

PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

 SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Hospital General de Querétaro Hospital General de Querétaro.	Clave del Procedimiento: U540-DSMH-HGQ-P09		Revisión: A	
	Elaboró: Dra. Paola Patricia Soto Sánchez. Jefe del servicio de Terapia Intensiva del Hospital General de Querétaro. MA. Ma. Del Rosario Hernández Vargas. Responsable de Control de Documentos. Asesoró: C. Perla Adriana Hernández Leal. Analista del departamento de organización, desarrollo e informática.		Fecha de validación: octubre 2022	
	Aprobado por: Junta de Gobierno 4ta. Sesión ordinaria 2022. Acuerdo JG4/2022/A04			
	REVISADO Y VALIDADO POR			
	ÁREA	NOMBRE	FIRMA	
Título: Procedimiento para atención de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA)	Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios	Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz.		
	Dirección del Hospital General de Querétaro	Dr. Leopoldo Francisco Espinoza Feregrino.		
	Subdirección Médica del Hospital General de Querétaro	Dr. Fernando Domínguez Márquez.		
	Dirección de Planeación	Lic. Emilio Díaz Flores		
	Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.	M.D.O. Dra. Dulce María Ramírez Saavedra.		

1.0 OBJETIVO

Establecer políticas y actividades específicas necesarias para proporcionar un servicio funcional, eficiente y de calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), a todo paciente en estado crítico o gravemente enfermo y que requiera de atención especializada intensiva oportuna, mediante el soporte vital avanzado y asistencia de personal especializado.

2.0 ALCANCE

El presente procedimiento es de alcance general obligatorio para todo el personal adscrito y rotatorio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), del Hospital General de Querétaro, así como al personal Multidisciplinario de Salud de los diversos servicios que intervienen en el proceso de atención de pacientes graves en estado crítico; que requieran del servicio especializado de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, así como también, el personal en formación que bajo los convenios con diferentes universidades le otorgue la facultad de rotar por este servicio.

3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

APACHE: Del acrónimo en inglés Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. Sistema de clasificación pronóstica y valoración de la mortalidad, mediante la determinación de variables fisiológicas y parámetros de laboratorio.

Carta de Consentimiento Informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Cuasifalla: Falta o error que no ocurrió.

Cuidados Intensivos: A la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado crítico.

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Evento Adverso: Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

Evento Centinela: Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

Expediente clínico: Es el Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Grupo Multidisciplinario de Salud: Equipo integrado por el Jefe o Responsable del Departamento Clínico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos UCIA, de las especialidades médicas y quirúrgicas, Enfermera General, Responsable de la de Trabajo Social, Asistentes Médicas, Jefe de Mantenimiento y Servicios Generales, Ingeniería Biomédica.

Identificación Oficial: Documento oficial que comprueba la identidad del paciente.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Médico Especialista: Médico del servicio de la especialidad que se encuentra a cargo del paciente, aunque este se encuentre en la Unidad de Terapia Intensiva.

Metas internacionales de seguridad del paciente: Conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios.

Muerte encefálica: Cese completo e irreversible de la actividad encefálica la cual se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Paciente: Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

Paciente en estado crítico: Aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

Paciente inestable: Aquel que requiere de cualquier tipo de apoyo inmediato para órganos vitales debido a que presenta una condición de inestabilidad fisiológica en la cual, pequeños cambios funcionales los pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte.

Personal de salud: Conjunto de profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, entre sí y con los pacientes, con el propósito de generar acciones de promoción, prevención y protección a la salud, así como de atención a la enfermedad.

Pronóstico: Al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso.

Queja / reclamo: Es la insatisfacción del usuario o familiar, por actos u omisiones del personal institucional vinculado con la presentación de los servicios médicos.

SAPS 2 Del acrónimo en inglés Simplified Acute Physiology Score. Escala para medir la severidad de la enfermedad o del daño del paciente a ingresar al servicio de terapia intensiva.

Servicio Solicitante: Servicio en el que se encuentra ingresado u hospitalizado el paciente para el cual se solicita interconsulta a otra especialidad.

SESEQ: Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Signos Vitales: Constantes corporales esenciales para la vida (temperatura, frecuencia cardiaca o pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial).

SOFA: SOFA score. Acrónimo en inglés de Sequential Organ Failure Assesment score, la cual predice la

mortalidad del paciente basada en el grado de disfunción de 6 sistemas orgánicos, como son el Sistema Nervioso Central, Renal, Hepático, Coagulación, Respiratorio y Cardiovascular.

