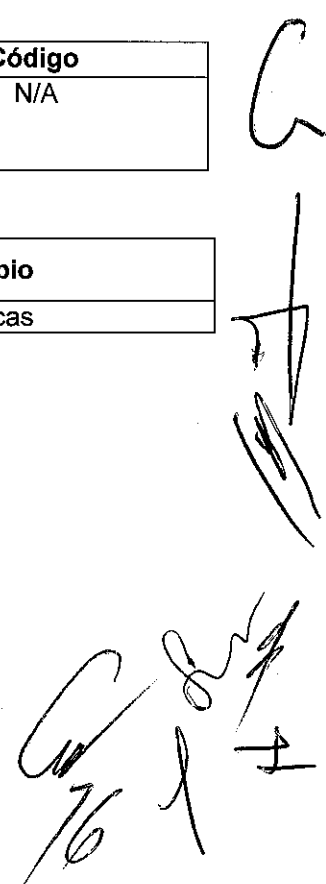
- 3.3 El Plan Maestro es de observancia general y obligatoria en las áreas de Atención Médica, de Investigación, de Enseñanza, de Enfermería, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Administrativas.
- 3.4 Las funciones y responsabilidades contempladas en el Plan Maestro del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, están designadas de acuerdo al organigrama autorizado y funcional del Instituto; de la misma manera, se debe llevar un control administrativo de los diferentes programas que lo integran.
- 3.5 Establecer mecanismos de corresponsabilidad entre autoridades y personal involucrado en la aplicación de estos lineamientos y los procesos correspondientes. Es indispensable hacer de todo el personal, participe activo de los planes de seguridad aquí descritos, fortaleciendo así los programas institucionales.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Generales es responsable de diseñar e implementar los procesos para prevenir incidentes, accidentes, lesiones, actos y/o condiciones inseguras o peligrosas, para los pacientes, familiares, visitantes y el personal en general.
- 3.7 Todo el personal del instituto tiene la obligación de acatar las indicaciones señaladas por el personal de seguridad y protección civil para la respuesta a los diferentes códigos de alertamiento.
- 3.8 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>17. Competencias y capacitación del personal</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## 17. COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a large 'G' at the top, a signature, and the number '76' at the bottom.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>17. Competencias y capacitación del personal</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

Implementar un Sistema de Competencias y Capacitación, enfocado al desarrollo del personal clínico y no clínico que labora en el Instituto, de acuerdo a lo establecido en los perfiles de puesto para responder a las necesidades de su área y llevar a cabo las tareas de forma adecuada a través de la combinación de habilidades prácticas, conocimientos, motivación y valores éticos para lograr la eficacia en el servicio que se brinda a la población.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno, las políticas son aplicables a todas las áreas que integran el Instituto.



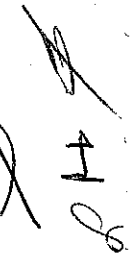
2.2. A nivel externo, las políticas son aplicables a personal con privilegios.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal coordinar, integrar y supervisar la implementación del Sistema de Competencias y Capacitación del personal en apego a la Normatividad vigente.

3.2 La Dirección Médica, la Dirección de Enseñanza, la Dirección de Investigación, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Administración, de acuerdo con la normatividad vigente, son los responsables de definir los niveles deseados de educación, aptitudes, conocimientos y competencias del personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo: así como, la cantidad de personal que se requiera, acorde a las especialidades del Instituto y las necesidades de los servicios que presta a sus pacientes.



- i. La Dirección Médica, la Dirección de Enseñanza, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Administración, son responsables de coadyuvar con la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, para que esta cuente con las descripciones de puestos que definen las responsabilidades de cada trabajador, cualesquiera que sean sus funciones: gerenciales, clínicas, de residentes o temporales, documentadas de acuerdo al Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud, para puestos de la Rama Médica, Paramédica y afín; así como, el profesiograma para puestos del grupo afín administrativo.
- ii. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, es responsable de contar con manuales debidamente actualizados que contengan los procesos de reclutamiento, selección y designación del personal con las competencias, aptitudes y conocimientos que requiera el Instituto, así como de la inducción a la institución.
- iii. Todas las áreas del instituto son responsables de contar con manuales de organización y procedimientos donde contengan los procesos sustanciales que conforman su departamento, estos manuales de procedimientos sirven como guía del actuar de cada trabajador.
- iv. Los Jefes de las áreas o servicios son los responsables de evaluar periódicamente a su personal, con base en la descripción de puesto, con periodicidad mínima de un año, dejando constancia de la evaluación, en los expedientes personales de los profesionales evaluados.



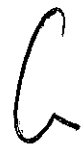



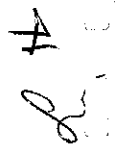
	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>17. Competencias y capacitación del personal</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>



- v. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, es responsable del control y resguardo actualizado, de los expedientes del personal médico, paramédico y administrativo, que contengan la información sobre competencias, descripción de puesto, evaluaciones, historia laboral y registro de capacitación y educación.
- vi. La Dirección Médica y la Dirección de Enfermería, son responsables de contar con un programa actualizado de asignación de personal, considerando la cantidad de personal y competencias específicas para cada área o servicio.
- vii. Los Jefes de las áreas o servicios son responsables de proporcionar la inducción y orientación necesarias al personal de nuevo ingreso, acerca del funcionamiento del área a la que es asignado, así como sus responsabilidades específicas.
- viii. Los Jefes de las áreas o servicios, son responsables de identificar, actualizar y proporcionar la información de las necesidades específicas de capacitación de su personal a la Subdirección de Administración y Desarrollo del Personal; mientras que esta área es la responsable de desarrollar e instrumentar el sistema de competencias y capacitación del personal, estableciendo también los medios y las instalaciones que son utilizadas.
- ix. La Dirección Médica y la Dirección de Enfermería, son corresponsables de estructurar un Programa de Capacitación en Soporte Vital Básico y Avanzado.
- x. Los Jefes de las áreas o servicios –sobre todo áreas críticas- son responsables de identificar al personal que debe capacitarse en técnicas de reanimación cardiopulmonar, y de que reciba y apruebe la capacitación al respecto.
- xi. La Dirección de Enseñanza y la Dirección de Enfermería son responsables de coordinar, supervisar y controlar los programas de formación de profesionales –Licenciatura, Maestría, Doctorado y Especialidades- que se llevan a cabo en el Instituto, manteniendo controles, registro y documentación que ampare los programas académicos; así como, los responsables específicos de cada área, materia o rotación; en estricto a la normatividad vigente.
- xii. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal en coordinación con la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, es la responsable de la estructuración e implementación del Programa de Salud y Seguridad del Personal, que debe a su vez, estar integrado al Programa de Calidad del Instituto.
- xiii. Es responsabilidad de los Jefes de las áreas o servicios, supervisar que el personal a su cargo porte el equipo de protección de manera correcta y completa, acorde a lo definido en el perfil de puestos y a las actividades que desempeña.
- xiv. La Subdirección de Administración y Desarrollo del Personal es la responsable de contar con un procedimiento, mediante el cual se revise que los títulos, certificaciones y capacitaciones de los profesionales de la salud internos y externos sean auténticos, mediante la verificación de la fuente original; lo anterior debe constar documentalmente en su expediente de personal.
- xv. La Dirección Médica es la responsable de definir los “privilegios” que se otorguen al personal médico que no forma parte del personal del Instituto, describiendo las funciones

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>17. Competencias y capacitación del personal</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

y actividades que se le autoriza ejercer, o bien, que limita su ejercicio; lo anterior, para asegurar que el personal médico se desempeñe dentro de su competencia y privilegios autorizados.

- xvi. La Dirección de Enfermería es responsable de definir y documentar los "privilegios" que se otorguen al personal de enfermería, que no forma parte del personal del Instituto; considerando las competencias, conocimientos y experiencia del personal como base para determinar las funciones y actividades que se le asignen.
  - xvii. La Dirección Médica y la Dirección de Enfermería deben contar con un procedimiento mediante el cual, se apliquen, al menos una vez al año, evaluaciones de desempeño de los profesionales de la salud, cuyo resultado debe documentarse y conservarse en su expediente personal, para los fines a que haya lugar.
  - xviii. La Subdirección de Administración y Desarrollo del Personal es responsable de coordinar, que tanto el personal clínico como administrativo sea evaluado una vez al año.
  - xix. El programa de salud y seguridad para el personal, se implementa en el Instituto con base en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.
  - xx. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, debe realizar la validación de la fuente original del certificado de estudios del personal que no cuente con cédula profesional, a través de la consulta directa con la unidad académica donde realizó los estudios.
  - xxi. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal debe realizar la validación de la fuente original de la cédula profesional del personal, mediante la consulta en el RNP (Registro nacional de Profesiones) de la Dirección General de Profesiones, imprimirla e integrarla en el expediente.
  - xxii. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal proporciona orientación a la base trabajadora, en los casos de un probable riesgo de trabajo, con base en el Programa de prevención de riesgos del trabajo del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
  - xxiii. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal integra la información de las incidencias o accidentes de trabajo reportado por la base trabajadora.
  - xxiv. La Dirección de Enfermería, a través del Departamento de Enseñanza controla la inducción a los servicios de enfermería, con base en el programa que elabora el jefe de servicio de enfermería del área clínica, de consulta externa y de clínicas de diagnóstico y de tratamiento.
  - xxv. La Dirección de Enfermería, a través del Departamento de Enseñanza solicita a las instituciones educativas aceptadas para el campo clínico, su carpeta de trabajo que incluya las funciones que debe desarrollar el estudiante, otorgando así los privilegios necesarios para el desarrollo de su práctica.
- 3.3 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>17. Competencias y capacitación del personal</b>		Hoja: 5 de 5

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>18. Acceso y continuidad de la atención: admisión de pacientes al Instituto</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

**18. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ADMISIÓN DE PACIENTES AL INSTITUTO**

Handwritten notes and signatures on the right side of the page, including a large 'C' at the top, a signature, and the number '76' at the bottom.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>18. Acceso y continuidad de la atención: admisión de pacientes al Instituto</b>		<b>Hoja: 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

Contar con procesos estandarizados que mitiguen la ocurrencia de incidentes no deseados, durante todo el proceso de atención del paciente en el Instituto.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno esta política es aplicable a todo el personal, pacientes y familiares y demás usuarios dentro del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### Admisión de pacientes al instituto

3.1. El Instituto proporciona atención cardiovascular de alta especialidad con calidad y seguridad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social, la cual es referida por otra institución pública de salud y cuya patología cardiovascular corresponde a la atención de tercer nivel.

### Admisión de paciente por primera vez:

3.2. El área de Preconsulta es la encargada de atender a las personas que solicitan atención por primera vez en el Instituto, para ello el solicitante debe cubrir los siguientes requisitos: ser referido por alguna institución de salud, presentar comprobantes de no contar con seguridad social (en caso de contar con algún tipo de seguridad social y el paciente decida ser atendido en el Instituto, se le asignará el nivel socioeconómico 6).

3.3. El área de Preconsulta realiza la valoración del paciente; si cumple con los criterios para ser admitido como paciente del Instituto (padecimiento cardiovascular propio de un tercer nivel), lo debe referir al Departamento de Trabajo Social y Admisión para continuar con el proceso administrativo de aceptación del paciente.

3.4. El Departamento de Trabajo Social y Admisión debe aplicar un estudio socioeconómico, el cual de acuerdo a la información proporcionada, da como resultado el nivel socioeconómico del paciente.



3.5. Es responsabilidad del Departamento de Trabajo Social y Admisión, abrir y verificar el expediente clínico con número de registro único para cada paciente que es aceptado en el Instituto.

### Admisión del paciente por urgencias:

3.6. El Instituto atiende a toda persona que se presente en el área de urgencias a solicitar atención médica.

3.7. Todo paciente que solicite atención médica en el servicio de urgencias debe ser evaluado de manera inicial para priorizar el momento de la atención de acuerdo a la gravedad del caso. (priorización).

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>18. Acceso y continuidad de la atención: admisión de pacientes al Instituto</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

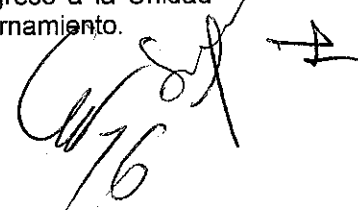
- 3.8. Todo paciente que acorde a la priorización sea estafidicado en estado crítico (rojo), debe ser atendido de manera inmediata en el cubículo de choque asignado para tal fin.
- 3.9. El tiempo de atención de los pacientes en urgencias, exceptuando el paciente en estado crítico, está sujeto al nivel establecido durante el proceso de priorización y a la capacidad de respuesta institucional.
- 3.10. Todo paciente debe ser informado por el personal administrativo de recepción de urgencias cuando exista una demora de la atención y las razones de la misma.
- 3.11. El médico realiza la valoración del paciente. Como apoyo para establecer el diagnóstico solicita; biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas cardiacas y tiempos de coagulación; así como un electrocardiograma. De juzgarlo pertinente, indica exámenes complementarios.
- 3.12. La atención otorgada a los pacientes en el área de urgencias se debe documentar por el médico y la enfermera, en el formato Atención de Urgencias en Consultorios, para asegurar la continuidad de la atención.
- 3.13. En caso de cumplir con los criterios para ser atendido en el Instituto, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, puede ser ingresado a la Unidad Coronaria, servicio de hospitalización o ser referido al Servicio de Preconsulta en coordinación con el Departamento de Trabajo Social y Admisión para continuar con el proceso administrativo de aceptación del paciente.
- 3.14. Aquellos pacientes que no cumplan criterios para ser atendidos en el Instituto o en situaciones en las que no se cuente con la capacidad resolutoria para ser atendidos por la institución, una vez estabilizada la condición clínica, deben ser referidos a la institución que corresponda.



### **Admisión de pacientes a través del servicio de admisión**

- 3.15. La atención de los pacientes con patologías cardiovasculares que son referidos por instituciones con las que el Instituto tiene convenios (como aseguradoras) se realiza a través del Servicio de Admisión.
- 3.16. El médico tratante llena el formato de solicitud de ingreso y lo entrega al Servicio de admisión, quien coordina con el paciente y el personal de enfermería del Departamento de Hospitalización Piso 8 y del Departamento de Hospitalización 9, anotando la hora de ingreso al servicio.
- 3.17. Es privilegio de los médicos especialistas adscritos al Instituto, solicitar el internamiento de pacientes especificando el motivo de ingreso, el cual puede ser: tratamiento médico, estudio diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento mediante intervencionismo cardiovascular o por requerimiento de protocolo de investigación.

### **Ingreso del paciente a Hospitalización y/o Unidad Coronaria.**

- 3.18. Si como resultado de la evaluación, el médico determina que el paciente requiere ser hospitalizado, solicita al Departamento de Trabajo Social y Admisión el ingreso a la Unidad Coronaria o Servicios de Hospitalización mediante el formato Solicitud de Internamiento.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>18. Acceso y continuidad de la atención: admisión de pacientes al Instituto</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>

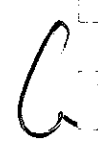

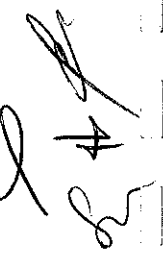
- 3.19. El Departamento de Trabajo Social y Admisión es el responsable de coordinar las actividades para el ingreso del paciente; así como, informar a los pacientes y/o sus familiares, los derechos, responsabilidades y la normatividad que deben acatar dentro del Instituto.
- 3.20. Los criterios de ingreso y egreso de los pacientes a los servicios especializados, se establecen de acuerdo a bases fisiológicas. Los servicios especializados en el Instituto son: Unidad Coronaria, Terapia intensiva postquirúrgica y Cardiopediatría.
- 3.21. Para la hospitalización programada de pacientes se deben considerar; el estado de salud, la disponibilidad de camas, complejidad del procedimiento a realizar, el cumplimiento del proceso administrativo, así como el interés científico en el caso clínico.
- 3.22. Para garantizar el acceso y la continuidad de la atención, el personal debe apearse a los siguientes procesos:
- Procedimiento para la selección y admisión de enfermos en la consulta externa (preconsulta y consulta de primera vez).
  - Procedimiento para la priorización de la atención (traje) en urgencias.
  - Procedimiento para la atención de la emergencia obstétrica código MATER (traje obstétrico)
  - Procedimiento para la priorización de la atención (traje) en pacientes pediátricos.
  - Procedimiento para el internamiento del paciente.
- 3.23. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>19. Acceso y continuidad de la atención: Priorización de la atención (Triage) en urgencias</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**19. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (TRIAJE) EN URGENCIAS.**

*C*  
*A*  
*C*  
*16 sep 14*



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>19. Acceso y continuidad de la atención: Priorización de la atención (Triage) en urgencias</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO



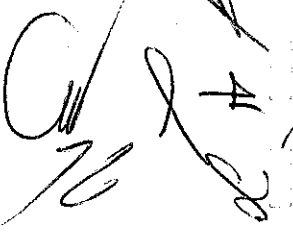
Establecer los lineamientos y actividades que deben realizarse para asignar prioridad de atención a los pacientes (TRIAJE), que se presentan en el área de Urgencias a solicitar atención médica.



## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno esta política es aplicable a todo el personal, pacientes y familiares y demás usuarios dentro del Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 1.1 Es responsabilidad del personal de salud, priorizar la atención del paciente que acude al servicio de urgencias, en estricto apego al procedimiento para la aplicación del Triage.
- 1.2 La prioridad de atención a los pacientes que acuden al área de urgencias se determina de acuerdo a la valoración de primer contacto y estratificación del TRIAJE.
- 3.3. La clasificación y asignación de prioridad de atención (TRIAJE), únicamente tiene el objetivo de determinar el orden de atención de los pacientes, sin menoscabo alguno del tratamiento terapéutico que corresponda de acuerdo al diagnóstico de su padecimiento.
- 3.4 La valoración de 1er contacto mediante la cual se asigna prioridad de atención a los pacientes, es realizada por el médico o personal de enfermería adscrito al área de Urgencias.
- 3.5 La valoración de 1er contacto debe ser visual y corroborada, en caso necesario, con interrogatorio directo (al paciente) o indirecto (a familiares o personas legalmente responsables).
- 3.6 Ante la sospecha de embarazo o puerperio, se debe realizar el TRIAJE Obstétrico y si corresponde activar el código MATER.
- 3.7 El personal Administrativo de Admisión es responsable de elaborar y colocar a todo paciente que ingrese al cubículo de urgencias el brazaletes de identificación que incluye: nombre completo y fecha de nacimiento.
- 3.8 Se informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, que se brinda la atención médica en el lapso estimado de acuerdo a la gravedad y severidad del padecimiento (de acuerdo al código asignado).
- 3.9 Para todo procedimiento invasivo a realizar al paciente, el médico debe recabar el consentimiento informado.
- 3.10 Todo procedimiento, tratamiento intervención realizada al paciente por el equipo multidisciplinario del Instituto, se debe registrar en el expediente clínico de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>19. Acceso y continuidad de la atención: Priorización de la atención (Triage) en urgencias</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

3.11 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



**4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

G  
 A  
 C  
 10/09/21

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>20. Acceso y continuidad de la atención: priorización de la atención (triaje) en pacientes pediátricos</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**20. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (TRIAJE) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

*Handwritten notes and signatures:*  
 C  
 A  
 S  
 T  
 R  
 A  
 T  
 O

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>20. Acceso y continuidad de la atención: priorización de la atención (triaje) en pacientes pediátricos</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO



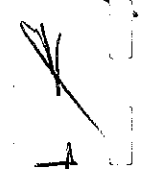
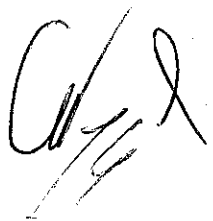
Establecer los lineamientos y actividades que deben realizarse para priorizar la atención a los pacientes (TRIAJE), que se presentan a solicitar la atención de urgencias en el Departamento de Cardiología Pediátrica.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno esta política es aplicable a todo el personal, pacientes y familiares y demás usuarios dentro del Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Todo paciente que solicite atención de urgencia, debe presentarse en el área de recepción del Departamento de Cardiología Pediátrica para ser valorado por personal médico calificado, quien determinará la severidad de la patología y el compromiso clínico.
- 3.2. Ante la presencia de un paciente pediátrico que solicita valoración de urgencia, el personal de seguridad lo orienta para que se dirija al 6° piso de cardiopediatría, y se comunica por radio con el personal de seguridad de dicho servicio, para informar que le está enviando un paciente.
- 3.3. Para la comunicación interna en turno vespertino y nocturno, el personal de seguridad asignado al 6° piso informa por radio al personal médico de guardia.
- 3.4. El médico de cardiopediatría de turno nocturno y jornada acumulada que atienda urgencias pediátricas, es quien envía al familiar directo o familiar responsable del paciente a recepción de urgencias para efectuar el registro del nombre del paciente en el sistema informático.
- 3.5. El personal de la recepción de urgencias, debe registrar en el sistema informático al paciente pediátrico de primera vez o subsecuente, para generar un pre registro o activar el registro institucional de los pacientes subsecuentes.
- 3.6. La atención a los pacientes que acuden al Departamento de Cardiología Pediátrica a solicitar consulta de urgencia, se prioriza de acuerdo a la siguiente clasificación:
- Código Rojo: atención inmediata del paciente en el área de reanimación y atención del choque del sexto piso del servicio de cardiología pediátrica.
  - Código Amarillo: atención al paciente dentro de los primeros 10 minutos, posteriores a su registro en los cubículos dispuestos para la atención de urgencias del sexto piso del servicio de cardiología pediátrica.
  - Código Verde: atención al paciente en un promedio de 20 minutos, posteriores a su registro en los cubículos dispuestos para la atención de urgencias del sexto piso del servicio de cardiología pediátrica.
  - Código Negro: atención inmediata del paciente en cubículo de choque.
- 3.7. La clasificación y asignación de prioridad de atención (TRIAJE), únicamente tiene el objetivo de determinar el orden de atención de los pacientes, sin menoscabo alguno del tratamiento terapéutico que corresponda de acuerdo al diagnóstico de su padecimiento.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>20. Acceso y continuidad de la atención: priorización de la atención (triaje) en pacientes pediátricos</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