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

UCIA: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Área de hospitalización, en la que un equipo multidisciplinario e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

4.0 POLÍTICAS

- 4.1 El personal involucrado en el proceso de atención en el servicio de UCIA del Hospital General de Querétaro deberá conocer y aplicar el presente procedimiento para la atención de pacientes en el servicio de UCIA, así como dar cumplimiento a toda la normativa aplicable al servicio.
- 4.2 El personal adscrito y rotatorio del servicio de UCIA aplicará en el ámbito de su competencia y ejercicio de sus actividades, los principios, valores y reglas de integridad contenidas en el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades, así como en el Código de Conducta de SESEQ, siendo su incumplimiento, causal de investigación acorde a la Ley de Responsabilidades administrativas.
- 4.3 El personal de salud y administrativo que realiza actividades de atención en la UCIA, deberá mantener la confidencialidad de la información relativa a los casos evaluados y asegurar que los datos personales de los pacientes, observen el manejo que establece el numeral 5.5, 5.5.1, y 5.7 de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en apego a la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares y la Ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados del Estado de Querétaro.
- 4.4 Todo el personal adscrito, rotatorio y en formación, dentro del servicio UCIA, promoverá y aplicará las herramientas e instrumentos determinadas para la implementación de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente incluyendo del Consejo General de Salud y las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) de la Organización Mundial de Salud.
- 4.5 Todo el personal adscrito, rotatorio y en formación en la UCIA:
 - 4.5.1 Deberá portar el uniforme, credencial de identificación oficial como trabajador o becario de SESEQ y equipo de protección necesario para realizar las funciones y actividades asignadas.
 - 4.5.2 Aplicará de forma permanente las medidas de seguridad personal, del paciente y la higiene de manos.
 - 4.5.3 En cada atención deberá identificar y confirmar que los datos del paciente coincidan con los datos de la solicitud del estudio a realizar y cuando así se requiera cotejará los datos con documentos de identificación oficial del paciente.
 - 4.5.4 Atenderá al calendario de rotación dentro del servicio previa calendarización y permanecer en el área que se les asigne, acorde a las necesidades del servicio, durante su horario de trabajo.
 - 4.5.5 Realizará el enlace de turnos con el objetivo de que la atención sea continua y sean atendidos los pendientes y situaciones especiales que requieran de especial atención.
 - 4.5.6 Acudirá cuando así se requiera a realizar las valoraciones de interconsulta de terapia intensiva, evaluando al paciente para su ingreso y valorando de acuerdo a la siguiente escala de prioridad:
 - 4.5.6.1 **Prioridad I:** Pacientes inestables que requieren tratamiento médico o, medidas de soporte que no pueden ser provistas fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos.
 - 4.5.6.2 **Prioridad II:** Pacientes que requieren monitoreo intensivo e intervenciones inmediatas, con comorbilidades previas que hayan desarrollado eventos agudos.
 - 4.5.6.3 **Prioridad III:** Pacientes inestables, que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o la condición aguda, que puedan recibir tratamiento intensivo pero con limitaciones a ciertos procedimientos por ejemplo RCP, intubación, etc.
 - 4.5.6.4 **Prioridad IV:** Pacientes que por su mal pronóstico, no modificable, no son candidatos para ingreso a UCIA.
 - 4.5.7 Deberá informar al paciente y/o a su familiar, en lenguaje comprensible, de manera suficiente, clara, oportuna y veraz, acerca de su estado de salud, indicaciones, riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos, los riesgos sobre la aplicación de tratamiento o del procedimiento médico que le sean indicados, así como de su pronóstico. (Ley General de Salud, Art.51 Bis 1).