- 3.8. La valoración de 1er contacto mediante la cual se asigna prioridad de atención a los pacientes, es realizada por el médico residente de cardiología pediátrica o personal de enfermería adscrito al departamento de cardiología pediátrica.
- 3.9. La valoración de 1er contacto debe ser visual y corroborada, en caso necesario, con interrogatorio directo (al paciente) o indirecto (a familiares o personas legalmente responsables); dicha valoración incluye placa de tórax, electro y Biometría Hemática.
- 3.10. Al paciente, familiar o persona legalmente responsable, se le debe informar que se da la atención médica en el lapso estimado de acuerdo a la gravedad y severidad del padecimiento (de acuerdo al código asignado) y a la capacidad de respuesta.
- 3.11. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

C

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>21. Acceso y continuidad de la atención: internamiento del paciente</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

**21. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: INTERNAMIENTO DEL PACIENTE**

*Handwritten notes and signatures:*  
A  
J  
C  
6894

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>21. Acceso y continuidad de la atención: internamiento del paciente</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO


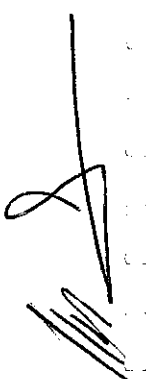

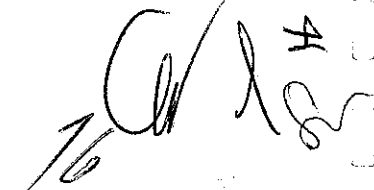
Establecer los mecanismos y lineamientos necesarios para el internamiento del paciente y describir las actividades realizadas por personal de las distintas áreas y departamentos que intervienen en el proceso.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno esta política es aplicable a todo el personal, pacientes y familiares y demás usuarios dentro del Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Sólo pueden solicitar el internamiento de un paciente los médicos adjuntos responsables del tratamiento o de las siguientes especialidades: Cardiología Adultos, Cardiología Pediátrica, Cardiología Intervencionista y Electrofisiología, Nefrología, Cardioneumología y Reumatología
- 3.2 Se interna a los pacientes electivos o de urgencia a solicitud del médico adjunto responsable por alguno de los siguientes motivos:
- Tratamiento médico
  - Estudio de diagnóstico
  - Cirugía
  - Cateterismo cardiovascular
  - Colocación de marcapasos o desfibrilador automático.
  - Ablación de arritmias supra o ventriculares.
- 3.3 El jefe de servicio o el médico adjunto designado por él, son los responsables de proporcionar la información necesaria al paciente (o a sus familiares) sobre el tratamiento al que es sometido.
- 3.4 El médico designado debe llenar la nota de ingreso correspondiente.
- 3.5 Las gestiones para el internamiento son realizadas por personal del Departamento de Trabajo Social, a través del área de Admisión.
- 3.6 El personal del Departamento de Trabajo Social y Admisión es el encargado de elaborar y entregar los presupuestos para hospitalización.
- 3.7 El personal del Departamento de Trabajo Social y Admisión elabora presupuesto a todos los pacientes que se hospitalicen, exceptuando a aquellos que se atiendan al amparo de un convenio de prestación de servicios.
- 3.8 Todo paciente internado debe firmar una carta de aceptación, una de notificación y el consentimiento general antes de su ingreso hospitalario.
- 3.9 Todos los pacientes internados deben contar con expediente clínico, número de registro y clasificación socioeconómica actualizados.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>21. Acceso y continuidad de la atención: internamiento del paciente</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

- 3.10 En el caso de pacientes electivos para cirugía o cateterismo, se programa la fecha de internamiento de acuerdo a su estado de salud y a la disponibilidad de camas, teniendo también en cuenta las siguientes consideraciones:
- Gravedad y urgencia del padecimiento a tratar
  - Orden progresivo de la solicitud de internamiento
  - Situación económico-social del paciente
  - Interés científico en el caso clínico
  - Posibilidad de que el paciente sea atendido en otros centros hospitalarios
- 3.11 Los pacientes del Departamento de Urgencias y Unidad Coronaria que requieren ser hospitalizados tienen prioridad para ocupar una cama en el piso de hospitalización que corresponda.
- 3.12 El personal del Departamento de Trabajo Social y Admisión realiza una entrevista a cada paciente al establecerse la fecha del internamiento, para verificar los datos asentados en el estudio socioeconómico.
- 3.13 Si el paciente es internado para intervención quirúrgica o cateterismo, la trabajadora social debe indicar al paciente y/o familiares sobre las condiciones, horarios y número de donadores de sangre que se requieren según el caso.
- 3.14 Previo al internamiento y de acuerdo con la clasificación socioeconómica asignada, la trabajadora social debe informar al paciente sobre los trámites administrativos.
- 3.15 Si el paciente requiere de insumos de costo elevado para su tratamiento, se le indica que realice los pagos para cubrir el costo total de Estos antes del internamiento (cuando aplique).
- 3.16 El personal del Departamento de Trabajo Social y Admisión debe informar al paciente y/o a sus familiares los horarios y condiciones de visita.
- 3.17 A los pacientes que ingresen directamente al área de Urgencias y por razones inherentes a su cuadro clínico no se les pueda elaborar previamente el estudio socioeconómico correspondiente, se les asigna provisionalmente la clasificación socioeconómica 5. Posteriormente se realiza el estudio socioeconómico para corroborar la clasificación asignada provisionalmente o asignar la que arroje dicho estudio; asimismo, se recaban los siguientes documentos: comprobante de domicilio, comprobante de ingresos y copia de identificación personal.
- 3.18 El Sistema de Cuentas de Pacientes genera una cuenta individual al momento del ingreso de cada paciente, en la que se registrarán tanto los cargos de los servicios e insumos, así como el tipo de convenio o pagos realizados antes, durante la estancia y al momento del egreso.
- 3.19 El personal de Admisión debe registrar en el Sistema de Admisión, el ingreso a hospitalización de todos los pacientes.
- 3.20 La trabajadora social asignada debe conducir al paciente al área de hospitalización y entregar ahí el expediente.



C

A

A

A



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>21. Acceso y continuidad de la atención: internamiento del paciente</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

- 3.21 A su ingreso al servicio de hospitalización, dentro de las primeras 24 horas, se realiza la valoración inicial al paciente por el médico, que realiza la nota en donde quedan integrados el diagnóstico, el tratamiento y el plan a seguir, si el caso es quirúrgico se solicitan las valoraciones correspondientes para la erradicación de focos sépticos por los servicios de otorrinolaringología, dental y ginecología si corresponde. Estas valoraciones se realizan en las siguientes 24 a 48 horas después de que han sido solicitadas. Los médicos adscritos al área en que es internado el paciente tienen a su cargo elaborar y firmar la nota clínica de ingreso y en su caso, la historia clínica, según la normatividad correspondiente.
- 3.22 El médico designado debe registrar en el Sistema del Expediente Electrónico la nota clínica del paciente e imprimirla y firmarla para integrarla al expediente físico.
- 3.23 Todo paciente o familiar del paciente, tiene derecho a recibir por el médico información suficiente, clara, comprensible, veraz y oportuna, se discuten las necesidades educativas que requiere el paciente tanto para el padecimiento que motivó su ingreso al Instituto, como para la prevención de adicciones causadas por el consumo de tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente. Dichas necesidades se consignan en el expediente clínico.
- 3.24 El médico responsable se asegura que haya una comunicación efectiva en la relación médico-paciente en todos los casos, incluyendo donde haya limitaciones físicas (por ejemplo, uso de lenguaje escrito en los enfermos con dificultades para el habla, auditivas) o condiciones culturales (por ejemplo, el uso de intérpretes en los casos donde el paciente tenga un idioma diferente al del personal médico o de enfermería del Instituto).
- 3.25 Al momento de Admisión, se identifica a grupos vulnerables y a los responsables legales de los pacientes, de acuerdo a lo establecido en los manuales del Departamento de Trabajo Social y Enfermería.
- 3.26 El Instituto es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de los visitantes de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en los adultos mayores y pacientes vulnerables, por definición personas que no tengan posibilidades de cuidarse así mismas o efectuar gestos para pedir ayuda.
- 3.27 El médico adjunto informa en el horario de 12:00 p.m. a 1:00 p.m. de lunes a viernes y en caso necesario cuando se presente un cambio en la evolución del paciente, resultados imprevistos o cuando se requiera de la realización de algún procedimiento, se solicita al personal de trabajo social la localización de familiares en ese momento para proporcionar la información.
- 3.28 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large 'C' and several other marks.]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>21. Acceso y continuidad de la atención: internamiento del paciente</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>22. Acceso y continuidad de la atención: criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados críticos</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

**22. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS**

*C*  
*→*  
*C*  
*8/17*  
*7*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>22. Acceso y continuidad de la atención: criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados críticos</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

Enlistar los criterios de ingreso, egreso y alta para la atención de pacientes con una enfermedad cardíaca aguda o crónica agudizada; para la U.C. principalmente a pacientes con SICA (síndrome Isquémico Coronario Agudo), que se encuentran en una situación clínica lo suficientemente inestable como para ser ingresados en una sala de cardiología convencional (aparición de arritmias, riesgo de recurrencia de isquemia), por lo que requieren mayor vigilancia y cuidados; en relación a las unidades de cuidados intensivos postoperatorios aplica el mismo principio.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud.



## 3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. Los servicios especializados en el Instituto son las unidades de cuidados críticos que son:

- Unidad Coronaria
- Terapia Intensiva Cardiovascular
- Terapia Intensiva Cardiovascular Pediátrica

3.2. Las siguientes entidades y criterios son indicaciones de ingreso a la UC:

- Angina de reposo prolongada con cambios en el ECG (descenso del segmento ST, alteraciones de la onda T) y/o troponinas elevadas, presencia de disfunción ventricular, insuficiencia renal o la combinación de otras comorbilidades (infarto o revascularización previa, edad, diabetes mellitus, vasculopatía periférica).
- Angina recurrente (dos o más episodios de angina en las últimas 24 hs).
- Pacientes con SICA sin elevación del ST T ingresados inicialmente en la unidad coronaria por presentar criterios de alto riesgo, tras estabilización con tratamiento médico (> 24 hs sin recurrencia de isquemia).
- Los pacientes con intervencionismo coronario percutáneo (angioplastia primaria) reperfundido precozmente, sin disfunción ventricular severa ni otros criterios clínicos o anatómicos de riesgo necesita monitorización por 48 a 72 hs.
- Los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio tratados con trombólisis con criterios de reperfusión coronaria.
- Los pacientes con IAM extenso que no han recibido tratamiento trombolítico, sin complicaciones y complicados.
- IAM anterior extenso complicado con bloqueo de rama en la fase aguda. En estos pacientes hay un evidente alto riesgo de arritmias ventriculares malignas tardías (taquicardia ventricular, fibrilación ventricular).
- IAM complicado con arritmias (taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, bloqueo auriculoventricular, etc.) o angina post infarto. Al igual que en el caso anterior, estos pacientes precisan control ECG hasta su estabilización.
- IAM complicado en fase precoz con insuficiencia cardíaca o choque cardiogénico.
- Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia cardíaca aguda (edema agudo de pulmón) e insuficiencia cardíaca crónica descompensada.
- Insuficiencia Respiratoria Aguda que necesitan ventilación mecánica invasiva o no invasiva
- Insuficiencia respiratoria aguda con riesgo de requerir intubación.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>22. Acceso y continuidad de la atención: criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados críticos</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

- IAM con angina postinfarto clínicamente estables (sin recurrencia isquémica en las últimas 24 h), con anatomía coronaria ya conocida y pendientes de revascularización quirúrgica.
- Pacientes con bloqueo auriculo-ventricular avanzado o disfunción sinusal con buena tolerancia hemodinámica o estables tras la implantación de electrocatéter de estimulación temporal, pendientes de la colocación del marcapasos definitivo.
- Tratamiento de determinadas arritmias supra ventriculares (generalmente fibrilación o flutter auricular).
- Tratamiento de arritmias ventriculares.
- Estado de post reanimación.
- Otras enfermedades cardiovasculares, como crisis hipertensiva, disección aórtica, endocarditis bacteriana complicadas, tromboembolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica, hemoptisis masiva.
- Otras enfermedades no cardiovasculares como choque séptico, y sangrado de tubo digestivo con inestabilidad hemodinámica.

**Signos Vitales:**

- Pulso < 40 o > 150 latidos por minuto
- Presión arterial sistólica < 90 mmHg o 40mmHg por debajo de la presión normal del paciente
- PAM < 60 mmHg
- PA diastólica > 110 mmHg
- FR > de 35 por minuto

**Las siguientes entidades y criterios son indicaciones de ingreso a la Terapia Intensiva Cardiovascular:**

- Edad: de 18 años en adelante.
- Aquellos pacientes portadores de cardiopatías con tratamiento quirúrgico inmediato (recién operados) con cirugía correctiva o paliativa, procedentes del quirófano del Instituto y que requieran tratamiento de cuidados intensivos en la terapia intensiva.
- Pacientes programados para cirugía cardiaca con FEVI < o = a 20 que requieren tener un acondicionamiento para mejorar el estado hemodinámico.

**Las siguientes entidades y criterios son indicaciones de ingreso a la Terapia Intensiva Cardiovascular Pediátrica:**



- Edad: de 1 día de vida hasta 17 años 11 meses de edad (pediátricos).
- Cardiopatías congénitas con tratamiento quirúrgico inmediato (operados) con cirugía correctiva o paliativa y que requieran tratamiento de cuidados intensivos.
- Cardiopatías adquiridas con tratamiento quirúrgico paliativo o correctivo y que requieran tratamiento de cuidados intensivos.

**Criterios de Egreso de la U.C.**

- Los pacientes serán egresados de la Unidad de Cuidados Coronarios cuando el estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y el monitoreo y cuidados en UCC ya no son necesarios, se deriva a un servicio de menor complejidad o si sus condiciones clínicas lo permiten, se egresa a domicilio.

3.3. Las siguientes entidades son causa de egreso:

*[Handwritten signatures and initials on the right margin of the page.]*



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>22. Acceso y continuidad de la atención: criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados críticos</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

- Angina inestable, no complicada y que esté libre de dolor en las última 48 horas, y sin cambios en el ECG.
- SICA sin elevación del ST exitosamente revascularización y sin complicaciones, puede egresarse 24 hs posterior a cateterismo.
- Disección aórtica de tipo B (tras estabilización inicial).
- Endocarditis bacteriana posterior a la estabilización en espera de cirugía urgente.
- IAM con elevación del ST después de revascularización exitosa, no complicado y monitorizado en la unidad coronaria por: 48 - 72 hs.
- Taquiarritmias después de estabilización y 24 hs de vigilancia.
- Estabilización clínica y hemodinámica de la patología que ocasiona el ingreso a la UCC.
- Defunción: Se informa oportunamente a la familia y con la debida antelación el deceso, permitiendo acompañar al paciente en sus últimos momentos.

**Criterios de Traslado o Egreso de la Terapia Intensiva Cardiovascular de Adultos:**

- Estabilización hemodinámica del paciente.
  - Fin de estudio.
  - Fin de tratamiento hospitalario.
  - Egreso voluntario.
  - Traslado.
  - Defunción.
- 3.4. Para considerar el traslado o alta del paciente, la estabilidad hemodinámica SIEMPRE se debe considerar como requisito indispensable la:
- NO dependencia de vasopresores para mantener una presión arterial media igual o mayor a 60 mmHg y/o presión arterial sistémica igual o mayor a 80 mmHg.
  - No dependencia de inotrópicos para mantener un gasto cardiaco óptimo.
  - No dependencia de marcapaso transitorio para mantener una frecuencia cardiaca suficiente para mantener un gasto cardiaco óptimo.
- 3.5. En casos extraordinarios se podrá considerar el traslado si:
- El paciente haya cursado con estancia prolongada y se encuentre en franca mejoría, pudiendo requerir dosis bajas de inotrópicos betas miméticos, siempre y cuando se haya fracasado en el destete en dos o más intensos del retiro de los mismos, en este caso se deberá informar de la condición física del paciente al jefe de piso al cual se realizará el traslado y deberá establecer un plan a seguir en la nota de alta con recomendaciones de manejo.
  - En caso de que el paciente presente un bloqueo aurículo-ventricular completo y sea completamente dependiente del marcapaso transitorio se debe de escribir la leyenda de PROHIBIDO RETIRAR MARCAPASO en la hoja de indicaciones.
- 3.6. Criterios de traslado de la unidad de cuidados posquirúrgicos en cardiopatías congénitas:
- Mejoría clínica sin necesidad de cuidados intensivos posquirúrgicos en cardiopatías congénitas.
  - Evolución insidiosa y prolongada que requiere de soporte vital a largo plazo y que puede ser administrada en una unidad de cuidados intermedios en el 6° piso (Servicio de cardiología pediátrica).
  - Necesidad de aislamiento prolongado por procesos infecciosos graves o multiresistentes (unidad de manejo para pacientes con aislamiento en cardiología pediátrica-6° piso).

*Handwritten signatures and initials:*  
 C  
 J  
 M  
 S  
 76

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>22. Acceso y continuidad de la atención: criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados críticos</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

- Traslado a otra unidad hospitalaria (contra referencia) tras cumplir con manejo quirúrgico y estabilización posquirúrgica inmediata según acuerdo con la unidad de referencia.
- Defunción.

3.7. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

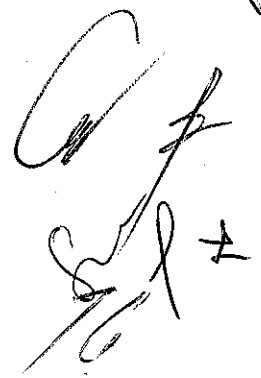


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>23. Acceso y continuidad de la atención: comunicación con el paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>



**23. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA**

G

↓





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>23. Acceso y continuidad de la atención: comunicación con el paciente y su familia</b>		Hoja: 2 de 3

## 1. PROPÓSITO

Establecer políticas generales y procesos que guían la actuación de los profesionales de salud respecto a las formas, tiempos, lugares y responsables de mantener al paciente y a su familiar debidamente informados.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno esta política es aplicable a todo el personal, pacientes, familiares y demás usuarios dentro del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. En el Instituto se protegen y respetan los derechos de los pacientes tal como se establece en las leyes, reglamentaciones y normatividad vigente para el Sector Salud.
- 3.2. El médico tratante es el responsable de informar al paciente y al familiar responsable en los horarios establecidos, el diagnóstico el tratamiento planeado, resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos, la manera en que pueden participar en las decisiones sobre la atención de su paciente; así como cuando existan cambios importantes en el estado clínico del paciente.
- 3.3. El personal médico es el responsable de recabar el consentimiento informado al ingreso del paciente una vez que le ha explicado la indicación para la admisión del paciente conforme al procedimiento establecido para tal fin.
- 3.4. El paciente y su familia tienen derecho a participar en todos los aspectos de su atención, incluyendo el plan de atención, el tratamiento, y que se le notifique rápidamente al familiar responsable de cualquier cambio clínicamente importante en el estado de salud del paciente.
- 3.5. El médico responsable del paciente se asegura que exista una comunicación efectiva entre el paciente y equipo de salud durante todo el proceso de atención, en especial cuando existan limitaciones como: cognitivas, visuales, auditivas, lingüísticas o culturales.
- 3.6. Siempre que sea necesario, la trabajadora social debe localizar a los familiares del paciente a solicitud del médico o personal de enfermería para que el clínico responsable notifique acerca de los eventos que afecten al paciente, resultados imprevistos o cuando se requiera de la realización de algún procedimiento; así como hacerlos partícipes de las decisiones que ellos deben tomar en cuanto a la atención de sus pacientes.

### Barreras para el acceso y la prestación de servicios

- 3.7. Acorde a la población que se atiende en el Instituto las barreras más comunes para el acceso y prestación de los servicios son: limitaciones físicas, cognitivas, nivel de alfabetización y el idioma. Para ello se han establecido acciones preventivas con el propósito de minimizar en lo posible el impacto de las mismas en la calidad de la atención.
- 3.8. En relación a las barreras físicas, se han colocado rampas, barandales, barras de seguridad en los sanitarios, espacios especiales para los pacientes que utilizan silla de ruedas en las salas de espera de consulta y se facilita su desplazamiento.