- 4.5.8 Los usuarios tendrán derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos, por lo que ante cada procedimiento invasivo a realizarse, el personal adscrito, rotatorio y becario al servicio, deberá solicitar la firma del paciente en el formato consentimiento informado para procedimientos invasivos U500-DSMH-F05 (anexo 5) En caso de urgencia o ante un paciente en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder deberá ser otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. (Ley General de Salud Art 51 Bis 2).
- 4.5.9 Deberá participar en el acompañamiento para el traslado de pacientes a otros establecimientos de salud por alta voluntaria, o en caso de traslado a otras instituciones o servicios.
- 4.5.10 Deberá de mantener informado a su jefe inmediato acerca del estado y funcionamiento del equipo del servicio correspondiente durante el turno, así como manifestar alguna opinión, sugerencia o comentario.
- 4.5.11 Deberá de abstenerse de recibir algún tipo de gratificación de parte de los pacientes por realizar su trabajo, así como evitar realizar cualquier tipo de mal uso al material e insumos del servicio que sean propiedad de SESEQ.
- 4.6 La UCIA del Hospital General de Querétaro, mantendrá su funcionamiento las 24 horas del día los 365 días del año.
- 4.7 Se aceptará como paciente del servicio de Cuidados Intensivos Adultos a todo individuo que requiera manejo médico especializado con apoyo a sus funciones vitales y monitoreo estrecho de sus constantes vitales de forma continua debido a un padecimiento agudo, o bien una descompensación grave de una patología crónica que ponga en riesgo su vida, acorde la valoración y a escalas internacionales para su pronóstico como SOFA, APACHE o SAPS 2.
- 4.8 Se brindará atención de monitoreo y cuidado a pacientes gravemente enfermos y potencialmente recuperables, mediante el soporte vital avanzado y la asistencia estrecha por parte de personal especializado, que no se puede proporcionar en otras áreas del segundo nivel de atención
- 4.9 Se tomaran como **criterios de ingreso** a la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva los siguientes:
- 4.9.1 Paciente en estado crítico con necesidad de tratamiento y monitoreo intensivo que no puede ser tratado fuera de la UCIA y que potencialmente sea recuperable.
- 4.9.2 Paciente con un evento agudo, portador de patología mórbida crónica que requiere monitoreo intensivo y que potencialmente puede requerir de una intervención inmediata.
- 4.9.3 Paciente en estado crítico y que tiene poca probabilidad de recuperarse debido a una enfermedad subyacente o a la naturaleza de una enfermedad aguda. Puede recibir tratamiento para aliviar el padecimiento agudo, aunque con limitaciones en el esfuerzo terapéutico acordes con la respuesta del mismo.
- 4.9.4 Paciente que no se encuentra en estado crítico, pero existe una alta probabilidad y un alto riesgo de presentarlo.
- 4.9.5 Paciente potencial donador de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, con muerte encefálica.
- 4.10 Se tomaran como **criterios de no ingreso** a la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva los siguientes:
- 4.10.1 Paciente con enfermedad terminal ya sea autoinmune, neoplásica o hematológica o renal.
- 4.10.2 Paciente con padecimientos infecto-contagiosos graves en fase terminal o cuando el Médico especialista haya establecido en forma escrita el mal pronóstico del paciente en el expediente clínico.
- 4.11 Se tomarán como **criterios de egreso** de la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva los siguientes:
- 4.11.1 **Mejora:**
- Cuando las condiciones que motivaron el ingreso del paciente se hayan resuelto y se encuentre estable y/o no requiere de una atención médica y monitorización intensiva / invasiva continua las 24 horas del día.