C  
M  
A  
P  
94

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>23. Acceso y continuidad de la atención: comunicación con el paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>



- 3.9. Cuando el paciente habla algún dialecto o idioma diferente al español, el personal médico o de enfermería solicita la presencia de algún familiar que pueda fungir como traductor entre el personal de salud y el paciente durante el proceso de atención.
- 3.10. Cuando no se cuente con un familiar que pueda fungir como traductor, el personal médico o de enfermería se comunica con la trabajadora social para que gestione el apoyo necesario ante las instancias correspondientes, INALI, embajadas.
- 3.11. Ante la presencia de pacientes con barreras cognitivas o bajos niveles de alfabetización el personal de salud debe adecuar el lenguaje a manera que el paciente y la familia comprenda la información que le está proporcionando y establecer un mecanismo de evaluación de la comprensión de la información proporcionada, por ejemplo, solicitar que devuelva la información o realizar preguntas dirigidas.
- 3.12. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA


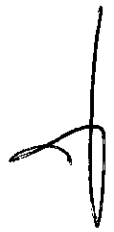

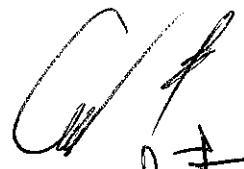

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>24. Acceso y continuidad de la atención: transferencia de la información durante las transiciones de la atención médica (SAER)</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**24. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN DURANTE LAS TRANSICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA (SAER)**

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>24. Acceso y continuidad de la atención: transferencia de la información durante las transiciones de la atención médica (SAER)</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO





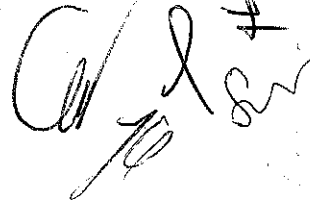
Establecer un mecanismo estructurado de comunicación entre los profesionales de salud, que permita asegurar una adecuada trasmisión de información del paciente durante su transferencia a otro servicio y/o área, turno o cambios de guardia.



## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Todo profesional de la salud que tiene relación directa con el paciente debe realizar y documentar la información y datos que garanticen la continuidad de la atención (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), siguiendo un mecanismo estructurado conforme a la herramienta SAER.
- 3.2. Las notas de cambios de turno, traslado o egreso, deben elaborarse de manera estandarizada y sistemática conforme a la normatividad vigente y además contener los siguientes elementos: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (SAER).
- 3.3. El personal de trabajo social realiza el proceso de entrega de guardia y/o turno, asegurando la continuidad de la atención mediante la aplicación de la herramienta SAER, especificando: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes, es documentado en la libreta de entrega SAER.
- 3.4. El personal de enfermería lleva a cabo la transferencia del cuidado de pacientes a través de la comunicación verbal y escrita (registros de atención de enfermería) aplicando la herramienta SAER que incluye: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes; durante la entrega de turno y/o guardia y en el cambio de área o servicio.
- 3.5. El personal médico realiza el proceso de continuidad de la atención y transferencia durante el cambio de guardia y/o de turno, y al cambio de área y/o servicio de manera verbal y escrita (censo de pacientes) aplicando la herramienta SAER que incluye: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes.
- 3.6. Cuando por situaciones administrativas y/o personales el médico responsable del paciente transfiera la responsabilidad de la atención a un colega, debe quedar documentado en la nota de evolución del expediente clínico especificando al menos situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes. Ambos profesionales deben firmar al calce.
- 3.7. El Instituto es responsable de garantizar que los datos del paciente se manejen con estricta confidencialidad y no se difundan sin previa autorización como lo marca la normatividad vigente.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>24. Acceso y continuidad de la atención: transferencia de la información durante las transiciones de la atención médica (SAER)</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>

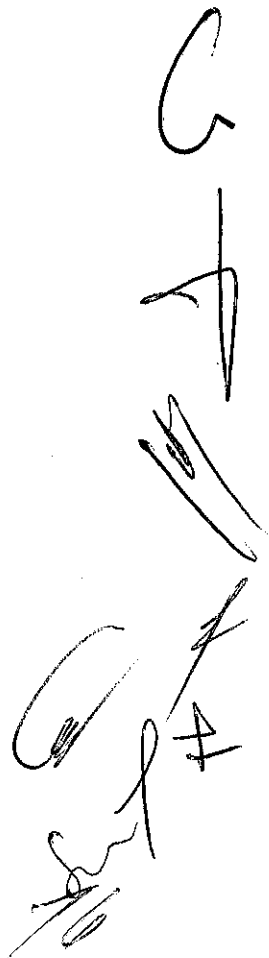
3.8. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>25. Acceso y continuidad de la atención: solicitud de interconsultas</b>		<b>Hoja 1 de 3</b>

**25. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: SOLICITUD DE INTERCONSULTAS.**

*C*  
*↓*  
*C*  
*↓*  
*Ch*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>25. Acceso y continuidad de la atención: solicitud de interconsultas</b>		<b>Hoja 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos y mecanismos para otorgar y regular las interconsultas de distintas especialidades médicas que apoyan el tratamiento de los pacientes con padecimientos cardiovasculares hospitalizados.

## 2. ALCANCE




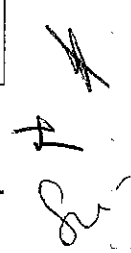
2.1 A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las consultas de especialidades no cardiológicas sólo son de apoyo para las especialidades médicas básicas; y se otorgan a solicitud del médico adjunto con la justificación correspondiente.
- 3.2 En caso de que se requiera una interconsulta en otra unidad, por no contar con dicho servicio en el Instituto, es responsabilidad del médico residente acompañar y vigilar al paciente durante el traslado del mismo.
- 3.3 En caso de que no se pueda efectuar el traslado por las condiciones clínicas del paciente, se solicita una interconsulta interinstitucional / interhospitalaria a la cama del paciente.
- 3.4 Son los médicos adjuntos de los pisos de hospitalización, los autorizados para solicitar interconsultas, requisitando el formato correspondiente y especificando el motivo de la solicitud.
- 3.5 Por cada interconsulta, el médico debe elaborar y firmar la nota clínica correspondiente, de acuerdo a la normatividad vigente, para ser incluida en el expediente clínico del paciente.
- 3.6 Durante la consulta de primera vez se le asigna al paciente un médico responsable para su atención y seguimiento a través de la consulta externa.
- 3.7 La asignación del médico responsable para la atención hospitalaria del paciente, se realiza por rol y en la hoja frontal del expediente se consigna el nombre del médico responsable, quien es el responsable de otorgar la atención y seguimiento durante la hospitalización; así mismo coordina la comunicación con el paciente, familiares y equipo de salud.
- 3.8 El médico responsable de cada paciente es un médico especialista y es el único que puede determinar y autorizar el alta basándose en su estado de salud y en las necesidades de atención y servicios que requiere para la continuidad de tratamiento.
- 3.9 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

## 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>25. Acceso y continuidad de la atención: solicitud de interconsultas</b>		<b>Hoja 3 de 3</b>

**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large 'C' at the top, a signature below it, and several other initials and marks at the bottom right.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>26. Acceso y continuidad de la atención: alta de pacientes</b>		<b>Hoja 1 de 4</b>

**26. ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ALTA DE PACIENTES.**

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large 'G' at the top and several other illegible marks below it.]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>26. Acceso y continuidad de la atención: alta de pacientes</b>		Hoja 2 de 4

## 1. PROPÓSITO

Establecer criterios estandarizados que guíen el alta de los pacientes hospitalizados.

## 2. ALCANCE




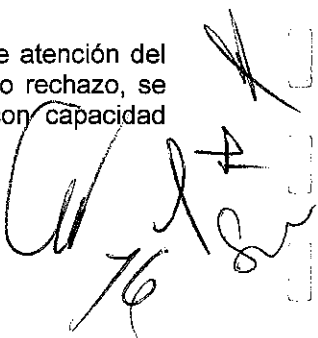
2.1 A nivel interno la política es aplicable a todo el personal de salud.



## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El egreso del paciente se clasifica conforme a la normatividad vigente en materia de información en salud.
- 3.2 El médico responsable de cada paciente es un médico especialista y es el único que puede determinar y autorizar el alta, basándose en su estado de salud y en las necesidades de atención y servicios que requiere para la continuidad de tratamiento.
- 3.3 En el Instituto no se permiten los "permisos de salida" de los pacientes; si por alguna situación el paciente requiere salir, se realiza el procedimiento de alta.
- 3.4 La Nota de Egreso de todos los pacientes debe cumplir con la normatividad vigente y contener como mínimo en el plan de alta: datos de identificación del paciente, motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados, medicación durante el proceso de atención y al egreso, estado clínico al momento de alta e instrucciones de seguimiento respecto a la dieta, la actividad física, consultas próximas y datos de alarma que debe identificar para acudir a urgencias, prevención de infecciones, así como, cuidados de heridas quirúrgicas en caso necesario.
- 3.5 El médico y la enfermera responsables del paciente deben identificar lo antes posible al paciente que requiera de una planificación de alta temprana, misma que debe instrumentarse incluyendo a la familia según convenga al paciente y a sus necesidades.
- 3.6 Los enfermos no cardiopatas, a los que el Instituto no pueda ofrecerles la terapéutica o el tratamiento requerido, deben ser estabilizados y posteriormente ser referidos a otra institución con capacidad resolutive de su patología.
- 3.7 El médico residente es el responsable de elaborar el resumen del alta donde se deben registrar los aspectos relevantes descritos en la nota de egreso, este resumen debe ser validado por el médico especialista; se entrega original al paciente y/o familiar y se anexa una copia al expediente clínico.




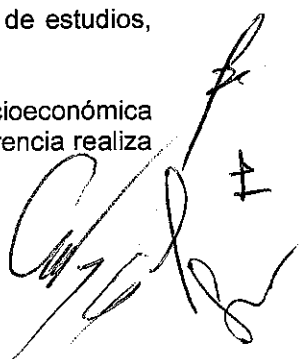
## REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



- 3.8 Traslado de pacientes para continuar su atención en otro establecimiento.
- 3.9 Cuando por razones de urgencia se atiende a un paciente y las necesidades de atención del paciente no coincidan con los recursos del instituto, acorde a la política de cero rechazo, se debe estabilizar al paciente y posteriormente ser referido a otra institución con capacidad resolutive de su patología de base.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>26. Acceso y continuidad de la atención: alta de pacientes</b>		<b>Hoja 3 de 4</b>

- 3.10 Otros criterios para el traslado de un paciente son: evacuación por desastre, cuando se rebase la capacidad resolutoria del Instituto.
- 3.11 Cuando derivado de la valoración y evolución del paciente el médico responsable determina que requiere ser tratado en otra institución, el médico establece el contacto telefónico o por vía electrónica, con la institución a donde se pretende enviar al paciente, presenta el caso y toma nota de los requisitos especiales para la realización del procedimiento.
- 3.12 En cualquiera de los casos anteriores, el médico residente elabora un resumen clínico acorde a la normatividad vigente, especificando además: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (SAER) incluyendo el nombre del médico que acepta el traslado.
- 3.13 El médico responsable del paciente firma el resumen clínico, informa al paciente y/o familiares el motivo de traslado, alternativas de atención y equipo de ambulancia que se requiera, para que de manera conjunta con el personal de trabajo social y enfermería coordinen el proceso administrativo para efectuar el traslado seguro.
- 3.14 El familiar, titular o responsable legal del enfermo, es quien se responsabiliza del medio de transporte mediante el cual se efectúa el traslado; esto de acuerdo a las condiciones de salud del enfermo, tomando en cuenta las recomendaciones del médico tratante; ya que en el Instituto no contamos con ambulancia.
- 3.15 Una vez confirmada la aceptación del paciente por la institución receptora, el médico responsable del paciente en el instituto, entrega el paciente al personal paramédico o médico si se trata de una ambulancia de terapia intensiva acorde al proceso de transferencia de la información SAER, el resumen médico; así como, la hoja de referencia en la cual firman ambos.
- 3.16 El médico residente anexa la hoja de referencia al expediente clínico del paciente.
- 3.17 El Departamento de Trabajo Social y Admisión, es el responsable de contar con un directorio actualizado de instituciones del sector salud, así como un listado de servicios de ambulancia, que sirve de base para todos los trámites de referencia y contra-referencia que realice el Instituto.
- 3.18 El médico tratante informa a los familiares y a Trabajo Social de la necesidad de referir al paciente a otra institución, para continuar su atención médica.
- 3.19 Todo paciente que requiere ser trasladado por falta de espacio físico o porque requiere otro tipo de atención, de la cual no se cuenta en Instituto, tiene que estar estable hemodinámicamente y el médico tiene que asegurarse que se encuentre en condiciones de ser trasladado, de lo contrario el paciente permanece en un consultorio de urgencias el tiempo que sea necesario.
- 3.20 El enfermo que sea referido a otra institución para su tratamiento y/o realización de estudios, invariablemente debe ser acompañado por su familiar, tutor o responsable legal.
- 3.21 La Institución a la cual sea referido el enfermo debe respetar la clasificación socioeconómica asignada por el Instituto; si por urgencia del caso no la tiene, la institución de referencia realiza la asignación respectiva.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>26. Acceso y continuidad de la atención: alta de pacientes</b>		Hoja 4 de 4

## TRASLADO DE PACIENTES PARA ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN OTRO ESTABLECIMIENTO.


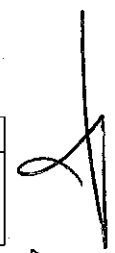

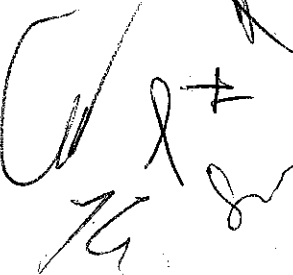
- 3.22 Cuando derivado de la valoración y evolución del paciente el médico responsable determina que requiere que se le realice alguna intervención terapéutica o estudio especializado con el que no se cuenta o no se realiza en el instituto, el médico establece el contacto telefónico o por vía electrónica, con la institución a la cual se pretende enviar al paciente, presenta el caso y toma nota de los requisitos especiales para la realización del procedimiento.
- 3.23 El médico informa al paciente y a la familia de la necesidad de trasladar temporalmente al paciente para que se realice el procedimiento, así como de los riesgos, alternativas y posibles complicaciones y si corresponde solicita el consentimiento informado; equipo de ambulancia que se requiere, para que de manera conjunta con el personal de trabajo social coordinen el proceso administrativo para efectuar el traslado seguro.
- 3.24 Una vez que el paciente o la familia aceptaron que se traslade al paciente con la finalidad de que se realice el estudio o intervención propuesta, el personal de trabajo social los orienta respecto a los requisitos a cubrir con la institución que realiza el procedimiento.
- 3.25 El médico residente es el responsable de elaborar el resumen clínico donde se registran los aspectos relevantes de la atención médica del paciente, acorde a la normatividad vigente, especificando además: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (SAER).
- 3.26 El médico residente es el responsable de acompañar y vigilar al paciente durante el traslado del mismo, entrega al paciente al personal médico de la institución receptora conforme al procedimiento de comunicación efectiva SAER, la situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes; así como el resumen clínico y la hoja de referencia la cual firman ambos.
- 3.27 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	MANUAL DE POLÍTICAS		Rev. 1
	27. Derechos del paciente y su familia		Hoja: 1 de 6

**27. DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA**

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>27. Derechos del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1. PROPÓSITO

Promover el cumplimiento de los derechos y obligaciones del paciente y su familia dentro del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

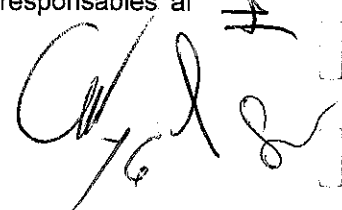
## 2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: la política es aplicable a todo el personal del Instituto.
- 2.2 A nivel externo: las políticas son aplicables al personal de servicios subrogados que tiene atención directa con el paciente.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

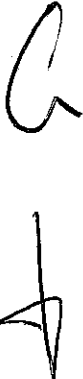

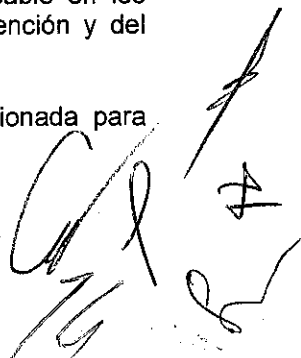
### DERECHOS DE LOS PACIENTES



- 3.1. En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez se protegen y respetan los derechos de los pacientes tal como lo establece la normatividad vigente aplicable, como son:
  - 1) Recibir atención médica adecuada;
  - 2) Recibir trato digno y respetuoso;
  - 3) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz;
  - 4) Decidir libremente sobre su atención;
  - 5) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado;
  - 6) Ser tratado con confidencialidad;
  - 7) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
  - 8) Recibir atención médica en caso de urgencias;
  - 9) Contar con un expediente clínico; y por último
  - 10) Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.
- 3.2. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud informar a los pacientes y/o acompañantes sobre sus derechos y obligaciones; acorde al área de competencia; así como de cumplirlos y hacerlos cumplir.
- 3.3. Es responsabilidad del personal médico, de enfermería y trabajo social identificar y documentar como parte del reconocimiento inicial, los valores, costumbres y creencias de los pacientes con la finalidad de planear una atención integral e identificar los factores que podrían impactar en el proceso de atención.
- 3.4. El personal del Instituto respeta la privacidad del paciente durante todo el proceso de atención, y su derecho a no ser fotografiado, grabado, ni participar en entrevistas o investigaciones, si no lo desea.
- 3.5. Es responsabilidad del personal del Instituto apegarse al procedimiento para el resguardo de objetos personales y de valor del paciente, descrito en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Admisión.
- 3.6. El Instituto cuenta con procedimientos que respaldan el resguardo de cualquier pertenencia que porte el paciente que es hospitalizado y no cuenta con familiares y/o responsables al momento de su ingreso:









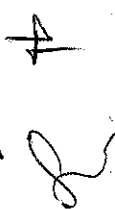


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>27. Derechos del paciente y su familia</b>		Hoja: 3 de 6

- Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo social y Admisión: Procedimiento para el resguardo de objetos personales y de valor del paciente.
  - Manual General de Procedimientos Técnicos de Enfermería: Resguardo de objetos personales del paciente hospitalizado.
- 3.7. Cualquier conducta indebida del personal del Instituto relacionada con maltrato o agresión a los pacientes y/o sus acompañantes, será atendida y corregida, en su caso, por el titular de dicha área o el jefe inmediato, quienes siempre en apego a los procedimientos y normatividad vigente, tomarán las acciones que permitan subsanar la problemática presentada.
  - 3.8. El personal de vigilancia realiza rondines de seguridad cada 2 horas por las distintas áreas del instituto con el fin de identificar riesgos que vulneren la seguridad.
  - 3.9. La Coordinación de Seguridad y Servicios es la responsable de mantener una estrecha monitorización del circuito cerrado de vigilancia, a fin de identificar y responder de manera oportuna ante alguna eventualidad que vulnere la seguridad del Instituto.
  - 3.10. Es responsabilidad del personal del Instituto apearse al Procedimiento para la atención de situaciones de violencia, código violeta del Manual de Procedimientos de Seguridad y Servicios.
  - 3.11. En el Instituto se debe priorizar la atención de todo paciente vulnerable. Se considera paciente vulnerable a: adultos mayores que requieren el uso de dispositivos para su movilidad, pacientes dependientes de oxígeno, mujeres embarazadas y pacientes con retraso psicomotriz importante.
  - 3.12. En el Instituto se promueven las medidas necesarias para evitar que los pacientes con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial sean víctimas de descuido o trato negligente.
  - 3.13. Todos los documentos y archivos que contengan datos personales, son considerados como información confidencial; su administración y resguardo estarán a cargo del médico, enfermera o funcionario público, que en cumplimiento de sus responsabilidades, los integre, reciba, obtiene o transforma; conforme lo establece la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
  - 3.14. En el Instituto se asegura que todo paciente que ingresa sea informado sobre el manejo y uso de la información a través de la firma del aviso de privacidad simplificado.
  - 3.15. El paciente y su familia tienen derecho a participar en todos los aspectos de su atención, incluyendo el plan de atención, el tratamiento, y que se le notifique oportunamente al familiar responsable de cualquier cambio clínicamente importante en el estado de salud del paciente.
  - 3.16. El médico tratante es el encargado de informar al paciente y familiar responsable en los horarios establecidos; el diagnóstico, tratamiento planeado, resultados de la atención y del tratamiento; así como de los cambios en el estado clínico del paciente.
  - 3.17. Por solicitud del médico o Jefe de Enfermería, la trabajadora social es comisionada para localizar a los familiares del paciente.



  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>27. Derechos del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 4 de 6</b>

- 3.18. El personal médico debe respetar el derecho de los pacientes y sus familiares para negarse a recibir una parte o la totalidad del tratamiento, después de explicarles las posibles consecuencias de su decisión, por lo que el paciente o el familiar será responsable por los posibles resultados adversos en su salud, incluyendo una lesión grave y permanente o la muerte. En el expediente clínico (nota de evolución y consentimiento informado) debe quedar registrada la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento; así como la firma del paciente y/o responsable legal.
- 3.19. El Instituto se apeg a lo establecido por el artículo 345 de la Ley General de Salud y a solicitud del interesado, respecto a su derecho a expresar su voluntad anticipada y/o renuncia a maniobras innecesarias para prolongar su vida.
- 3.20. Todo paciente que refiera dolor debe ser valorado con apego al procedimiento del manejo del dolor.
- 3.21. Los pacientes en situación de terminalidad deben recibir atención respetuosa y compasiva del personal del Instituto, asegurando su comodidad y dignidad, tomando en cuenta los síntomas primarios y secundarios (disnea, dolor, entre otros), la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, espiritualidad y culturales del paciente y su familia. En estricto apego al proceso de atención de pacientes en etapa de terminalidad.
- 3.22. Se debe proporcionar atención multidisciplinaria (médica, de enfermería, psicológica y tanatológica) al paciente en agonía y a su familia.
- 3.23. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida.
- 3.24. El Instituto dispone de un Sistema Unificado de Gestión que le permite establecer un canal de comunicación eficiente y eficaz con la población usuaria, incrementando con transparencia la capacidad resolutoria respecto a las solicitudes de atención de los usuarios; en apego al procedimiento para el uso de la herramienta del Sistema Unificado de Gestión.
- 3.25. En el Instituto se cuenta con un Órgano Interno de Control, responsable de atender las quejas, denuncias e inconformidades que se presenten contra servidores públicos.
- 3.26. Todo el personal del Instituto, sin distinción, debe cumplir cabalmente y sin omisiones las obligaciones derivadas de su nombramiento o contrato, apegándose estrictamente a las normas y códigos de ética, de conducta y de calidad del Instituto.
- 3.27. Es deber de todo el personal del Instituto el cuidado y la atención de los pacientes que acuden a solicitar los servicios y poner a su disposición todos sus conocimientos, educación y disciplina para ofrecerles la mejor atención.
- 3.28. Todo el personal de Instituto Nacional de Cardiología debe ser capacitado al ingreso durante el Curso de Inducción al Instituto, sobre los derechos de los pacientes y de su familia con la finalidad de que todo el personal promueva, proteja, respete y haga valer su cumplimiento, durante todo el proceso de atención.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>27. Derechos del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 5 de 6</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 3.29. Es responsabilidad del personal de salud apegarse al proceso para la solicitud del consentimiento informado donde el profesional otorga información suficiente, veraz y previa a la realización de los procedimientos que requieren de este consentimiento.
- 3.30. El Instituto cuenta con el catálogo de procedimientos que requieren del consentimiento informado; el cual se actualiza de manera periódica por el Subcomité del Expediente Clínico formando parte del expediente clínico electrónico; además de encontrarse disponible en la página de intranet del Instituto.
- 3.31. El médico tratante, está autorizado para proceder con la atención del enfermo que no pueda comprometerse con su propio tratamiento por estar impedido, y/o por no contar con un familiar responsable; previa requisición de consentimiento informado y con el nombre completo y la firma de dos testigos del área de la salud.

## INVESTIGACIÓN



- 3.32. Se debe recabar el consentimiento informado en todo paciente que participe en protocolos de investigación. El Instituto debe contar con consentimiento deliberado, por escrito y ante dos testigos, del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal, en caso de incapacidad de aquel. En ausencia de padre, madre o tutor, no se permitirá la investigación en menores de edad. Si el participante es menor de edad, y si se encuentra en el grupo mayor a 6 años o menor a 18 años, debe firmar un consentimiento el padre, madre o representante legal.
- 3.33. A todo el paciente que participe en un estudio o protocolo de Investigación, previo a su inclusión, el médico investigador debe informarle sobre las ventajas, los beneficios esperados, los posibles riesgos, las molestias y/o complicaciones y las alternativas o procedimientos que debe seguir, así como, del derecho a rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, notificándole que su negativa o abandono no compromete su acceso a la atención en el Instituto.
- 3.34. En cumplimiento a la normatividad vigente aplicable, el Instituto cuenta con el comité de Ética en Investigación, el cual es responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético procedentes, analizando los riesgos y los beneficios de la investigación, revisando la carta del consentimiento informado del sujeto que será objeto de la investigación, entre otros elementos, con el objeto de garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación, así como dar seguimiento a dichas recomendaciones.

Asimismo, elabora los lineamientos y guías éticas para la realización de investigaciones en seres humanos del instituto.

## DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- 3.35. El personal del Instituto se debe apegar al "Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Interno de Trasplantes" al llevar a cabo el proceso de procuración, donación y trasplante de órganos.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>27. Derechos del paciente y su familia</b>		Hoja: 6 de 6

3.36. Es responsabilidad del Comité Interno de Trasplantes del Instituto:

- I. Verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establece la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de trasplantes;
- II. Verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo al principio de ética médica;
- III. Efectuar la selección de donante y receptor para trasplante;
- IV. Proporcionar la información necesaria en relación al procedimiento terapéutico a los receptores, donantes y familiares;
- V. Promover la actualización del personal que participe en la realización de trasplantes.

3.37. Es responsabilidad del personal del banco de sangre promover el cumplimiento de donación del (los) componente(s) sanguíneo(s) asignado(s), enfatizando que el Instituto aceptará exclusivamente donadores voluntarios, altruistas, que sean familiares o amistades de los enfermos que se atienden, de acuerdo a las políticas y normas institucionales.




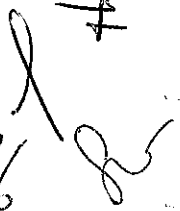
3.38. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>28. Evaluación de pacientes</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

## 28. EVALUACIÓN DE PACIENTES

*[Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including a large 'C' and several illegible signatures.]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>28. Evaluación de pacientes</b>		<b>Hoja: 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

Guiar la valoración inicial del paciente para identificar las necesidades y factores de riesgo específicos que permitan individualizar el plan de atención.



## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno es aplicable al equipo multidisciplinar (médicos, enfermería, trabajo social, dietética y nutrición, etc.) del Instituto Nacional de Cardiología.

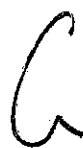





## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1. El equipo multidisciplinar competente del Instituto es responsable de integrar en el expediente clínico, la información obtenida mediante la evaluación inicial; así como de la planeación del alta temprana y de cada uno de los procesos de atención, en estricto apego a la normatividad vigente.
- 3.2. Todos los pacientes que ingresan a hospitalización deben ser evaluados de manera integral dentro de las primeras 24 horas.
- 3.3. Es responsabilidad del médico, evaluar de forma integral a todos los pacientes que ingresen a hospitalización, durante las primeras 24 horas del internamiento. Dicha evaluación debe incluir los siguientes elementos: Historia Clínica; evaluación del dolor; evaluación cultural (valores, costumbres y creencias, que puedan interferir en el tratamiento médico); tamizaje psicológico (desorganización conceptual, antecedentes psiquiátricos, ánimo depresivo o ansioso moderado o grave e ideación suicida recurrente); tamizaje nutricional; criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales; y criterios en pacientes que requieren una planeación temprana del alta.
- 3.4. El tamizaje de riesgo nutricional se establece a partir de los siguientes criterios: pérdida de peso en los últimos 3 meses, reducción en la ingesta de la dieta en la última semana y/o patologías del paciente que lo predisponen a un estado hipercatabólico.
- 3.5. La historia clínica se considera como un criterio para la evaluación al apego terapéutico, a partir de la evaluación de los valores, costumbres y creencias que pueden interferir en el cumplimiento; por lo que debe realizarse a todos los pacientes a su ingreso y al reingreso.
- 3.6. El profesional de enfermería es responsable de realizar la evaluación inicial dentro de las primeras 24 horas a los pacientes que ingresen a hospitalización, incluyendo: Valoración de Enfermería; evaluación del riesgo de caídas; evaluación cultural (valores, costumbres y creencias); necesidades específicas de educación; y barreras para el aprendizaje.
- 3.7. Trabajo Social es responsable de realizar la evaluación inicial de los pacientes dentro de las primeras 24 horas del internamiento, en lo referente a: factores de riesgo social; evaluación cultural (valores, costumbres y creencias) a partir de los siguientes criterios; datos socio demográficos, creencias y valores, identificación de paciente vulnerable, estructura familiar, dinámica familiar, redes sociales de apoyo, situación socioeconómica del paciente y su familia, diagnóstico médico y pronóstico social.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and several sets of initials.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>28. Evaluación de pacientes</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

- 3.8. El profesional de Dietética y Nutrición es responsable de realizar la evaluación nutricional del paciente dentro de las primeras 24 horas del internamiento. Si identifica riesgo nutricional en el paciente, realiza una valoración nutricional exhaustiva.
- 3.9. En pacientes ambulatorios que acuden a los servicios de Rehabilitación y Hemodiálisis, es responsabilidad del equipo multidisciplinar realizar la evaluación inicial y cuando se considere necesario, además de la Historia Clínica, se debe realizar la evaluación de enfermería, evaluación del dolor y evaluación del riesgo de caída.
- 3.10. El médico es responsable de detonar la interconsulta por vía electrónica, si como resultado de la valoración inicial es necesario solicitar evaluación especializada adicional.
- 3.11. Los pacientes que debido a su estado de salud así lo requieran, se encuentran exentos de la valoración inicial completa y es responsabilidad del equipo multidisciplinar concluir la valoración inicial dentro de las primeras 24 horas.
- 3.12. El jefe médico del servicio o el médico adscrito, son los responsables de verificar que la evaluación inicial se realice dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente.
- 3.13. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario realizar evaluación inicial personalizada a aquellos pacientes que por situaciones especiales requieran un manejo específico, como por ejemplo: pacientes pediátricos, mujeres embarazadas y pacientes con capacidades diferentes.
- 3.14. La evaluación especializada se debe realizar a aquellos pacientes susceptibles de presentar endocarditis bacteriana: congénitos con cortocircuito de derecha a izquierda con hiperflujo pulmonar y pacientes valvulares; mediante interconsulta a dental.
- 3.15. Las revaloraciones se realizan diariamente por el médico, a intervalos de acuerdo a las necesidades y al plan de atención del paciente.
- 3.16. La revaloración del riesgo de caída se realiza por el personal de enfermería, de acuerdo a lo establecido en el proceso de valoración y revaloración del riesgo de caída.
- 3.17. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario, realizar el proceso para la referencia y contra referencia, o interconsulta interinstitucional – intrahospitalaria a pie de cama; en aquellos pacientes que requieran interconsulta a otra unidad, toda vez que no se cuente con dicho servicio dentro del instituto.
- 3.18. El equipo multidisciplinario es responsable de asegurar una comunicación efectiva con el equipo de salud, el paciente y su familia, durante todo el proceso de atención, en especial cuando existan limitaciones tales como: cognitivas, visuales, auditivas, lingüísticas o culturales.
- 3.19. El personal de salud es responsable de identificar a partir de la valoración inicial, las necesidades específicas de cada paciente para planificar de manera temprana el alta en pacientes en los que se realicen procedimientos como: diálisis peritoneal, implante de marcapaso, procedimientos intervencionistas terapéuticos o diagnósticos, a manera de asegurar la continuidad de los cuidados fuera del Instituto.
- 3.20. El personal de salud es responsable de identificar y establecer a partir de la valoración inicial, una planeación temprana del alta en aquellos pacientes que al egreso hospitalario requieran del uso de dispositivos biomédicos que no hayan utilizado con anterioridad, específicamente

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>28. Evaluación de pacientes</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>

oxígeno suplementario, traqueostomía, gastrostomía y/o sonda urinaria; necesiten atención de personal profesional o sean trasladados a otras instituciones de salud; a manera de asegurar la continuidad de los cuidados fuera del Instituto.




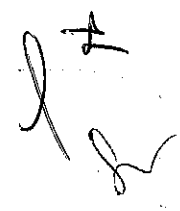
- 3.21. Los pacientes que durante la valoración inicial no presenten criterios para planear el alta temprana y que durante su estancia hospitalaria modifiquen su estado clínico, deben ser reevaluados de manera mediata en el momento en que el pronóstico para el manejo en casa o la capacidad resolutive en el Instituto se modifique.
- 3.22. El equipo multidisciplinario de salud es responsable de planificar, ejecutar y documentar en el expediente clínico, el alta temprana, valorando su estado de salud y de acuerdo a los criterios establecidos por la institución.
- 3.23. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>29. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

**29. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

*C.*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>29. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>		Hoja: 2 de 5

## 1. PROPÓSITO


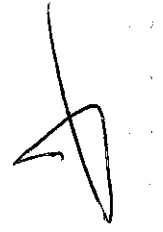
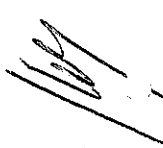
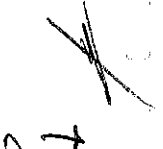
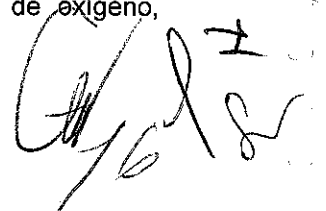
Garantizar que los servicios auxiliares de diagnóstico proporcionen información relevante para la atención integral del paciente, generando resultados precisos, veraces y oportunos para su atención y seguimiento médico integral.

## 2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno, las políticas son aplicables a todo el personal de salud que participa en los procesos de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- 2.2 A nivel externo, las políticas son aplicables a los prestadores de servicios subrogados.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deben cumplir con la normatividad vigente aplicable; además de contar con profesionales de la salud con las competencias necesarias para garantizar la calidad de la atención que se proporciona.
- 3.2. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deben tener capacidad de respuesta las 24 horas, los 365 días del año.
- 3.3. En los servicios auxiliares de diagnóstico es responsabilidad de cada jefe de servicio implementar y actualizar el programa de control de calidad interno y externo.
- 3.4. Los jefes de los servicios de laboratorio y radiología e imagen en coordinación con la persona responsable de seguridad radiológica y la de manejo de RPBI; deben integrar e implementar un programa de seguridad y prevención con base en el análisis de riesgos y problemas identificados, considerando los siguientes procesos:
  - a) Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
  - b) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuado para las prácticas y los peligros identificados.
  - c) Capacitación del personal en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad, nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos.
- 3.5. El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento debe proteger y respetar los derechos de los pacientes tal como lo establece la normatividad vigente aplicable, como son: recibir atención médica adecuada; recibir trato digno y respetuoso; recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; decidir libremente sobre su atención; otorgar o no su consentimiento válidamente informado; ser tratado con confidencialidad; contar con facilidades para obtener una segunda opinión; recibir atención médica en caso de urgencias; contar con un expediente clínico y por último ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.
- 3.6. El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, debe priorizar la atención de todo paciente vulnerable. Se considera paciente vulnerable a: adultos mayores que requieren el uso de dispositivos para su movilidad, pacientes dependientes de oxígeno, mujeres embarazadas y pacientes con retraso psicomotriz importante.





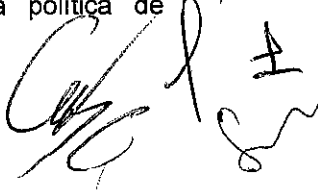




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>29. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

- 3.7. El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento debe fomentar el trato digno a todos sus clientes externos (pacientes) e internos (médicos, enfermeras).
- 3.8. El personal debe brindar una atención personalizada con calidez y calidad a los pacientes; así como, proporcionar información completa en términos comprensibles sobre los procedimientos a los que se va a someter al paciente; los requisitos para su realización y tiempos aproximados de espera. Asimismo, debe respetar la personalidad, dignidad e intimidad de todos los pacientes.
- 3.9. Es responsabilidad del médico elaborar y, firmar las solicitudes acorde a la normatividad vigente, y debe incluir como mínimo: nombre completo, registro, fecha de nacimiento y tipo de examen requerido.
- 3.10. El personal asignado al área de recepción de los servicios auxiliares de diagnóstico, debe verificar que el paciente cumpla con los requisitos necesarios para la toma de muestras y/o estudios solicitados por el servicio correspondiente.
- 3.11. Es responsabilidad del personal adscrito a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento portar el equipo de protección personal de manera correcta y completa acorde a las actividades asignadas.
- 3.12. El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que solicita su atención y antes de realizar cada procedimiento con los siguientes 2 identificadores:
- a) Nombre completo;
  - b) Fecha de nacimiento (día, mes y año).


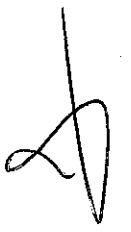

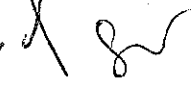
De manera adicional en los servicios que de acuerdo a las necesidades operativas lo requieran, se utiliza el número de registro.



- 3.13. El personal del Instituto debe apegarse al proceso de higiene de manos, en los cinco momentos:
1. Antes del contacto con el paciente;
  2. Antes de realizar un procedimiento aséptico;
  3. Después de una exposición a fluidos corporales;
  4. Después del contacto con el paciente;
  5. Después del contacto con el entorno del paciente.
- 3.14. El personal del Instituto que interviene en la atención directa del paciente debe aplicar las precauciones estándar para disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, familiares, estudiantes y personal de salud.
- 3.15. El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico debe garantizar la seguridad del paciente durante su proceso de atención, aplicando las medidas de seguridad necesarias para la prevención, acorde al proceso de valoración, revaloración y prevención del riesgo de caídas.
- 3.16. El personal adscrito a los servicios auxiliares de diagnóstico debe informar de manera verbal o telefónica, cuando los resultados de gabinete o laboratorio arrojen un valor o resultado crítico, mediante el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, en apego a la política de

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>29. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>		<b>de</b>

- comunicación efectiva; así como, asegurar que se integren los resultados oficiales impresos en el expediente clínico.
- 3.17. Es responsabilidad de los profesionales de la salud reportar las cuasifallas, los eventos adversos y centinela a la Unidad de Calidad.
  - 3.18. Los resultados de los estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se documentan en el expediente clínico e incluyen: el nombre completo, fecha de nacimiento y número de registro del paciente; cuando se obtiene un resultado con un valor crítico acorde a lo establecido en el Instituto, se informan vía telefónica de manera verbal utilizando el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar; en apego a las políticas institucionales de identificación correcta del paciente y comunicación efectiva, con el objeto de reducir la probabilidad de eventos adversos.
  - 3.19. Para garantizar los resultados proporcionados por los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, se deben verificar los equipos empleados mediante procesos de control de calidad internos y externos.
  - 3.20. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deben contar con un programa de gestión del equipo y la tecnología biomédica que incluya:
    - a) La identificación y el análisis e las necesidades.
    - b) La selección y adquisición de equipo.
    - c) La evaluación del uso y categorización del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento.
    - d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipo del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben informarse.
    - e) Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente o del personal durante el uso del equipo médico.
    - f) La definición de criterios para dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
    - g) La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.
  - 3.21. Es responsabilidad de los jefes de área o servicio, que todos los residuos biológico-infecciosos generados sean clasificados, separados, envasados y desechados de acuerdo a sus características en apego a la normatividad vigente.
  - 3.22. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deben requisitar que los envases de las sustancias químicas contengan los marbetes (etiquetas), mismas que deben contar con las fichas técnicas de identificación establecidas en la normatividad vigente.
  - 3.23. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deben asegurar que todos los reactivos y soluciones contengan una etiqueta con los siguientes datos:
    - a) El nombre de la sustancia química peligrosa;
    - b) El color de seguridad;
    - c) La forma geométrica de la señal;
    - d) El tipo o grado de riesgo; o
    - e) La simbología del equipo de protección personal que se debe usar.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		Rev. 1
	<b>29. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>		Hoja: 5 de 5

- 3.24. Los servicios de radiología e imagen deben implementar un programa de seguridad del paciente en apego al modelo de calidad institucional.
- 3.25. El personal del archivo clínico es el responsable de anexar los resultados generados en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y resguardarlos en el expediente clínico.
- 3.26. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 1 de 8</b>

**30. ATENCIÓN DE PACIENTES**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 2 de 8</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para otorgar a todos los pacientes del Instituto una atención uniforme, oportuna, planificada y coordinada, con un único nivel de calidad de atención, guiada por procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario que responda a las necesidades de cada paciente, acorde a la legislación aplicable vigente.