- Cuando se recupera la insuficiencia orgánica aguda que motivo su ingreso, pero persiste la amenaza de recaídas o el mecanismo desencadenante continúa presente, por lo que requiere de manejo médico especializado para su tratamiento definitivo.
- 4.11.2 **Máximo alcance terapéutico en UCIA:**
- Cuando el paciente ha dejado de necesitar la monitorización continua porque su riesgo de requerir tratamiento intensivo ha disminuido o desaparecido por completo.
 - Cuando las condiciones se hayan deteriorado y el paciente ya no es candidato a más intervenciones médico-quirúrgicas debido a un pobre pronóstico estadístico a corto plazo.
- 4.11.3 **Fallecimiento:**
- Cuando el paciente se convierta en donador de órganos y/o tejidos con fines de trasplante y se cuente con el consentimiento. (*Ver: 8.3 del Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ. U500-DSMHTRAS-P01*).
 - Cuando el paciente fallece y se continúa con los servicios funerarios; El médico de UCIA deberá verificar la ausencia de frecuencia cardiaca con electrocardiograma isoelectrico y determinar la hora de la muerte, asimismo comunicará a los familiares del deceso del paciente y procederá al llenado del certificado de defunción y la enfermera realizará cuidados postmortem de acuerdo a la instrucción de trabajo de enfermería HGQ-IT-PM-012/22 Cuidados postmortem.
- 4.11.4 **Alta voluntaria y traslado a unidad externa**
- Cuando el familiar o persona legalmente responsable del paciente o el paciente mismo solicita el alta del servicio a unidad externa por cuestiones personales, familiares o administrativas; Trabajo Social deberá informar al médico tratante en turno las causas, para que el médico elabore la nota médica y alta voluntaria correspondiente, a fin de recabar la firma del paciente, familiar o persona legalmente responsable y de un testigo, así como preparar la documentación necesaria y ser el enlace al momento que la ambulancia gestionada por el paciente o sus familiares llegue para el traslado, resguardando la documentación acorde al proceso determinado.
El equipo médico y paramédico responsable del traslado se presentará con todo el equipo requerido en UCIA para realizarlo.
- 4.12 El personal de trabajo social, deberá informarle a los familiares de los pacientes del servicio de terapia intensiva, que deberán ajustarse a las reglas internas del servicio, en cuanto a visitas, condiciones para su ingreso, higiene, o en su caso horarios de visita e informes médicos y comunicación con trabajo social.
- 4.13 Cuando el paciente cuente con derechohabencia a otra institución pública, el personal de trabajo social tendrá que informar y orientar al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la posibilidad de trasladarlo a la otra institución o a la que ellos determinen, o en su caso aceptar los costos a generarse al recibir la atención médica en el hospital y la obligación de los pagos correspondientes acorde a tabulador vigente.
- 4.14 Todas las notas, indicaciones médicas o registros dentro del expediente clínico deberán realizarse con letra legible, mecanógrafa o en el expediente electrónico; sin abreviaturas y ante cada registro deberá agregarse la fecha, hora, nombre, cédula profesional y firma de la persona que indica o realiza una nota en el mismo.
- 4.15 Ante un cambio de indicaciones médicas, de acuerdo a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente deberá registrar en expediente clínico la hora, nombre, cédula y firma del médico, y aviso verbal al personal de enfermería responsable del paciente en turno, atendiendo al procedimiento de escuchar- escribir- leer- confirmar- transcribir- y verificar deberá registrarse en bitácora.
- 4.16 Para la revisión o contacto con cualquier paciente, todo el personal deberá realizar higiene de manos utilizando los cinco momentos para prevenir y reducir el riesgo de infecciones.
- 4.17 Para realizar el interrogatorio al paciente, se podrá realizar cuando el paciente esté consciente, orientado y en condiciones de responder él mismo, en caso de no ser así, deberá realizarse el interrogatorio de forma indirecta al familiar, tutor o persona legalmente responsable.
- 4.18 Para realizar la exploración física al paciente, se solicitará en caso de ser necesario el apoyo del personal de enfermería como testigo y auxiliar en el proceso, debiendo registrar todos los hallazgos en el expediente clínico.

- 4.19 Al analizar el caso del paciente, deberá de darse revisión a lo registrado en el expediente clínico y/o electrónico, incluyendo: Notas médicas y prescripciones previas, resultado de exámenes de laboratorio y gabinete, medicamentos administrados, interconsultas efectuadas y resto de registros documentados, previo a realizar una nueva nota médica, donde ratifique o rectifique sobre el diagnóstico, plan terapéutico y probable pronóstico, acorde al caso.
- 4.20 Ante cualquier paciente al que se le detecten datos sugestivos de violencia familiar o sexual, el médico tratante del servicio, deberá elaborar y entregar a la trabajadora social la nota médica correspondiente, aviso a la fiscalía U340-SGM-F20- en original y copia, así como el "Registro de atención, en casos de violencia familiar o sexual", de acuerdo a los apéndices 1 y 2 de la NOM-046-SSA2- 2005.
- 4.21 Cuando los familiares o en su caso el paciente requieran de una alta voluntaria, trabajo social deberá informar al médico tratante en turno las causas, para que el médico elabore la nota médica y el alta voluntaria correspondiente, a fin de recabar firma del paciente, familiar o persona legalmente responsable y de un testigo y resguardar documentos acorde al proceso determinado.