## 2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: la política es aplicable a todo el personal del Instituto.
- 2.1 A nivel externo: las políticas son aplicables al personal de servicios subrogados que tiene atención directa con el paciente.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS








### ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES



- 3.1 El Instituto es responsable de ofrecer atención médica cardiovascular y de especialidades afines con alto nivel de calidad, moderna, eficiente y segura, cuidando siempre durante todo el proceso de atención la dignidad y el bienestar del paciente.
- 3.2 En el Instituto se deben proteger y respetar los derechos de los pacientes en estricto apego a las políticas institucionales y la normatividad vigente.
- 3.3 Todos los profesionales de la salud que intervienen en la atención directa del paciente, deben apegarse a los procesos con enfoque sistémico y multidisciplinar.
- 3.4 El médico responsable del paciente se asegura que exista una comunicación efectiva entre el paciente y equipo de salud durante todo el proceso de atención, en especial cuando existan limitaciones (cognitivas, visuales, auditivas, lingüísticas, culturales, emocionales, etc.).
- 3.5 Todos los pacientes que ingresen a hospitalización deben ser evaluados de manera integral durante las primeras 24 horas.
- 3.6 Si derivado de la valoración o revaloración, el médico responsable del paciente considera necesario la valoración de otra especialidad, solicita las interconsultas y él es el responsable de coordinar la atención multidisciplinaria.
- 3.7 El médico tratante solicita los estudios auxiliares de diagnóstico, que considere pertinentes para sustentar el diagnóstico y el plan de atención.
- 3.8 Las solicitudes de interconsultas y estudios auxiliares de diagnóstico deben contener el nombre completo del paciente, registro y fecha de nacimiento, y cuando corresponda, las especificaciones y/o requisitos que debe cubrir el paciente previo a la realización del mismo.
- 3.9 Cuando se trate de estudios auxiliares de diagnóstico especializados (tomografía, ECO, resonancia magnética, medicina nuclear, cateterismo y ultrasonido), la solicitud debe ser autorizada y firmada por el médico tratante; siempre y cuando justifique su realización para confirmar y/o descartar el diagnóstico o probables complicaciones.

*[Handwritten signature and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 3 de 8</b>

- 3.10 Con base en las necesidades específicas detectadas, debe elaborarse el plan de atención para cada paciente al ingreso y se actualizará acorde a las revaloraciones realizadas por el equipo multidisciplinario y se registrará en el expediente clínico.
- 3.11 Las revaloraciones se deben realizar diariamente por el médico residente y durante la visita médica con el equipo multidisciplinario y a intervalos adecuados de acuerdo a las necesidades y al plan de atención del paciente; lo que debe documentarse en el expediente clínico, para garantizar la continuidad de la atención y una adecuada comunicación entre el equipo multidisciplinario.
- 3.12 Los pacientes en unidades de cuidados críticos, como Unidad Coronaria y Terapia Intensiva Cardiovascular son reevaluados de manera constante de acuerdo con la evolución clínica; y se documenta acorde a normatividad.
- 3.13 Las revaloraciones realizadas por el personal de enfermería se documentan en el expediente clínico diariamente y a intervalos adecuados de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.
- 3.14 El médico responsable de cada paciente es un médico especialista y es el único que puede determinar, autorizar y firmar el alta; basándose en su estado de salud y en las necesidades de atención y servicios que requiere para la continuidad de tratamiento.
- 3.15 En el Instituto, la prescripción de medicamentos es un proceso clínico, individualizado y dinámico que contiene elementos estandarizados con el fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente.
- 3.16 Los médicos con cédula profesional que laboran en el Instituto están autorizados para prescribir; y deben apegarse a las políticas Institucionales de prescripción.
- 3.17 Ningún médico debe prescribir antibióticos a los pacientes, si no es autorizado por el infectólogo, exceptuando aquellos que se utilizan como profilaxis para cirugía cardiovascular.
- 3.18 Para el tratamiento trombolítico de todo paciente, el médico debe requisitar la carta de consentimiento informado, donde el paciente autoriza practicarle los procedimientos médicos para la cura o alivio de su padecimiento.
- 3.19 Los medicamentos de alta especialidad como: sensibilizador del calcio (levosimendan), concentrado de complejo protrombínico, o aquellos que la dirección médica así lo determine, deben de ser solicitados por el médico especialista a la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas, quien valida la solicitud.
- 3.20 Todos los profesionales de la salud que intervienen directamente en la atención del paciente, deben consignar en el expediente clínico el tratamiento, los estudios o intervenciones programadas o realizadas; así como la respuesta clínica a estas intervenciones y las revaloraciones, con el propósito de otorgar una atención integral y coordinada; lo anterior en estricto apego a la normatividad vigente.
- 3.21 El médico tratante es el responsable de informar al paciente y al familiar responsable los horarios establecidos y el sitio donde se les informa respecto al diagnóstico, tratamiento planeado, resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos, la manera en que pueden participar en las decisiones sobre la atención de su paciente; así como cuando existan cambios importantes en el estado clínico del paciente.






  
  
  
  
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 4 de 8</b>

- 3.22 En cada una de las áreas de atención clínica se tiene a la vista de los pacientes y familiares el directorio del personal médico, los horarios de visita y de informes, así mismo, al ingreso la trabajadora social le informa y entrega un dístico con el reglamento hospitalario.
- 3.23 Siempre que sea necesario, la trabajadora social debe localizar a los familiares del paciente a solicitud del médico o personal de enfermería, para que el clínico responsable notifique acerca de los eventos que afectan al paciente, resultados imprevistos o cuando se requiera de la realización de algún procedimiento; así como hacerlos partícipes de las decisiones que ellos deben tomar en cuanto a la atención de sus pacientes.

### ATENCIÓN NUTRICIONAL

- 3.24 El médico residente es el responsable de realizar el tamizaje nutricional durante la historia clínica desde la valoración inicial; cuando derivado de la valoración de riesgo nutricional el paciente requiera de una valoración exhaustiva, el médico enviará la solicitud al área de nutrición, para que este profesional realice una valoración nutricional.
- 3.25 La nutrióloga de manera coordinada con el médico tratante definen el plan nutricional específico para los pacientes con riesgo nutricional y lo documentarán en las notas de evolución.
- 3.26 El médico es responsable de indicar en el expediente clínico la dieta a cada paciente y la nutrióloga revisa la indicación para la preparación de la misma.
- 3.27 El médico y la nutrióloga son responsables de dar seguimiento a la respuesta al plan nutricional y realizar las adecuaciones necesarias.
- 3.28 El Departamento de dietética y nutrición, a través del personal de nutrición ajusta la dieta del paciente en forma personalizada acorde a sus gustos, costumbres, estado clínico e indicación médica.
- 3.29 Es responsabilidad del personal de dietética y nutrición garantizar el manejo, almacenamiento, preparación, transporte y distribución segura y oportuna de los alimentos para los pacientes y el personal.
- 3.30 El personal adscrito al Departamento de Dietética y Nutrición es el responsable de preparar los alimentos con los insumos y cantidades adecuadas para los pacientes hospitalizados, conforme a la prescripción médica y bajo estrictas normas de higiene, distribuyéndose de manera segura y oportuna.
- 3.31 El personal auxiliar de dietética y nutrición es el responsable de entregar la dieta a los pacientes y debe identificarlo previamente utilizando el nombre completo y fecha de nacimiento, conforme al procedimiento de identificación correcta del paciente.
- 3.32 Cuando por razones culturales el paciente consuma alimentos especiales que en el Instituto no se puedan proveer, bajo autorización explícita del médico, se permite a los familiares traer los alimentos preparados, manteniendo condiciones de higiene y seguridad.
- 3.33 Cuando se trate de pacientes lactantes, se extiende un pase especial a la madre para que continúe con la lactancia materna, si la condición clínica del menor lo permite; la enfermera






	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 5 de 8</b>

debe instruir a la madre acerca de la técnica para amamantar al menor y supervisar que la realice de manera correcta.



- 3.34 Cuando se trate de menores lactantes, cuya condición clínica no permita la alimentación al seno materno, se alienta a la madre para que se extraiga la leche en el lactario del servicio, resguardando el producto debidamente etiquetado y en condiciones de seguridad en el banco de leche conforme al proceso establecido para su uso acorde a la indicación médica.
- 3.35 Si por alguna razón la madre no se encontrara en condiciones de proporcionar leche materna, el médico indica la dieta adecuada al paciente, (fórmula, nutrición parenteral, etc.).
- 3.36 Cuando el familiar o cuidador participe en la alimentación del paciente, es responsabilidad del personal de enfermería proporcionar la información clara, completa y oportuna de cómo alimentar al paciente.
- 3.37 Cuando se requiera nutrición enteral, el médico prescribe el tipo, volumen y frecuencia de la misma, el departamento de dietética y nutrición la prepara y envía al servicio debidamente identificada con el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y número de registro, tipo de dieta, fecha de elaboración y de caducidad, lista para su administración por el profesional de enfermería.
- 3.38 Si la nutrición enteral se administra por sonda de gastrostomía y ésta condición continúa en el manejo al egreso del paciente, el personal de enfermería debe capacitar a la familia o cuidador primario y verificar que esté habilitado para realizar el procedimiento previo al alta del paciente.
- 3.39 La enfermera debe documentar en la hoja de registro de atención de enfermería la aceptación, tolerancia e ingesta de la dieta.
- 3.40 Es responsabilidad del equipo de salud que identifique algún incidente de seguridad relacionado con la dieta, informar de manera inmediata al área implicada para su corrección y seguimiento; posterior a la atención del paciente, el personal de salud notifica el incidente y lo envía a la Unidad de Calidad.
- 3.41 Cuando acorde a las necesidades nutricionales del paciente se indique nutrición parenteral, el médico la indica en la hoja de indicaciones, al ser un servicio subrogado, el médico la solicita, vía sistema conforme al proceso establecido para tal fin y se deben almacenar conforme a las recomendaciones del fabricante.
- 3.42 La nutrióloga responsable del paciente, debe explicar, instruir y aclarar dudas al paciente y/o familiar respecto al plan de alimentación a llevar en casa, conforme a la indicación médica y entregar por escrito el plan de alimentación.
- 3.43 La nutrióloga responsable del paciente documenta en el formato Registro de educación para la salud a pacientes y familiares durante su estancia hospitalaria (500-23), la educación proporcionada sobre el plan de alimentación.

## MANEJO DEL DOLOR

- 3.44 Es responsabilidad de los profesionales de la salud, apegarse al proceso de manejo del dolor.

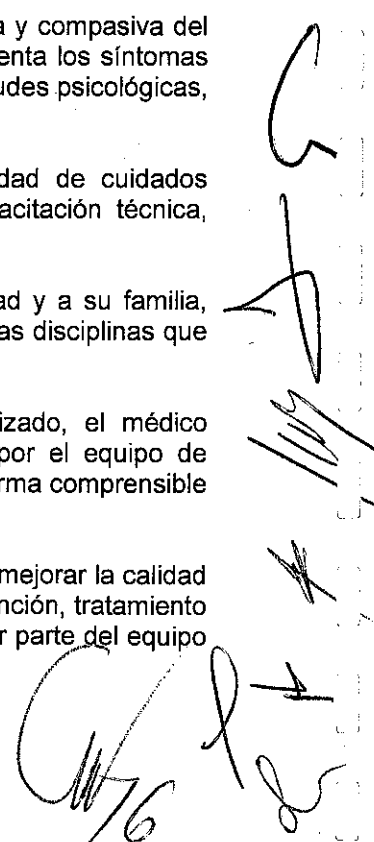




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 6 de 8</b>

- 3.45 La valoración del dolor se realiza en todos los pacientes de manera integral durante las primeras 24 horas.
- 3.46 Los médicos y enfermeras del Instituto son responsables de implementar las medidas necesarias para su manejo y control acorde a las necesidades específicas; situación clínica, contexto cultural y social, edad, así como de la re-valoración periódica del tratamiento hasta su resolución, y de documentarlas en el expediente clínico.
- 3.47 Cuando derivado de la valoración y revaloración integral del dolor, el médico determina la necesidad de un manejo multidisciplinario, debe solicitar las interconsultas necesarias ya sean intrahospitalarias o interinstitucionales (psicología, rehabilitación, reumatología, etc.) acorde a procedimiento para solicitar interconsultas o referir al paciente.
- 3.48 En el Instituto, además de los anestesiólogos, los médicos adscritos a servicios de cuidados críticos tienen el privilegio de prescribir sedación y analgesia en los pacientes a su cargo.
- 3.49 Todo paciente que llegue al servicio de urgencias con dolor precordial, debe ser valorado y manejado conforme a la guía de atención del paciente con dolor torácico y/o la guía de práctica clínica de atención del paciente con infarto agudo al miocardio.
- 3.50 El escalamiento de la analgesia para el manejo del dolor, se realiza acorde al estado clínico del paciente y la escala de analgesia de la Organización Mundial de la Salud.

### **ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE TERMINALIDAD**

- 3.51 Toda persona que padezca una enfermedad evolutiva en situación de terminalidad, debe tener a su disposición la opción de recibir cuidados paliativos.
- 3.52 Los pacientes en situación de terminalidad deben recibir atención respetuosa y compasiva del personal del Instituto, asegurando su comodidad y dignidad, tomando en cuenta los síntomas primarios y secundarios (disnea, dolor, entre otros), la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, espiritualidad y culturales del paciente y su familia.
- 3.53 Todo personal de la salud que presta servicios médicos, en su modalidad de cuidados paliativos, debe tener los conocimientos académicos necesarios y la capacitación técnica, acordes con el ámbito de su competencia.
- 3.54 El médico tratante debe recomendar al enfermo en situación de terminalidad y a su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas que puedan coadyuvar en la prestación de los cuidados paliativos al paciente.
- 3.55 En caso de pacientes hospitalizados que requieran tratamiento especializado, el médico tratante es el responsable coordinar el plan de tratamiento desarrollado por el equipo de cuidados paliativos, acorde a la normatividad vigente; así como explicar en forma comprensible y suficiente al paciente, familiar, tutor o representante legal.
- 3.56 La atención médica paliativa debe incluir el cuidado integral para preservar o mejorar la calidad de vida del paciente, acorde al estadio de la enfermedad, a través de la prevención, tratamiento y control de los síntomas físicos (disnea, dolor, entre otros) y emocionales por parte del equipo profesional multidisciplinario.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 7 de 8</b>

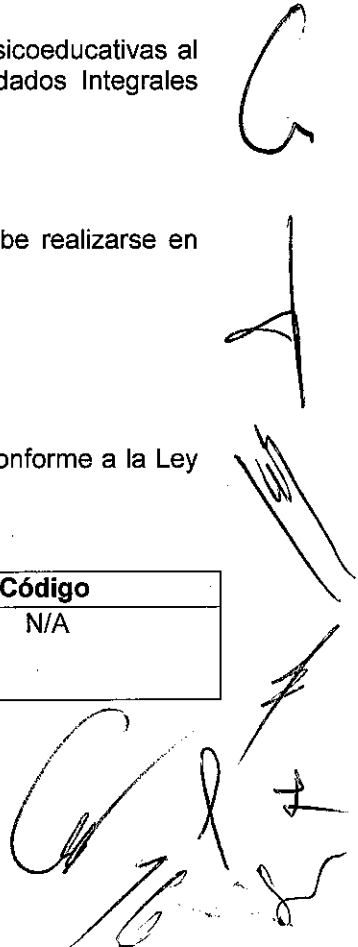
- 3.57 El enfermo en situación de terminalidad, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo, en los términos de lo dispuesto por el artículo 166 bis 5, de la Ley General de Salud, por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y demás disposiciones aplicables.
- 3.58 La atención de pacientes pediátricos en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados requiere de la autorización por escrito de los padres, tutor y/o responsable legal.
- 3.59 Una vez que se identifica que el paciente requiere atención especializada por la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados, el coordinador debe informar de manera clara, completa y veraz los alcances del programa. Si el paciente y la familia aceptan integrarse al programa, debe solicitar la firma de un documento de consentimiento informado.
- 3.60 El paciente está en su derecho de abandonar en cualquier momento el programa, para lo cual se le solicita un documento que describa claramente ésta decisión y la revocación del consentimiento. Dicho documento debe detallar de manera clara y explícita los siguientes elementos:
- Motivo de la separación del programa.
  - Alcances de dicha decisión y las consecuencias en la evolución de su enfermedad.
- 3.61 Los usuarios tienen derecho a recibir de parte del médico cardiólogo tratante de la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados, información suficiente, clara, oportuna y veraz; así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud, sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen.
- 3.62 Es responsabilidad de los profesionales de la salud realizar intervenciones psicoeducativas al paciente en situación de terminalidad y a su familia en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados para el paciente cardíopata y su familia.



**TERAPIA DE REMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS**

- 3.63 La atención de los pacientes que requieren soporte de reemplazo renal, debe realizarse en estricto apego a los procesos elaborados de manera multidisciplinar:
- Proceso de terapia de soporte renal continua.
  - Proceso de atención de hemodiálisis para paciente hospitalizado.
  - Proceso de atención de hemodiálisis para el paciente ambulatorio.
- 3.64 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

**4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>30. Atención de pacientes</b>		<b>Hoja: 8 de 8</b>




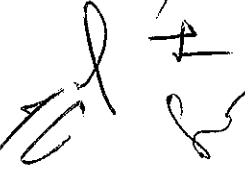
**5. CAMBIOS DE VERSIÓN**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

*Handwritten notes and signatures:*  
 C  
 M  
 A  
 76

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>31. Atención de pacientes: atención de pacientes de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**31. ATENCIÓN DE PACIENTES: ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO**

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>31. Atención de pacientes: atención de pacientes de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

Definir la población de pacientes del Instituto Nacional de Cardiología, que debido a sus condiciones clínicas, son considerados de alto riesgo y requieren un proceso de atención con enfoque de sistema.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno las políticas son aplicables a todo el personal de salud del Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se consideran de alto riesgo los pacientes:

- En situación de urgencia.
  - Paciente postquirúrgico con sangrado masivo "Código HEMO".
  - Paciente con riesgo de presentar crisis de hipoxia.
- En paro cardíaco intrahospitalario (Código INC).
- En quienes se transfunde sangre y/o componentes sanguíneos.
- En estado crítico (incluye estado de coma y soporte vital).
- Con enfermedades infectocontagiosas.
- Inmunodeprimidos.
- Con diálisis peritoneal.
- Que requieren sujeción.
- En quienes se administra medicamentos experimentales.
- En quienes se administra radiofármacos.

3.2 Para la elaboración de los procesos de atención de los pacientes de alto riesgo, se debe realizar un análisis con enfoque sistémico y multidisciplinar.



3.3 Los procesos de atención de los pacientes de alto riesgo deben contar con estrategias organizadas, coordinadas y específicas que permitan establecer prioridades, identificar objetivos y brindar una atención con base en mejores prácticas, dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud.

3.4 Es responsabilidad de los Jefes de Servicio, difundir y supervisar el apego a los procesos con enfoque sistémico para la atención integral de los pacientes.

3.5 Cuando el proceso de atención del paciente de alto riesgo, requiere la obtención de un consentimiento informado, es responsabilidad del profesional de salud obtenerlo en estricto apego al proceso de solicitud de consentimiento informado.

3.6 Los profesionales de la salud responsables de la atención del paciente deben mantener la valoración y registro continuo de la respuesta del paciente al plan de manejo, plan terapéutico y las intervenciones realizadas; con la finalidad de facilitar la toma de decisiones, de acuerdo a los procesos establecidos.

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>31. Atención de pacientes: atención de pacientes de alto riesgo</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>





- 3.7 Todo el personal de salud que tiene interrelación con el paciente, debe mantener una comunicación efectiva y es responsable de documentar en el expediente clínico, el proceso de atención del paciente acorde a la normatividad vigente.
- 3.8 Los profesionales de la salud responsables de la atención del paciente deben mantener la valoración y registro continuo de la respuesta del paciente al plan de manejo, plan terapéutico y las intervenciones realizadas; con la finalidad de facilitar la toma de decisiones, de acuerdo a los procesos establecidos.
- 3.9 Los profesionales de la salud encargados de la atención de los pacientes de alto riesgo deben tener los conocimientos, las habilidades, las actitudes y aptitudes para la atención de los pacientes de alto riesgo.
- 3.10 El Instituto es responsable de contar con equipos de diagnóstico y/o tratamiento especializado en la atención cardiovascular en condiciones óptimas, de modo que contribuyan a mejorar los resultados del paciente, siendo primordial la colaboración de los trabajadores del instituto en dar un buen uso y manejo de los mismos.
- 3.11 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>32. Atención de pacientes: atención de la paciente cardiópata en el embarazo</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos y actividades para proporcionar una atención integral, estandarizada, de calidad y segura a pacientes cardiópatas embarazadas.

## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a los diferentes Departamentos que intervienen en la atención de la paciente embarazada.
- 2.2 A nivel externo, hace referencia a la vinculación que se tiene con el Instituto Nacional de Perinatología, o cualquier institución de salud que refiera a pacientes con cardiopatía y embarazo.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La institución de salud que refiera a la paciente, puede solicitar interconsulta al instituto para pacientes embarazadas con alguna patología cardíaca vía electrónica/ telefónica, directamente a la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas.
- 3.2 Una vez recibida la solicitud, se realiza la priorización de la atención mediante un triaje obstétrico; si se prioriza como verde, la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas refiere a la paciente a la Clínica de Cardiopatía y embarazo de la Consulta Externa; en caso de priorizarla como amarillo o rojo, la envía al Servicio de Urgencias para que se active el Código MATER.
- 3.3 En la fecha, hora y sitio establecido por la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas, la paciente en estabilidad hemodinámica, debe acudir a la Clínica de Cardiopatía y Embarazo del servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Cardiología para su valoración.
- 3.4 Es responsabilidad del médico cardiólogo, contar con los estudios clínicos y de gabinete necesarios para establecer el diagnóstico cardiovascular.
- 3.5 Una vez efectuada la valoración cardiovascular a la paciente, el médico adscrito a la Clínica de Cardiopatía y Embarazo de la Consulta Externa, debe elaborar la nota de valoración y la contra-referencia con el diagnóstico cardiovascular, parra la institución de referencia. Cuando se trate de paciente con indicación médica de interrupción del embarazo, se debe corroborar la existencia del consentimiento informado y la indicación específica de la interrupción por el ginecólogo del Instituto y el ginecólogo del Instituto Nacional de Perinatología como segundo consultante.
- 3.6 Para la programación quirúrgica de una paciente embarazada con patología cardíaca referida al Instituto, el médico gineco-obstetra de referencia, debe solicitar a la Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas la aceptación y programación de la paciente.
- 3.7 La Subdirección de Especialidades Médico Quirúrgicas debe informar al Servicio de hospitalización, cirugía, anestesiología, terapia intensiva y cardiopediatría el internamiento de la paciente para su valoración antes del acto quirúrgico.
- 3.8 La paciente debe ser ingresada preferentemente al Servicio de Cardiología Adultos B (3er piso) al menos el día previo a la programación quirúrgica; se debe realizar: la valoración cardiológica,

*C*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

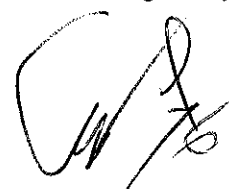

*[Handwritten signature]*





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>32. Atención de pacientes: atención de la paciente cardiópata en el embarazo</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

pre anestésica, pre quirúrgica, pruebas hematológicas para solicitar hemocomponentes y se completa la preparación necesaria para ingresar a sala de operaciones.

- 3.9 Cuando se trate de una paciente menor de edad, se ingresará al 8° piso de hospitalización, con el propósito de salvaguardar sus derechos.
- 3.10 Es responsabilidad del personal médico de la institución de referencia informar, sobre el procedimiento(s) a realizar, posibles riesgos, beneficios, alternativas, aclarar dudas y obtener los consentimientos informados. Los médicos del INCar corroboran la existencia de los consentimientos.
- 3.11 La paciente debe ser acompañada por el equipo de gineco-obstetricia y de neonatología de la institución de referencia y con todo el equipo necesario para la continuidad de la atención del producto.
- 3.12 El profesional de salud que realiza el procedimiento, es el responsable de informar de manera clara y oportuna los riesgos, beneficios y alternativas al paciente y/o familiar; así como, realizar la correcta documentación e integración del consentimiento informado en el expediente clínico, acorde a la normatividad vigente.
- 3.13 Es responsabilidad del médico cirujano cardiovascular de guardia confirmar la programación de la sala quirúrgica, para realizar la interrupción del embarazo.
- 3.14 Es responsabilidad del gineco-obstetra de la institución de referencia, dar seguimiento a la evolución de la paciente.
- 3.15 La atención quirúrgica de la paciente y del producto de la gestación debe realizarse por los servicios de Gineco-Obstetricia y Neonatología de la institución de referencia y por el Servicio de Anestesiología Cardiovascular del instituto, y en caso necesario cardiología pediátrica.
- 3.16 Concluido el procedimiento quirúrgico la paciente se traslada a la terapia intensiva cardiovascular para que de manera conjunta el gineco-obstetra de la institución de referencia y el cardiólogo determinen el plan integral para el manejo postoperatorio.
- 3.17 El producto del embarazo debe ser trasladado para su atención por el servicio de neonatología de la institución de referencia o al Instituto Nacional de Perinatología, en compañía de un familiar, una vez concluida la atención de la paciente, los médicos Gineco-obstetras son responsables de dar informes a los familiares responsables.
- 3.18 Cuando el producto del embarazo presente alguna patología cardiovascular, que a consideración de los cardiólogos pediatras requiera atención inmediata en el INCar, el departamento de trabajo social es responsable de realizar los trámites administrativos para la hospitalización.
- 3.19 El médico gineco-obstetra de la institución de referencia, es responsable de elaborar los formatos legales de la nota de alumbramiento en caso de ser un producto no nato u óbito, deberá elaborar formato informativo del mismo y el certificado de defunción.
- 3.20 Es responsabilidad del médico de terapia postquirúrgica valorar y determinar el traslado interno de la paciente a un servicio de hospitalización para continuar su manejo hasta su egreso y contra – referencia a la institución de origen.


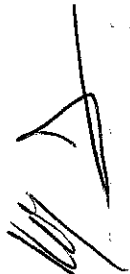

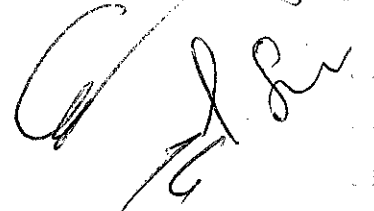





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>32. Atención de pacientes: atención de la paciente cardiópata en el embarazo</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

- 3.21 Todo profesional de la salud que tiene relación directa con la paciente, debe realizar y documentar la información y datos que garanticen la continuidad de la atención siguiendo un mecanismo estructurado conforme a la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- 3.22 De ser necesario, al egreso de la paciente el seguimiento cardiovascular queda a cargo de la consulta externa del INCar con el proceso correspondiente para dicha atención, y se valora la necesidad de referirla al Módulo de Alto Riesgo Reproductivo.
- 3.23 En caso de defunción, se debe notificar de manera inmediata a los Subcomités de Muerte Materna y Perinatal y al Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de Evento Adverso.

### **ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA**

- 3.24 Ante la sospecha de embarazo o puerperio, se debe realizar el triaje obstétrico.
- 3.25 Toda paciente que acuda al Instituto y se clasifique como emergencia obstétrica (Rojo y amarillo) debe ser atendida como se establece en el código MATE. En caso de priorizarse como verde, aplica el proceso de atención de la paciente cardiópata embarazada.
- 3.26 En caso de la paciente que se prioriza como verde y se encuentre en algún servicio de hospitalización o consulta externa; y cambie sus condiciones clínicas y se priorice como amarillo o rojo, el médico responsable de la paciente activa el código MATER.
- 3.27 El tiempo de estancia en el servicio de urgencia no debe ser mayor a 4 horas, conforme lo marca la NOM-007-SSA-1993, por lo que se establece como tiempo máximo para decidir el traslado o ingreso de la paciente a hospitalización.
- 3.28 Tiempo de respuesta del equipo médico Código MATER no debe exceder los 10 minutos para llegar a sala de choque y dos horas para realizar la nota de valoración. Las dos horas empiezan a ser tomadas en cuenta a partir de ser declarado el Código MATER.
- 3.29 Es responsabilidad del médico adjunto del servicio activar el Código MATER cuando la paciente presente criterios de emergencia obstétrica.
- 3.30 El Código MATER se activa mediante radiocomunicación, mensaje de texto o a la extensión 911 para que el equipo de respuesta acuda a la atención de la paciente.
- 3.31 Es responsabilidad de todo el equipo de salud mantener una comunicación efectiva en todo momento; así como, tomar decisiones de manera coordinada.
- 3.32 El médico responsable de la paciente solicita a trabajo social inicie los trámites administrativos correspondientes para trasladarla al servicio con capacidad de respuesta, cuando las condiciones lo permitan.
- 3.33 El banco de sangre da salida a los hemocomponentes sanguíneos en un tiempo no mayor a 5 minutos, acorde al grupo sanguíneo y Rh ante la presencia de urgencia transfusional (sangrado masivo) conforme a las políticas de banco de sangre.
- 3.34 El equipo de respuesta inmediata al código MATER está conformado por:

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>32. Atención de pacientes: atención de la paciente cardiópata en el embarazo</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

- El gineco-obstetra.
- Jefe de residentes.
- El responsable de Anestesia.
- El responsable de Urgencias.
- El responsable de Cirugía.
- El responsable de cuidados críticos adultos y pediátricos.
- El responsable de cardiología pediátrica.
- Supervisora de Enfermería.
- Equipo de Respuesta Rápida.
- El responsable de Trabajo Social.
- Banco de sangre

3.35 El Responsable de urgencias debe solicitar el apoyo del equipo especializado (INPer o al Hospital Gea González) para la atención.

3.36 Es responsabilidad del equipo quirúrgico, acudir a la atención del Código MATER y trasladar el material y equipo necesario.


3.37 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>33. Anestesia y atención quirúrgica</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

**33. ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA**

C  
 A  
 C  
 P  
 A  
 S

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>33. Anestesia y atención quirúrgica</b>		<b>Hoja: 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para otorgar una atención quirúrgica y administración de anestesia y/o sedación segura, oportuna, planificada y coordinada que responda a las necesidades de atención de cada paciente a través de procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario en apego a la legislación vigente.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno es aplicable a todo el personal médico y de enfermería que atiende a pacientes bajo anestesia y/o sedación.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Departamento de Anestesiología, proporciona atención especializada al paciente durante la cirugía de corazón abierto, de grandes vasos y transplante de riñón, de igual manera se atiende toda cirugía y/o procedimiento que necesite del apoyo del Departamento.

3.2 El personal adscrito al Departamento de anestesiología está obligado a ejercer las facultades y atribuciones que le confiere la normatividad aplicable vigente.

3.3 El Departamento de anestesiología brinda atención al paciente las 24 hrs del día y los 365 días del año.

3.4 En el Instituto el Jefe de Departamento de anestesiología es el responsable de coordinar y gestionar la elaboración, implementación y actualización de procesos; la gestión administrativa, la implementación del programa de calidad y la supervisión del sistema.

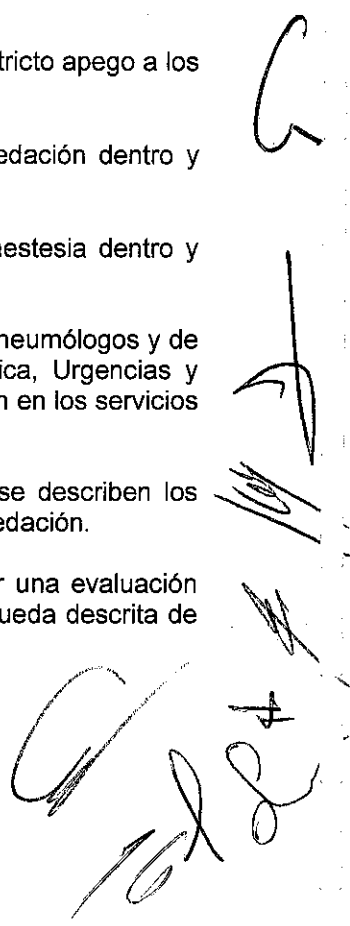
3.5 Es responsabilidad de los profesionales de salud realizar sus actividades en estricto apego a los procedimientos:

- Proceso para la atención de los pacientes a quienes se administra sedación dentro y fuera de quirófano.
- Proceso para la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia dentro y fuera de quirófano.

3.6 En el Instituto, además de los anestesiólogos, los médicos intensivistas, cardioneumólogos y de urgencias cardiovasculares, adscritos a los servicios de Terapia posquirúrgica, Urgencias y Unidad Coronaria y Cardioneumología están facultados para prescribir sedación en los servicios críticos.



3.7 El manual del departamento de anestesiología en la sección de protocolos se describen los procesos de atención que se brinda a los pacientes en quienes se administra sedación.

3.8 De acuerdo a la normatividad vigente, el Médico Anestesiólogo debe realizar una evaluación completa del paciente previo a la administración de sedación y esta función queda descrita de manera general en el manual de políticas institucional en su política 24.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>33. Anestesia y atención quirúrgica</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

- 3.9 Todo paciente que sea sometido a un procedimiento anestésico o sedación debe contar con una evaluación completa previa, durante y posterior al procedimiento, por el médico anesthesiologo conforme a la normatividad vigente.
- 3.10 Toda la información generada durante la valoración pre, trans y post anestesia/sedación, debe ser documentada en el expediente clínico y validada por el médico anesthesiologo responsable del procedimiento; incluyendo el consentimiento informado.
- 3.11 Los procedimientos de anestesia y sedación deben ser proporcionados por anesthesiologos.
- 3.12 Todo paciente que sea sometido a un procedimiento quirúrgico, debe contar con una evaluación completa previa, durante y posterior al procedimiento, por el médico cirujano conforme a la normatividad vigente.
- 3.13 Toda la información generada durante la valoración pre, trans y post quirúrgica, debe ser documentada en el expediente clínico y validada por el médico cirujano responsable del procedimiento; incluyendo el consentimiento informado.
- 3.14 De acuerdo a la normatividad vigente, el Médico Anesthesiologo debe realizar una evaluación completa del paciente previo a la administración de anestesia.
- 3.15 La nota pre anestésica describe entre otros aspectos la anestesia planeada, el plan a seguir y dentro de la misma se hace referencia a aspectos y datos clínicos de relevancia, para la atención del paciente, como por ejemplo; estudios pre-quirúrgicos y/o otras evaluaciones. Reiterando que este documento se elabora de forma electrónica y una impresión se anexa al expediente clínico.
- 3.16 El médico anesthesiologo establece el plan de anestesia con base en la valoración y como parte de sus funciones informa al paciente y a su familia el tipo y riesgos de la anestesia planeada, y posterior a dicha información y aclaración de dudas requisita el consentimiento informado.
- 3.17 El Instituto garantiza la continuidad de la atención mediante la elaboración de notas médicas en forma electrónica y la impresión de las mismas para integrar el expediente clínico, siempre con estricto apego a la normatividad vigente.
- 3.18 En el Instituto, además de los anesthesiologos, los médicos intensivistas (adulto y pediátrico), cardioneumólogos y de urgencias cardiovasculares, adscritos a los servicios críticos como son: Terapia intensiva e intermedia posquirúrgica, Cardioneumología, Urgencias y Unidad Coronaria, están autorizados para prescribir sedación.
- 3.19 El médico anesthesiologo responsable y/o médicos con privilegios para realizar sedación son responsables de registrar toda la información generada durante la valoración pre, trans y post sedación, en las notas de evolución en el expediente clínico; incluyendo el consentimiento informado especificando el tipo de sedación que se administra.
- 3.20 Es responsabilidad del anesthesiologo y/o médico con privilegios informar de los riesgos, beneficios y alternativas antes del procedimiento de sedación a realizar y debe ser documentado en el consentimiento informado; en caso de urgencia además del responsable de realizar el procedimiento deben firmar dos testigos los cuales pueden ser del equipo de salud.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>33. Anestesia y atención quirúrgica</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>

3.21 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large 'C' at the top and various scribbles below.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev.4</b>
	<b>34. Educación del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 1 de 3</b>

**34. EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA**

*Handwritten signature and initials:*  
C  
J  
C  
R  
S



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev.4</b>
	<b>34. Educación del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos y actividades que guíen la educación multidisciplinaria de los pacientes y familiares dentro del Instituto, a partir de la identificación de las necesidades y condiciones clínicas específicas de cada paciente, así como la información que el Instituto considera indispensable para fomentar la calidad de atención y seguridad del paciente y su familia durante su estancia.



## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno, el procedimiento es aplicable a toda persona de las áreas, servicios y departamentos que intervienen en la educación del paciente y de su familia.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. En el Instituto se evalúan las necesidades educativas específicas del paciente y su familia, desde la evaluación inicial y durante todo el proceso de atención, lo cual está a cargo del equipo multidisciplinario de salud y se documentan en el expediente clínico.
- 3.2. El personal multidisciplinario de salud debe planificar la educación del paciente y su familia, a partir de la identificación de las necesidades de educación y las posibles barreras para el aprendizaje como las emocionales, motivacionales, limitaciones físicas, cognitivas, creencias, valores y costumbres, nivel de alfabetización, nivel educativo, idioma y la habilidad para realizar un procedimiento, así como la disposición de aprender, dentro de las primeras 24hrs y durante todo el proceso hospitalario.
- 3.3. El personal de salud debe aplicar el método y técnicas de educación acordes a las necesidades de cada paciente y su familia.
- 3.4. El personal de trabajo social informa y educa al paciente y su familia en los aspectos normativos de la institución como: medidas de seguridad, normas de comportamiento dentro de la institución, institución libre de humo de tabaco, horarios de visita y permanencia en la institución, responsabilidad del paciente y su familia respecto a artículos personales o de valor y el compromiso institucional de respeto a sus valores y creencias.
- 3.5. Todo el personal multidisciplinario tiene la responsabilidad de otorgar educación al paciente y su familia, desde el momento de su ingreso al Instituto, hasta el momento de su egreso.
- 3.6. Toda la educación proporcionada por el equipo multidisciplinario al paciente y a su familia, debe ser registrada en el formato correspondiente, en el cual se documenta la valoración de las limitaciones para el aprendizaje, el método didáctico utilizado (expositivo, diálogo 1 a 1 y material impreso), el receptor de la educación (paciente, familiar u otro), la evaluación (comprensión, no aprendizaje, requiere retroalimentación) y el profesional de salud que la imparte.
- 3.7. Es responsabilidad del personal médico y enfermería educar al paciente y su familia, respecto a la patología o procedimiento de atención, cuidados, medidas para modificar factores de riesgo, uso de medicamentos, entre otros y de manera general sobre la higiene de manos, prevención de caídas y fomento a la lactancia materna cuando aplique; así como las necesidades de educación que de manera intencional el profesional explore y le son manifestados por el paciente.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev.4</b>
	<b>34. Educación del paciente y su familia</b>		<b>Hoja: 3 de 3</b>





3.8. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<p align="center"><b>MANUAL DE POLÍTICAS</b></p>		<p align="center"><b>Rev. 1</b></p>
	<p><b>35. Gestión de la información y la comunicación</b></p>		<p align="center"><b>Hoja 1 de 12</b></p>

**35. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los principios para la generación, categorización, integración, análisis y manejo apropiado y seguro de la información, para mejorar los resultados y desempeño del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.





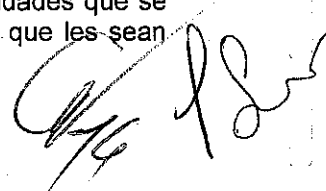
## 2. ALCANCE



2.1. A nivel interno las políticas son aplicables todas las áreas que integran el Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

### GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN




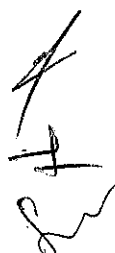
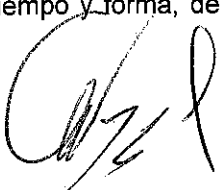
- 3.1. La Dirección Médica debe coordinar y dirigir la aplicación de los mecanismos y procesos establecidos, para la generación de la información clínica, estadística y epidemiológica del Instituto.
- 3.2. La Dirección Médica se encarga de coordinar el intercambio de información y experiencias con instituciones nacionales y extranjeras, dedicadas a la atención médica en materia de cardiología.
- 3.3. La Dirección Médica se encarga de coordinar la elaboración e instrumentación de los programas dirigidos a mantener y mejorar la calidad de los servicios de atención médica, que se proporcionan en el Instituto.
- 3.4. La Dirección Médica se encarga de expedir y certificar las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de la autoridad competente.
- 3.5. La Dirección de Investigación establece los vínculos de coordinación, para el intercambio de experiencias con instituciones nacionales y extranjeras dedicadas a la investigación.
- 3.6. La Dirección de Investigación se encarga de promover la difusión de la información técnica y científica generada en el Instituto, mediante la exposición en reuniones científicas y su publicación en revistas nacionales y extranjeras.
- 3.7. La Dirección de Investigación es responsable de organizar conforme a la norma respectiva, el archivo y la custodia de la documentación relacionada con sus funciones, para preparar y proporcionar en tiempo y forma, la información que institucionalmente le sea requerida.
- 3.8. La Dirección de Investigación se encarga de expedir y certificar, las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de autoridad competente.
- 3.9. La Dirección de Enseñanza se encarga de coordinar la operación de los mecanismos y procesos establecidos, para que los cursos de las especialidades y subespecialidades que se imparten en el Instituto, se lleven a cabo conforme a los programas de estudio que les sean



  
  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 3 de 12</b>



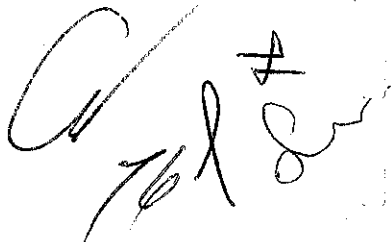
propios, realizando conforme a la normatividad en la materia, las gestiones necesarias para el registro y la certificación de los programas de estudio, alumnos y egresados de las mismas.