5.0 RESPONSABILIDADES

5.1 Director del Hospital:

- 5.1.1 Vigilar y autorizar la aplicación del presente procedimiento para la atención de pacientes en el servicio de UCIA.
- 5.1.2 Vigilar el cumplimiento del Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades, Código de Conducta, así como de las Acciones Esenciales en Seguridad del paciente al interior del Hospital,
- 5.1.3 Supervisar que en el Hospital se realicen las acciones necesarias para promover ambientes de colaboración, seguridad, capacidad y calidad.
- 5.1.4 Dictaminar la obtención de recursos materiales, humanos, equipo e insumos necesarios para el óptimo funcionamiento del servicio de UCIA, así como el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de acuerdo a las leyes y normas aplicables.
- 5.1.5 Vigilar que se cumpla la normatividad aplicable en los servicios, a través de su Subdirector, Jefes de Unidad y Jefes de servicios; y
- 5.1.6 Instruir para que los Jefes de Unidades y servicios atiendan en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

5.2 Subdirector médico:

- 5.2.1 Vigilar, difundir y supervisar que las actividades desarrolladas en la UCIA se realicen conforme a las disposiciones normativas y jurídicas aplicables.
- 5.2.2 Difundir el Código de Ética, Código de Conducta, principios, valores, necesarios para que el funcionamiento de la organización sea el acorde a los comportamientos esperados.
- 5.2.3 Supervisar que en todos los servicios y áreas del hospital se brinde un servicio de calidad con resultados confiables y oportunos.
- 5.2.4 Supervisar y evaluar en conjunto con el resto de los jefes de servicios y de unidad que el personal que trabaja en el hospital cumpla con el desarrollo de las actividades encomendadas.
- 5.2.5 Resolver en caso de ausencia del Jefe del servicio de UCIA.
- 5.2.6 Emitir y asegurar la implementación de políticas y objetivos de calidad en los servicios de UCIA.
- 5.2.7 Validar los programas e informes que se le sean solicitados a los servicios a su cargo y revisar que la información que se genere, se refleje en los indicadores de productividad.
- 5.2.8 Definir e implementar en conjunto con las jefaturas de servicio los indicadores de desempeño y mejora de la calidad de los servicios.
- 5.2.9 Definir junto con el Jefe del servicio de UCIA, la organización del servicio, así como las funciones, responsabilidades e interrelaciones operativas del personal con otros servicios.
- 5.2.10 Asegurar y gestionar la disponibilidad de recursos humanos suficientes y competentes para el funcionamiento de UCIA.
- 5.2.11 Asegurar que se atiendan las necesidades de los usuarios de los servicios de UCIA y dar seguimiento ante cualquier queja/reclamo, solicitud o sugerencia del personal y usuarios.

- 5.2.12 Diseñar e implementar un plan de contingencia para asegurar que los servicios clave estén disponibles durante las situaciones de emergencia, contingencia.
- 5.2.13 Asegurar los mantenimientos, revisiones al equipo e instalaciones y supervisiones necesarias por el comité de seguridad e higiene para el personal.
- 5.2.14 Coordinar y autorizar el traslado de pacientes del servicio de UCIA a otros servicios como Unidad de Terapia intermedia, medicina interna, cirugía, traumatología u ortopedia.

5.3 Jefe del servicio de UCIA:

- 5.3.1 Vigilar el cumplimiento del presente procedimiento, la implementación de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente y la normatividad aplicable en el servicio a su cargo.
- 5.3.2 Coadyuvar para generar en el servicio un ambiente sano y de respeto, dando cumplimiento a los principios, valores y reglas de integridad contenidas en el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades, así como del Código de Conducta de SESEQ.
- 5.3.3 Coordinar, controlar y supervisar las actividades de UCIA en coordinación con otros servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa del Hospital, así como con otros Hospitales y Unidades especializadas y de atención de SESEQ.
- 5.3.4 Organizar el proceso de recepción, identificación, análisis, evaluación, clasificación y respuesta para el otorgamiento de atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
- 5.3.5 Supervisar las actividades técnico administrativas en relación con las metas programadas y realizadas para la atención médica, de asistencia, de educación, enseñanza, adiestramiento y formación de personal e investigación médica y social.
- 5.3.6 Elaborar, difundir y mantener actualizados procedimientos, lineamientos protocolos e instrucciones de trabajo que permitan un mejor funcionamiento del servicio de acuerdo a las necesidades y disposiciones legales.
- 5.3.7 Organizar y autorizar el traslado de pacientes del servicio de UCIA a otro servicio, analizando el caso y revisando que se cumpla con las condiciones y necesidades de personal y equipo biomédico que requiere el paciente.
- 5.3.8 Supervisar se realice el mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento del servicio de acuerdo a la calendarización y programación anual.
- 5.3.9 Determinar y gestionar los requerimientos específicos anuales para el correcto funcionamiento del servicio.
- 5.3.10 Mantener una estrecha relación con el subdirector del Hospital, a fin de informar el comportamiento del servicio y solicitar los recursos necesarios para mantenerlo y mejorarlo.
- 5.3.11 Implementar acciones de mejora que sean necesarias o a fin de dar cumplimiento a modificaciones a la Ley General de Salud, sus Reglamentos, Acuerdos de Coordinación, Convenios de Gestión, y normatividad aplicable, etc.
- 5.3.12 Supervisar que el personal haga uso consciente y racional de los recursos otorgados.
- 5.3.13 Llevar a cabo el proceso de evaluación, seguimiento y control del servicio de UCIA
- 5.3.14 Organizar, supervisar y evaluar con criterios de eficiencia y eficacia el cumplimiento de las metas establecidas acorde al servicio.
- 5.3.15 Organizar, controlar y en su caso resolver coordinadamente con el personal a su cargo sobre las necesidades de recursos materiales, insumos, desarrollo, capacitación e investigación.
- 5.3.16 Coordinar y participar directamente en la capacitación y actualización técnica permanente del personal adscrito y rotatorio al servicio, acorde con la frecuencia y prioridad de los problemas que atiende.
- 5.3.17 Supervisar sistemáticamente al personal médico en tiempo, oportunidad y calidad de los servicios proporcionados a los solicitantes.
- 5.3.18 Proporcionar servicios de atención médica directa a pacientes según el grado de complejidad de los casos, las referencias establecidas y los volúmenes de trabajo.
- 5.3.19 Informar, en los términos que determine la Subdirección de epidemiología de la Dirección de Servicios de Salud, al Servicio de epidemiología del Hospital, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la ley y normativa aplicable.
- 5.3.20 Supervisar la oportunidad y veracidad de la información estadística y de las actividades establecidas.
- 5.3.21 Realizar informes de productividad acorde a periodicidad.

- 5.3.22 Participar en actividades educativas y académicas del Hospital.
- 5.3.23 Establecer un Sistema de Gestión de Calidad en el servicio que permita implementar estrategias que garanticen la mejora continua del servicio.
- 5.3.24 Realizar prácticas de control interno de la calidad, así como participar en la supervisión del servicio y de otros del mismo Hospital, así como en los comités en los que se requiera su participación, con la finalidad de evaluar el desempeño a través de creación de indicadores de resultados y de evaluación del proceso de calidad.
- 5.3.25 Realizar con efectividad todas las actividades relacionadas con las funciones establecidas y las que se le demanden por autoridad.

5.4 **Médico especialista y personal médico asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos:**