- 3.10. La Dirección de Enseñanza se encarga de fomentar y promover, las relaciones académicas y el intercambio de experiencias con instituciones de enseñanza superior, tanto nacionales como extranjeras.
- 3.11. La Dirección de Enseñanza es responsable del resguardo, actualización, disposición y conservación del acervo bibliográfico del Instituto, supervisando que se realicen conforme a las normas, lineamientos y políticas establecidas.
- 3.12. La Dirección de Enseñanza debe organizar conforme a la norma respectiva, el archivo y la custodia de la documentación relacionada con sus funciones, para preparar y proporcionar en tiempo y forma, la información que institucionalmente le sea requerida.
- 3.13. La Dirección de Enseñanza se encarga de expedir y certificar, las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de autoridad competente.
- 3.14. La Dirección de Enfermería se encarga de expedir y certificar las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de autoridad competente.
- 3.15. La Dirección de Administración es la responsable de coordinar, organizar y dirigir el análisis, instrumentación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de gobierno que soliciten las dependencias globalizadoras, de acuerdo con los lineamientos y marco normativo aplicable.
- 3.16. La Dirección de Administración es responsable de coordinar la emisión y entrega de los reportes periódicos y extraordinarios que se generen en las áreas a su cargo, para que éstas cumplan con los requerimientos de las instancias normativas.
- 3.17. La Dirección de Administración se encarga de coordinar el desarrollo de las auditorías, que en el ámbito de su competencia, practiquen las diferentes instancias normativas para que sus requerimientos de información sean atendidos en tiempo y forma.
- 3.18. La Dirección de Administración se encarga de expedir y certificar las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de autoridad competente.
- 3.19. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar y vigilar, que las actividades inherentes a la integración, autorización, seguimiento y evaluación de las metas programáticas e indicadores de gestión, se realicen de acuerdo a los lineamientos establecidos y a la normatividad en la materia.
- 3.20. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar y vigilar que, las actividades inherentes a la evaluación de los resultados obtenidos por las áreas que realizan funciones sustantivas y la integración de los informes de evaluación, se realicen en tiempo y forma, de acuerdo con la normatividad vigente y a las políticas internas establecidas.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 4 de 12</b>

- 3.21. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar la elaboración y entrega oportuna de los informes periódicos y reportes especiales que se deriven de la información institucional, vigilando que cumplan con el marco normativo vigente.
- 3.22. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar el análisis, instrumentación, ejecución, seguimiento, evaluación y control, de los programas que soliciten las dependencias globalizadoras, verificando que se realicen en apego al marco normativo aplicable y a los lineamientos internos establecidos.
- 3.23. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar la edición de los proyectos y/o actualización de los manuales de organización y procedimientos, que sean elaborados por las áreas del Instituto, así como validar los proyectos y/o actualización de manuales, reglamentos instructivos y programas inherentes a las funciones que le sean propias, verificando que cumplan con la normatividad establecida.
- 3.24. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar la recolección e integración de la información estadística y cualitativa, que permite analizar y evaluar los resultados obtenidos por las áreas que realizan funciones sustantivas, así como definir las metas programáticas y los indicadores de gestión, vigilando que se realice en los tiempos y términos establecidos.
- 3.25. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar, vigilar y organizar conforme a la norma respectiva, el archivo y la custodia de la documentación e informes relacionados con sus funciones.
- 3.26. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar y vigilar el desarrollo de las auditorías que se practiquen en dicha subdirección.
- 3.27. Todos los documentos y archivos que contengan datos personales, son considerados información confidencial; su administración y resguardo están a cargo del responsable del sistema de datos personales; conforme lo establece el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).
- 3.28. En el Instituto se ha definido como la información que debe manejarse de manera estandarizada la siguiente:
- Datos del paciente
  - Informes de Juntas de Gobierno
  - Informes de COCODI
  - Informes de autoevaluación
  - Información que se envía a las diferentes globalizadoras, como son:
    - o Cuenta Pública (GGPOP).
    - o Matriz de Indicadores de Resultados (MIR).
    - o Registro Público de Organismos Descentralizados (REPODE).
    - o Dirección General de Información en Salud.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 5 de 12</b>

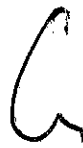



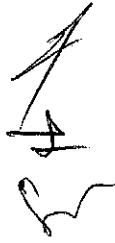
3.29. El Órgano Interno de Control, la Subdirección de Planeación y el Departamento de Asuntos Jurídicos, conjuntamente son responsables de mantener actualizado el inventario de normas institucionales, mismo que debe estar disponible para su consulta pública.



### **MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- 3.30. Las Unidades Administrativas, para fines de este procedimiento, son la Dirección Médica, Dirección de Enseñanza y Dirección de Enfermería.
- 3.31. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad, solicitar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), la autorización para aplicar el cuestionario, al menos una vez por año.
- 3.32. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad, determinar el tamaño de la muestra de personal médico y de enfermería que responde el cuestionario.
- 3.33. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad proporcionar mediante oficio, los cuestionarios a las áreas administrativas (médicos y enfermeras).
- 3.34. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad, coordinar y supervisar la aplicación del cuestionario.
- 3.35. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad, analizar la información, derivada de la aplicación del cuestionario y presentar resultados al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- 3.36. Es responsabilidad de la Unidad de Calidad, dar seguimiento a las acciones y estrategias definidas por las unidades administrativas.

### **CONFIDENCIALIDAD**





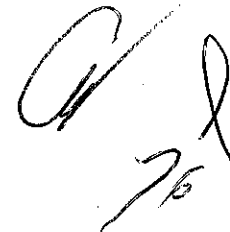
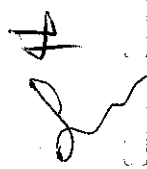
- 3.37. En el Instituto el Comité de Transparencia, integrado por la Unidad de Transparencia, Órgano Interno de Control, y Coordinación de Archivos, confirma la información que debe considerarse como confidencial con base a la normatividad vigente y al catálogo de disposición documental.
- 3.38. De acuerdo con la Ley General de Archivos, el Catálogo de Disposición Documental (CADIDO) es el "registro general y sistemático que establece los valores documentales, la vigencia documental, los plazos de conservación y la disposición documental".
- 3.39. En el Instituto existen dos momentos para clasificar y desclasificar documentos y datos:
- Cuando se genera el documento.
  - Cuando ingresa una solicitud de información.
- 3.40. En ambos casos la Unidad de Transparencia es la responsable, de presentarlo ante el Comité de Transparencia a fin de determinar si procede o no, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 3.41. El Comité de Transparencia supervisa el cumplimiento de la clasificación de la información.
- 3.42. Cuando el paciente y/o familiar solicita acceder a la información del paciente, se cumple el procedimiento para la atención de solicitudes de acceso a datos personales.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 6 de 12</b>

## SEGURIDAD




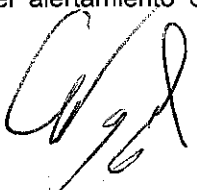
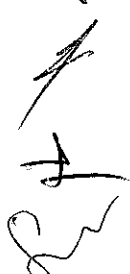
- 3.43. En apego al Manual Administrativo de Aplicación General en las Materias de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información (MAAGTIC-SI), en el Instituto se deben implementar los procesos de seguridad de la información, conservación, autorizaciones para ingresar información en el expediente clínico, en relación a la información tecnológica.
- 3.44. Todos los documentos y archivos que contengan datos personales son considerados información confidencial; su administración y resguardo estarán a cargo del médico, enfermera o funcionario público, que en cumplimiento de sus responsabilidades, los hubiera integrado, recibido, obtenido o transformado; conforme lo establece el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).
- 3.45. El Instituto es responsable de garantizar que los datos del paciente se manejan con estricta confidencialidad y no se difunden sin su previa autorización como lo marca la normatividad vigente del INAI.
- 3.46. Para el manejo y uso de la información que se encuentra en formato electrónico, la Subdirección de Informática asigna usuarios y contraseñas de acuerdo a las actividades que desempeña el funcionario público, ya sean de la Dirección General, Dirección médica, Dirección de enfermería, Dirección de enseñanza, Dirección de investigación y Dirección de administración. Cada usuario y contraseña son intransferibles y el buen o mal uso es responsabilidad del usuario.
- 3.47. En caso de que un médico residente sea sorprendido ingresando al sistema de Expediente Clínico Electrónico con un usuario y contraseña diferente a la que le fue asignada, se notifica mediante oficio al Jefe de Residentes quien toma las medidas pertinentes; en caso de reincidencia se notifica al Jefe de Departamento, Servicio, Subdirector de Área y Director Médico. Cuando se trate de médico Adscrito, Adjunto, Jefe de Departamento o Subdirector es reportado mediante oficio al superior inmediato.
- 3.48. El manejo y uso de información que se encuentra en formato impreso o escrito es controlado y administrado en cada área, mediante personal asignado por la misma para desempeñar esa función.
- 3.49. Es responsabilidad de cada servidor público cumplir y hacer cumplir, la seguridad y la integridad de los datos y/o información a los cuales tiene acceso.
- 3.50. En caso de pérdida de la información por robo o extravío se debe informar al Departamento de Asuntos Jurídicos, para que se levante un acta administrativa, donde se detallen los pormenores.
- 3.51. Cuando se sorprenda a un funcionario público haciendo mal uso de la información, se da aviso a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal y al Departamento de Asuntos Jurídicos para que se levante el acta administrativa correspondiente.



  
  
  
  
  







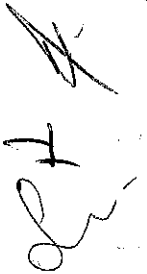
	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 7 de 12</b>



- 3.52. En caso de sorprender a una persona ajena al Instituto haciendo mal uso de la información, se da aviso al Departamento de Asuntos Jurídico y al Área de Seguridad y Servicios para que se determine la actuación a seguir.
- 3.53. Cualquier requerimiento de cambio y/o modificación de actividades para autorización de permisos, debe ser solicitado mediante oficio y firmado por el Jefe inmediato, girado a la Subdirección de Informática, lo que permite mantener un control y supervisión.
- 3.54. En el Instituto el tiempo de resguardo de la documentación, su clasificación y la técnica de selección al término de su tiempo de guarda, se señalan en el CADIDO.
- 3.55. La conservación de la información, se realiza conforme a normatividad vigente aplicable.
- 3.56. La Coordinación de Archivo, realiza las acciones necesarias para la adecuada administración de los documentos de archivo, de manera conjunta con las unidades administrativas, así como con el Archivo General de la Nación, a fin de garantizar la disponibilidad, localización expedita, integridad y conservación de los mismos.
- 3.57. Los responsables de los archivos de trámite, de concentración e histórico, administran los documentos de archivo activo, semiactivo e histórico, según corresponda, mediante la adecuada organización, conservación, seguimiento, recuperación y divulgación de los mismos, y recibirán la capacitación correspondiente en temas archivísticos.
- 3.58. Para la conservación de los documentos históricos en su caso, el Instituto conserva en el archivo histórico, que cuenta con un espacio adecuado y claramente delimitado para la consulta pública.
- 3.59. La conservación de la información en formato electrónico se realiza conforme al CADIDO y es albergada en los servidores Institucionales, ubicados en un sitio delimitado con acceso restringido, mediante biometría.
- 3.60. Para el manejo y uso seguro de los medicamentos, se cuenta con un listado de abreviaturas permitidas, categorizadas por unidades de medición, vías de administración, signos vitales, medicamentos y sangre y/o componentes sanguíneos.
- 3.61. Los registros de atención de enfermería pueden incluir abreviaturas permitidas y estandarizadas por la Dirección de Enfermería.
- 3.62. Para la atención de situaciones de emergencia clínica, en el Instituto se implementaron 2 códigos de alerta:
- Código de alerta en caso de paro cardiorrespiratorio "código INC"
  - Código de alerta en caso de sangrado masivo "código HEMO"
- 3.63. En el Instituto sólo se permite el uso de simbología aprobada por el Sistema de gestión y seguridad de las instalaciones y el Comité de Protección Civil, para la señalización relacionada con el tema. De igual manera se implementan diferentes códigos para el alertamiento de situaciones de emergencia (Protección civil y hospital seguro).




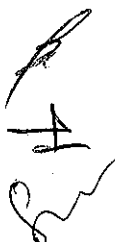

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 8 de 12</b>



- 3.64. En las áreas administrativas se permite el uso de abreviaturas estandarizadas de acuerdo a la función que desempeñan.
- 3.65. El Instituto realiza difusión de los servicios que presta a través del portal institucional de manera electrónica y dentro de las instalaciones mediante visuales y folletos informativos. En el portal institucional el usuario puede descargar los formatos que están en un diseño estándar para poder realizar los trámites de atención. Dentro del portal institucional, existe un apartado de transparencia donde se localiza un rubro de estudios y opiniones relacionados con el tema.
- 3.66. A fin de conocer si la información que se proporciona a los usuarios cubre sus necesidades, se aplican encuestas de satisfacción.
- 3.67. En el Instituto se deben proteger y respetar los derechos de los pacientes que de acuerdo a las leyes vigentes son: recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento para recibir o aceptar algún tratamiento o procedimiento, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencias, contar con un expediente clínico, así como, ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.
- 3.68. Cuando el paciente o familiar acude a solicitar información sobre su proceso de atención, se realiza el procedimiento correspondiente.
- 3.69. Todos los documentos y archivos que contengan datos personales son considerados información confidencial; su administración y resguardo están a cargo del médico, enfermera o funcionario público, que en cumplimiento de sus responsabilidades, los hubiera integrado, recibido, obtenido o transformado; conforme lo establece el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).
- 3.70. El personal del Instituto tiene disponible en las diferentes áreas y servicios, los manuales de procedimientos específicos y acceso al portal institucional donde se encuentran los manuales de procedimientos vigentes de cada departamento y para la consulta a la información necesaria; conforme a un rol de usuarios y contraseñas (cuando aplique) y poder realizar las actividades diarias, de acuerdo a la responsabilidad de cada funcionario público. Adicionalmente en cumplimiento con datos abiertos en el portal en datos.gob (información), el usuario puede descargar datos en formatos estandarizados para su análisis y/o interpretación.
- 3.71. De manera anual se lleva a cabo una reunión de alta dirección para la definición de proyectos prioritarios que forman parte del plan de trabajo, en la cual se encuentran los relacionados con tecnologías de la información. Al finalizar la reunión se establecen acuerdos y se toman decisiones de los proyectos aprobados.
- 3.72. Para proteger la información en formato electrónico contra pérdidas o destrucción se tiene implementado un sistema DRP "Plan de Recuperación ante desastres".
- 3.73. Para asegurar la integridad de la información contenida en formato físico, se cuentan con áreas específicas para su resguardo.
- Archivo clínico

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 9 de 12</b>

- Acervo institucional
- 3.74. Cada una de las áreas tiene implementado un proceso que permita mantener la seguridad e integridad de la información.
  - 3.75. Es responsabilidad de cada área y funcionario público cumplir y hacer cumplir las políticas para el manejo y uso seguro de la información.
  - 3.76. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, a través del Departamento de Prestaciones y Capacitación, integra dentro del plan de capacitación anual, los temas específicos para el manejo y uso de información.
  - 3.77. Los titulares de las áreas o servicios son responsables de identificar, actualizar y proporcionar la información de las necesidades específicas de capacitación de su personal a la Subdirección de Administración y Desarrollo del Personal; mientras que esta área es la responsable de desarrollar e instrumentar el plan del sistema de competencias y capacitación del personal, estableciendo también los medios y las instalaciones que son utilizados.
  - 3.78. La Subdirección de Planeación es responsable de supervisar y vigilar que las actividades inherentes a la evaluación de los resultados obtenidos por las áreas sustantivas y la integración de los informes de evaluación se realicen en tiempo y forma; supervisar la elaboración y entrega oportuna de los informes periódicos y reportes especiales que se deriven de la información institucional; la edición, y/o actualización periódica y difusión de los manuales de organización y procedimientos de todas las áreas del Instituto; supervisar, vigilar y organizar conforme a la normatividad vigente, el archivo y la custodia de la documentación institucional; y finalmente coordinar e integrar los documentos, informes y evaluaciones que serán presentadas para su discusión al Órgano de Gobierno del Instituto.
  - 3.79. Durante el proceso de elaboración del manual, existe una comunicación con el Departamento de Organización y Métodos con el fin de que se realicen las observaciones con respecto al manual para que sea turnado para las aprobaciones.
  - 3.80. La elaboración del manual es responsabilidad del Titular de la unidad administrativa; la revisión del manual es responsabilidad del Subdirector y la autorización por el Director de Área.
  - 3.81. Dentro del portal institucional en el apartado de normateca institucional existen los manuales de procedimientos de todas las áreas, donde el control de la vigencia o cambios es con un control de versiones y la fecha de última actualización.
  - 3.82. Una vez que el manual contiene todas las autorizaciones, es turnado por el Departamento de Organización y Métodos, al Departamento de Asuntos Jurídicos para solicitar que se actualice en la normateca institucional; posteriormente el Departamento de Asuntos Jurídicos realiza su registro en el SANI, para opinión del Órgano Interno de Control.
  - 3.83. Es responsabilidad de cada área la difusión y cuidado de la legibilidad del documento que se encuentra en el área de manera física y en caso de deterioro, se encuentra el original en el Departamento de Organización y Métodos y puede ser impreso desde el portal Institucional en los apartados de Normateca Institucional y/o Portal de Obligaciones de Transparencia.


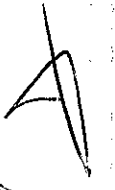



  
  
  
  




	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 10 de 12</b>

- 3.84. Los manuales administrativos de aplicación general se encuentran disponibles, en la Normateca Federal responsabilidad de la Secretaría de la Función Pública y es responsabilidad de cada área la implementación de los mismos. En el Instituto es responsabilidad del Órgano Interno de Control supervisar el cumplimiento la implementación de dichos manuales.
- 3.85. Es responsabilidad de cada área la implementación del manual vigente y retirar del área los que hayan quedado sin efectos.
- 3.86. El Departamento de Organización y Métodos cuenta con un inventario de la documentación vigente, a fin de mantener la identificación y seguimiento de los mismos.
- 3.87. La Unidad de Calidad en coordinación con la Subdirección de Informática mantienen en la Intranet la información actualizada con respeto a la implementación del modelo de calidad institucional.

### **AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

- 3.88. Es responsabilidad de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Programación y Evaluación, agrupar, categorizar y analizar la información (clínica y de gestión); así como realizar una benchmarking conforme al manual de procedimientos del departamento antes mencionado.
- 3.89. La información solicitada por oficio debe ser firmada por el Director General, y en su caso por Director de Administración o la Subdirección de Planeación.
- 3.90. El Departamento de Programación y Evaluación, debe revisar en forma detallada la información recibida de la Dirección de Investigación, ya que con ella se integra el 40% de lo reportado; asimismo debe de vaciar la información en los formatos que les corresponde.
- 3.91. El Departamento de Programación y Evaluación, vacía la información correspondiente de formación y capacitación, que se refiere a la rotación temporal por los diversos servicios hospitalarios de médicos residentes de otras instituciones y a los pasantes que realizan su Servicio Social en el Instituto.
- 3.92. El Departamento de Programación y Evaluación, recibe por parte de la Escuela de Enfermería información de alumnas (os) que cursan la Licenciatura, Cursos Pos técnicos y Maestrías, así como las pláticas que imparten de diversos temas de salud a pacientes y familiares.
- 3.93. La Dirección de Enfermería, envía al Departamento de Programación y Evaluación información sobre la Educación Continua para Enfermeras.
- 3.94. La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, debe proporcionar al Departamento de Programación y Evaluación información de Capacitación para el Desarrollo y Desempeño.
- 3.95. El Departamento de Programación y Evaluación, recibe de la Subdirección de Informática y del Departamento de Bibliotheca información referente a los recursos bibliográficos, de equipo, e infraestructura con que cuenta el Instituto como apoyo a la formación y capacitación.



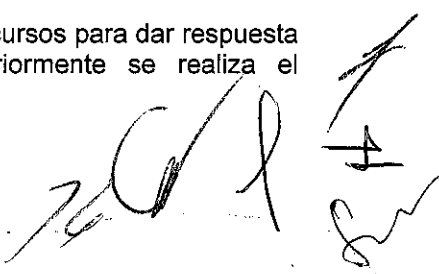
  
  
  
  


	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 11 de 12</b>

- 3.96. En el Instituto, a fin de facilitar la categorización y análisis de datos, los diagnósticos médicos se registran conforme a la CIE-10 "Catálogo Internacional de Enfermedades".
- 3.97. El Sistema de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, establece los lineamientos para la prevención y reducción de la incidencia de las infecciones a partir de la identificación de riesgos y problemas asociados a los procesos de atención mediante el análisis anual de patrones y tendencias.
- 3.98. El Sistema de manejo y uso de medicamentos establece las defunciones operativas de eventos adversos relacionados con la medicación a fin de agrupar, categorizar y analizar la información a partir de patrones y tendencias para la toma de decisiones e implementación de acciones de mejora.
- 3.99. La información que se maneja en el sistema de competencias y capacitación del personal, se categoriza, agrupa y analiza mediante patrones y tendencias, la información obtenida sobre la seguridad del personal a fin de implementar estrategias de mejora.
- 3.100. Para el uso de bases de datos externas, se realiza un convenio en el que se especifican entre otros, la seguridad y confidencialidad de la información, con la entidad con la que se pretende interactuar; de igual manera el Instituto contribuye proporcionando la información correspondiente a las globalizadoras conforme a procedimiento.

## GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

- 3.101. En el Instituto se proporciona atención a pacientes con alteraciones cardiovasculares y su familia; además de dar respuesta a las dependencias gubernamentales que solicitan información.
- 3.102. En el portal institucional se encuentra disponible la información sobre los servicios que se proporcionan; de ahí mismo se pueden descargar los documentos y requisitos para realizar los trámites; así como los horarios de atención y teléfonos para solicitar la información necesaria.
- 3.103. En el Instituto se comunica de manera sistemática y continua la información relacionada con la calidad de la atención y servicios prestados; mediante diversos medios; el envío de correos electrónicos internos, para dar a conocer el nivel de satisfacción del usuario, la prevalencia de eventos adversos y cuando corresponda el cumplimiento de los indicadores que forman parte del Programa de Calidad Institucional.
- 3.104. Se reporta de manera semestral al sistema de INDICAS el nivel de cumplimiento de indicadores y satisfacción del usuario, a fin de que la información se encuentre disponible para los usuarios.
- 3.105. Los resultados obtenidos en relación con la encuesta de clima y cultura organizacional son enviados a los responsables de área con la finalidad de atender las oportunidades de mejora.
- 3.106. Cuando el paciente solicita atención y el Instituto no cuenta con los recursos para dar respuesta a la necesidad específica del paciente, se estabiliza y posteriormente se realiza el

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>35. Gestión de la información y la comunicación</b>		<b>Hoja 12 de 12</b>

procedimiento de referencia y contra referencia. Explicando en todo momento y en un lenguaje comprensible la situación del paciente.

- 3.107. El personal de salud debe proporcionar información al paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, sobre los requisitos para la realización de procedimientos y tiempos aproximados de espera.
- 3.108. El médico responsable del paciente se asegura que exista una comunicación efectiva entre el paciente y equipo de salud durante todo el proceso de atención, en especial cuando existan limitaciones como: cognitivas, visuales, auditivas, lingüísticas o culturales.
- 3.109. Es responsabilidad del personal de trabajo social informar y educar al paciente en los aspectos normativos de la institución como: medidas de seguridad, normas de comportamiento dentro de la institución, institución libre de humo de tabaco, horarios de visita y permanencia en la institución, responsabilidad de la institución respecto a artículos personales o de valor, el compromiso institucional de respeto a sus valores y creencias.
- 3.110. A fin de asegurar que la comunicación interna sea efectiva y oportuna, los Jefes de la Unidad Administrativa deben elaborar oficios ya sea impresos o en formato electrónico; la comunicación electrónica se debe realizar siempre desde el correo institucional, a fin de garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. Se utiliza también para difusión la colocación de visuales en los pasillos principales del Instituto.
- 3.111. La comunicación entre los profesionales de salud para llevar a cabo la continuidad y transferencia de la atención se realiza conforme al procedimiento de comunicación efectiva (SAER); y se documenta en los formatos correspondientes.
- 3.112. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

*[Handwritten signatures and initials in the right margin]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>36. Gestión de la información y la comunicación: expediente clínico.</b>		<b>Hoja 1 de 3</b>

**36. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN: EXPEDIENTE CLÍNICO.**

G  
 A  
 P  
 S  
 74

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>36. Gestión de la información y la comunicación: expediente clínico.</b>		<b>Hoja 2 de 3</b>

## 1. PROPÓSITO

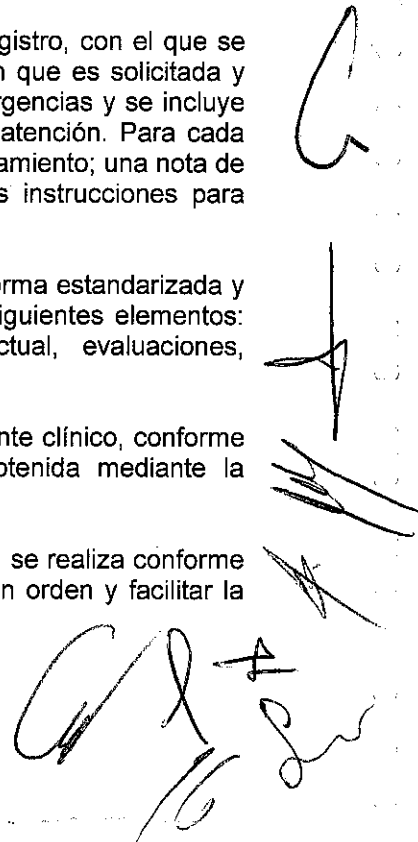
Establecer los principios para el manejo apropiado y seguro de la información del proceso de atención y evolución del paciente, que forma parte del expediente clínico conforme a la normatividad.

## 2. ALCANCE



- 2.1. A nivel interno la política será aplicable a todo el personal de salud del Instituto.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. En el Instituto el expediente clínico es la fuente primaria de información en el proceso de atención y evolución del paciente, el cual debe cumplir la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- 3.2. En el Instituto tienen acceso al expediente clínico sólo los médicos y enfermeras; y se encuentra disponible en el servicio donde se encuentre el paciente, de tal forma que se pueda documentar y actualizar la evolución para asegurar una comunicación de manera eficiente.
- 3.3. A todo paciente que es aceptado en el Instituto, se le genera un número de registro único ligado con un ID único, que es generado vía sistema desde trabajo social. El número de registro generado, corresponde con el número de expediente del paciente.
- 3.4. El expediente clínico contiene la información demográfica, antecedentes, datos clínicos y demás información relacionada con la atención del paciente; la cual se actualiza de manera constante para apoyar la toma de decisiones clínicas; lo anterior conforme a la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- 3.5. A todo paciente que llega al servicio de urgencias se le asigna un pre-registro, con el que se captan los datos demográficos del paciente, hora de llegada; información que es solicitada y capturada por la recepcionista que se encuentra ubicada en el área de urgencias y se incluye además la estratificación, que asigna el médico de la priorización de la atención. Para cada paciente que recibe atención, se elabora una nota de conclusiones del tratamiento; una nota de ingreso cuando corresponda, el estado del paciente al alta y todas las instrucciones para continuar con la atención del paciente.
- 3.6. Las notas de cambios de turno, traslado o egreso, deben elaborarse de forma estandarizada y sistemática conforme a la normatividad vigente y además contener los siguientes elementos: situación actual, antecedentes que circunscriben la enfermedad actual, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (SAER).
- 3.7. El personal médico y paramédico del Instituto debe integrar en el expediente clínico, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, la información obtenida mediante la valoración inicial y cada uno de los momentos del proceso de atención.
- 3.8. La distribución de los documentos que forman parte del expediente clínico, se realiza conforme a los lineamientos dictados por la Dirección Médica, a fin de mantener un orden y facilitar la ubicación de los documentos.





	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>36. Gestión de la información y la comunicación: expediente clínico.</b>		<b>Hoja 3 de 3</b>


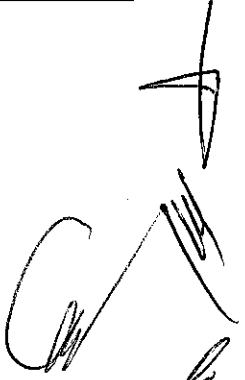
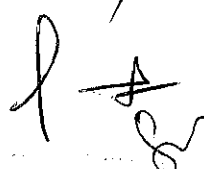

- 3.9. Cada nota o registro que forma parte del expediente clínico, debe cumplir con la normatividad vigente, debe cumplir con el nombre y firma de la persona que elaboró el registro, así como la fecha de elaboración. Cuando se trata de notas que se elaboran en el expediente electrónico, estos datos son obtenidos de manera automática.
- 3.10. El Subcomité del Expediente Clínico es el responsable de realizar la evaluación periódica del correcto llenado del expediente clínico por el personal médico y de enfermería, a través del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). Para lo cual se emplea una muestra representativa y el análisis de la información se lleva a cabo por personal médico y de enfermería.
- 3.11. Además de los ítems que se evalúan en el MECIC, se incluye un dominio que permite evaluar las barreras de seguridad y aspectos relevantes sobre la calidad de la atención y seguridad del paciente.
- 3.12. El Subcomité del Expediente Clínico realiza un análisis de patrones y tendencia, de la información obtenida de la evaluación de los expedientes de manera semestral y la información de dicho análisis permite la implementación de estrategias de mejora. Las áreas de oportunidad identificadas son informadas a la Unidad de Calidad y se integra a la matriz institucional de riesgos y problemas.
- 3.13. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>37. Gobierno, liderazgo y dirección</b>		<b>Hoja: 1 de 4</b>

**37. GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN**

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>37. Gobierno, liderazgo y dirección</b>		<b>Hoja: 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO


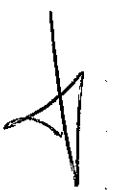


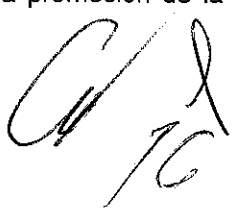
Dictar y conducir las políticas para el logro de la misión y visión institucional a manera de asegurar que la atención que se proporciona en el Instituto sea a través de procesos integrales, humanísticos, con enfoque a la calidad y seguridad del paciente; así mismo, desarrollar investigación dirigida a la resolución de las prioridades de atención cardiovascular del país y la formación de especialistas de alto nivel en el área de la cardiología y ramas afines.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno las políticas son aplicables al personal del Instituto.
- 2.2. A nivel externo las políticas son aplicables a proveedores.

## 3. POLÍTICAS, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La estructura de gobierno, facultades, atribuciones, misión, visión, organigrama y funciones del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se rigen de manera específica por la Ley de Institutos Nacionales de Salud y están debidamente documentadas y registradas en su Estatuto Orgánico y Manual de Organización Específico; lo anterior, sin menoscabo y también en estricto apego a lo contemplado en la normatividad de la Administración Pública Federal y, específicamente de las Entidades Paraestatales y el Sector Salud.
- 3.2 La Junta de Órgano de Gobierno del Instituto, ejerce las facultades y atribuciones propias de gobierno que le confiere la Ley Federal de Entidades Paraestatales y el Estatuto Orgánico del Instituto, aprobando: la misión, planes y programas de gestión, políticas y procedimientos, presupuestos y nombramiento de directivos; así como la evaluación de desempeño.
- 3.3 La Subdirección de Planeación, es la responsable de registrar, de acuerdo a la normatividad, a los integrantes del Órgano de Gobierno del Instituto.
- 3.4 La Subdirección de Planeación, es la responsable de coordinar e integrar los documentos, informes y evaluaciones que serán presentadas para su discusión al Órgano de Gobierno del Instituto.
- 3.5 El Departamento de Organización y Métodos, es el responsable de la actualización y difusión del organigrama del Instituto.
- 3.6 El Director General, conforme a las facultades y atribuciones que le confiere la Ley Federal de Entidades Paraestatales, La Ley de Institutos Nacionales de Salud y el Estatuto Orgánico del Instituto, es el responsable de dirigir el buen funcionamiento del Instituto, así como, de administrar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, conforme a la normatividad en vigor.
- 3.7 Todos los directivos y autoridades del Instituto deben estar debidamente nombrados e identificados y son responsables de trabajar colectivamente para la creación de políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión institucional y vigilar su ejecución.
- 3.8 Los responsables y directivos médicos del Instituto, deben promover la colaboración con entidades similares, con la finalidad de elaborar planes en conjunto para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las especialidades del Instituto.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>37. Gobierno, liderazgo y dirección</b>		<b>Hoja: 3 de 4</b>

- 3.9 Los servicios especializados que presta el Instituto, son los establecidos por disposición de la Ley de Institutos Nacionales de Salud, en el área de padecimientos cardiovasculares y afines.
- 3.10 La Unidad de Calidad es la responsable de elaborar, implementar y supervisar el Programa de Calidad Institucional, el cual está diseñado de manera multidisciplinaria, abarcando todo el establecimiento, con un enfoque sistémico y proactivo, con el objetivo de planificar, coordinar y controlar las acciones prioritarias para la mejora de la calidad y seguridad del paciente, su familia y el personal que participa en su atención.
- 3.11 El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) es el responsable de aprobar el Programa de Calidad Institucional; así como analizar los resultados para la toma de decisiones.
- 3.12 La utilización de nuevos equipos, insumos y medicamentos, debe ser debidamente justificada, previa evaluación de necesidades y requerimientos específicos de control de calidad y/o avalados por protocolos de investigación exitosos.
- 3.13 Cuando tenga efecto la contratación de servicios subrogados, las áreas usuarias deben apegarse al Procedimiento para la definición de especificaciones de calidad y la supervisión de servicios subrogados.
- 3.14 Los responsables médicos, de enfermería y paramédicos deben estar familiarizados y colaborar con los procesos de mejora de la calidad.
- 3.15 Los directivos del Instituto son responsables de que exista un proceso planificado de reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de todo el personal del Instituto; en colaboración con la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal.
- 3.16 Los titulares de las áreas médicas y de enfermería, son los responsables de que la estructura organizacional responda a las necesidades institucionales de manera adecuada y efectiva para coadyuvar mejor al cumplimiento ético y profesional de sus funciones.
- 3.17 Los responsables de las áreas o servicios, deben poseer las competencias y cubrir con el perfil profesional que se requiera específicamente para el cumplimiento de los objetivos de dichas áreas, contando además con el nombramiento respectivo y sus funciones y actividades por escrito.
- 3.18 Los titulares de las áreas o servicios, deben contar con el manual de procedimientos actualizado y autorizado de su área, siendo responsables de su difusión e implementación.
- 3.19 Los titulares de las áreas o servicios, son responsables de gestionar los espacios, equipo e insumos necesarios para prestar los servicios que le corresponden; así como, contar con el capital humano, con las competencias idóneas, para satisfacer las necesidades de los pacientes; en su caso, contar con procesos que permitan responder ante una escasez de recursos.
- 3.20 Los titulares de las áreas o servicios son responsables de que los perfiles de los puestos de las áreas a su cargo cuenten con los criterios adecuados y las competencias necesarias para la selección del personal profesional de dichas áreas.
- 3.21 Los titulares de las áreas o servicios son responsables de la inducción y capacitación del personal a su cargo.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>37. Gobierno, liderazgo y dirección</b>		<b>Hoja: 4 de 4</b>



- 3.22 Los titulares de las áreas o servicios, son responsables de implementar en sus áreas: controles de calidad de los servicios prestados y del desempeño del personal a su cargo, así como, con programas de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 3.23 Con la finalidad de asegurar que la atención a los pacientes se lleve a cabo dentro de un marco ético legal y con transparencia, el Instituto cuenta con los Comités de Bioética y de Bioseguridad; así como, con instrumentos que indican claramente a los pacientes quiénes son los directivos y responsables del Instituto, las políticas de admisión y de los servicios que presta.
- 3.24 El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. 2018, México; 2018	N/A
4.2 Instituto Nacional de Cardiología. Dirección General. Manual de Organización Específico.	N/A
4.3 Instituto Nacional de Cardiología. Dirección General, Estatuto Orgánico.	N/A



#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>38. Gobierno, liderazgo y dirección: operación de órganos colegiados.</b>		<b>Hoja 1 de 4</b>

### 38. OPERACIÓN DE ÓRGANOS COLEGIADOS

*Handwritten signatures and initials:*  
A large stylized signature at the top right.  
A signature below it, possibly starting with 'C' or 'A'.  
A signature below that, possibly starting with 'A'.  
A signature at the bottom right, possibly starting with 'A'.  
The number '16' is written at the bottom left of the signature area.

	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>38. Gobierno, liderazgo y dirección: operación de órganos colegiados.</b>		<b>Hoja 2 de 4</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las políticas generales para la operación de los órganos colegiados del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, a fin de estandarizar la integración, funcionamiento y seguimiento de cada uno.

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno es aplicable a los órganos colegiados del Instituto.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS






3.1. Es responsabilidad del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), establecer las políticas generales para la operación de los órganos colegiados del Instituto.



3.2. Los órganos colegiados se integran formalmente por tres o más personas, a los que se atribuyen funciones administrativas de decisión, propuesta, asesoramiento y seguimiento o control; por ejemplo las comisiones, comités, grupos de trabajo, etc.

3.3. Es responsabilidad del COCASEP, supervisar que los órganos colegiados del Instituto, cuenten con un documento que regule su integración y funcionamiento.

3.4. Es responsabilidad de los órganos colegiados elaborar el manual de integración y funcionamiento, cuando por normatividad así se requiera, de acuerdo con la siguiente estructura:




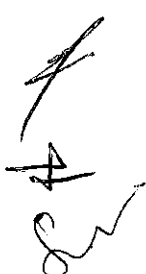
- 1) Carátula.
- 2) Hoja de aprobación.
- 3) Índice.
- 4) Introducción.
- 5) Objetivo del manual.
- 6) Políticas de operación del órgano colegiado.
- 7) Funciones del órgano colegiado.
- 8) Integración del órgano colegiado.
- 9) Funciones y responsabilidades de los integrantes del órgano colegiado.
- 10) Glosario de términos.
- 11) Aprobación del manual por los miembros del órgano colegiado (cuando aplique).
- 12) Anexos



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>38. Gobierno, liderazgo y dirección: operación de órganos colegiados.</b>		<b>Hoja 3 de 4</b>

3.5. Es responsabilidad del COCASEP, supervisar que los órganos colegiados integren las siguientes políticas, sin menoscabo de agregar la(s) políticas específicas que con base en la normatividad aplicable así requiera.

- 1) Las funciones de los miembros de los órganos colegiados de ----- son de carácter honorífico y por lo tanto no reciben ningún tipo de remuneración económica.
- 2) La instalación oficial de los órganos colegiados se instrumenta con un acta, que debe estar debidamente firmada por todos los integrantes.
- 3) Cuando existan actualizaciones en el funcionamiento o integración de los miembros del órgano colegiado, se debe documentar en la minuta de la sesión correspondiente, contando con el nombramiento cuando así aplique.
- 4) El órgano colegiado se reúne en forma ordinaria, conforme al calendario autorizado en la última reunión de cada año.
- 5) El secretario técnico, envía convocatoria y orden del día por escrito o de manera electrónica a los miembros titulares del órgano colegiado, para las sesiones ordinarias por lo menos con 5 días hábiles de anticipación y para las sesiones extraordinarias, por lo menos con 24 horas de anticipación.
- 6) El quórum legal, lo integra el presidente del órgano colegiado y el secretario técnico, o sus suplentes en su caso y el 50% más uno, del resto de los integrantes. En ausencia de ambos, no se puede efectuar la reunión.
- 7) Sólo pueden cancelarse las sesiones, cuando no existan asuntos que tratar y/o en casos de fuerza mayor, quedando documentado en la minuta de la sesión correspondiente, en cuyo caso, se debe avisar de la cancelación a los miembros del órgano colegiado, cuando menos con 24 horas de anticipación a la fecha prevista para su celebración.
- 8) Si por alguna razón no se lleva a cabo la sesión, se celebra una segunda convocatoria en la que se fija lugar, fecha y hora de la celebración de la sesión.
- 9) En ausencia de los miembros propietarios del órgano colegiado, deben asistir a las sesiones en su representación sus suplentes, quienes asumen la responsabilidad del miembro titular; el miembro propietario tiene la obligación de dar aviso al órgano colegiado mediante escrito (formato de suplente de miembro de órgano colegiado).
- 10) En caso de requerir asesoría en temas específicos, los integrantes del órgano colegiado pueden tener invitados internos o externos; y debe quedar documentado en la minuta correspondiente, la participación es honorífica y se debe conceder valor a sus recomendaciones sin voto.
- 11) Se levanta una minuta en cada Sesión Ordinaria o Extraordinaria, las cuales son resguardadas por el secretario técnico, documento que debe ser conservado conforme a los términos que disponga el Catálogo de Disposición Documental.



	<b>MANUAL DE POLÍTICAS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>38. Gobierno, liderazgo y dirección: operación de órganos colegiados.</b>		<b>Hoja 4 de 4</b>

- 12) Las decisiones y acuerdos del órgano colegiado, se toman por mayoría de votos de sus miembros y en caso de empate el presidente tiene voto de calidad.
  - 13) Los asesores e invitados que asistan a la sesión, tienen voz pero no voto y deben firmar el acta o minuta de la sesión, como constancia de su participación.
  - 14) La vigencia del órgano colegiado ----- es permanente, sin embargo, la estancia de cada uno de miembros, es con fundamento en la normatividad vigente aplicable.
  - 15) De los asuntos tratados se formulan acuerdos, quedando plasmados en la minuta, los cuales se enumeran en orden progresivo para su posterior seguimiento en el Formato seguimiento de acuerdos y deben ser enviados al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
  - 16) El seguimiento de los acuerdos que se deriven de las sesiones, deben ser difundidos si así corresponde, en un plazo no mayor a 15 días; una vez concluido el proceso de firmas en la minuta, es enviada vía electrónica al COCASEP.
  - 17) De cada reunión se levanta un acta, la que es enviada en un plazo de dos días a los miembros del órgano colegiado; quienes tienen cinco días para su revisión y comentarios. Una vez concluidos estos plazos, se da por aprobada y se remite para firma por los participantes, en el lapso de 5 días posteriores a su aprobación.
- 3.6. Los órganos colegiados del Instituto, se enlistan en el artículo 45° bis de su Estatuto Orgánico.
  - 3.7. En caso de ser necesaria la incorporación de cualquier otro órgano colegiado al Estatuto Orgánico, se debe solicitar a la Subdirección de Planeación su integración debidamente fundamentada, a fin de iniciar los trámites para la autorización de la Junta de Gobierno.
  - 3.8. El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, es sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás legislación aplicable.

#### 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
4.1. Instituto Nacional de Cardiología. Dirección General, Estatuto Orgánico.	N/A

#### 5. CAMBIOS DE VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2021	Actualización de políticas