- 5.4.1 Realizar las actividades y los procedimientos establecidos del servicio de UCIA.
- 5.4.2 Aplicar dentro de su trabajo diario lo establecido en las Guías de Práctica Clínica y apearse al cumplimiento de la normatividad.
- 5.4.3 Aplicar los procedimientos y normativa establecida para la atención médica acorde al servicio y a las acciones esenciales de la seguridad del paciente.
- 5.4.4 Cumplir con las disposiciones técnicas, administrativas, jurídicas y apego al marco legal aplicable para la atención de los pacientes.
- 5.4.5 Proporcionar atención médica, examinar, diagnosticar e instruir los tratamientos e intervenciones que se requieran acorde al padecimiento del paciente en apego a la normatividad vigente.
- 5.4.6 Jerarquizar las problemáticas y hallazgos encontrados al paciente para su estudio y tratamiento, analizando e integrando la información clínica, de diagnóstico automatizado y gabinete que sustente el diagnóstico sintomático y nosológico del paciente.
- 5.4.7 Valorar el estado del paciente, al principio y al final de su jornada, durante el pase de visita médica y cuantas veces lo requiera el caso, tomando en cuenta el aspecto biológico, psicológico y social del paciente solicitando el apoyo e intervenciones que se requiera de otras especialidades médicas.
- 5.4.8 Realizar higiene de manos utilizando los 5 momentos en cada atención y contacto con el paciente.
- 5.4.9 Realizar, supervisar y en su caso informar a su jefe inmediato sobre las desviaciones, irregularidades o casos de difícil manejo, acorde a la situación médica, legal o administrativa de los pacientes.
- 5.4.10 Participar en conjunto con el jefe inmediato en la realización de programas, procedimientos, instrucciones de trabajo, protocolos, revisión de resultados, y evaluación de indicadores y metas que deriven de la atención en el servicio.
- 5.4.11 Realizar con efectividad todas las actividades relacionadas con las funciones establecidas y las que le sean solicitadas por su jefe inmediato.
- 5.4.12 Realizar funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades sustantivas que tienen encomendadas.
- 5.4.13 Realizar las notas de evolución e indicaciones médicas que deberán de incluir como mínimo: nombre completo, fecha y hora, folio del referencia y contrarreferencia, interrogatorio, signos vitales, hallazgos a la exploración física, resultados de las determinaciones de sustancias finales del metabolismo (sangre, orina, heces), diagnóstico, plan terapéutico, pronóstico y estado de salud, nombre, firma, y cédula profesional del médico tratante
- 5.4.14 Realizar las indicaciones médicas que deberán incluir como mínimo: nombre completo, fecha y hora de indicación, tipo de procedimientos y maniobras, nombre del medicamento (genérico), medidas de dosis, según presentación del medicamento (mg, unidades, g, cm³, etc.), vía de administración, frecuencia de dosis, velocidad de infusión, tipo de exámenes de laboratorio, especificando el tipo de analítico a determinar por examen; nombre completo de los estudios de gabinete, tipos de medidas de aislamiento a seguir, nombre, cédula profesional y firma del médico tratante.
- 5.4.15 Evaluar a los pacientes para ingreso, no ingreso y egreso de la UCIA de acuerdo a los criterios establecidos en las políticas del presente instrumento.
- 5.4.16 Valorar el pronóstico de los pacientes en apego a escalas internacionales como SOFA, APACHE y SAPS 2.
- 5.4.17 Determinar el egreso del paciente del servicio de UCIA a otro servicio por mejoría o máximo alcance terapéutico, informando al Jefe del servicio, enfermería y trabajo social para que se realicen los trámites correspondientes.
- 5.4.18 Solicitar los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes en caso de requerirse, cuando así sea necesario.

- 5.4.19 El personal médico y paramédico identificará y deberá reportar las cuasifallas, eventos adversos y/o centinela.
- 5.4.20 Aplicar medidas y mecanismos de urgencia cuando se presente alguna complicación médica.
- 5.4.21 Verificar las técnicas, instrumental y equipamiento, previo a realizar cada estudio.
- 5.4.22 Valorar el buen funcionamiento de los equipos e instrumental a utilizar de forma permanente.
- 5.4.23 Adoptar y utilizar las medidas, equipo, mecanismos de seguridad y protección del paciente y de él mismo.
- 5.4.24 Valorar los estudios realizados y emitir las opiniones médicas, registrándolas en los sistemas o mecanismos que se indiquen.
- 5.4.25 Cumplir con las políticas establecidas en el presente procedimiento y aquellas que determine su jefe inmediato.

5.5 Enfermera responsable del paciente de UCIA.

- 5.5.1 Asistir profesionalmente al personal médico y a los pacientes que están siendo admitidos para recibir atención médica, realizando acciones esenciales de la seguridad del paciente.
- 5.5.2 Establecer comunicación con los diferentes servicios del hospital con el propósito de facilitar las acciones y atenciones a los pacientes, así como aquellas indicadas por los médicos tratantes.
- 5.5.3 Cumplir las indicaciones médicas y verificar su cumplimiento, previa corroboración de datos de identificación y tratamiento en órdenes médicas y registros de enfermería.
- 5.5.4 Solicitar, recibir, entregar, manejar y preparar de acuerdo a las necesidades del servicio, equipo médico, medicamentos, instrumental y material de curación.
- 5.5.5 Ministran los medicamentos específicos con precisión y oportunidad, preparar y administrar la dosificación y aplicar soluciones de acuerdo a la ministración indicada.
- 5.5.6 Verificar y cumplir los siguientes principios básicos para la ministración de medicamentos: paciente correcto; medicamento correcto; dosis correcta; vía de administración correcta; horario de ministración correcto; vía de infusión correcta; velocidad de infusión correcta; y registro correcto.
- 5.5.7 Vigilar y asistir al paciente, con especial atención ante los síntomas y signos que denoten el deterioro del estado de salud, informar de cualquier cambio al Médico de la UCIA y continuar con sus actividades técnicas de enfermería pertinentes en cada caso.
- 5.5.8 Vigilar conexiones de aparatos electro-médicos según sea el caso.
- 5.5.9 Aplicar las instrucciones de trabajo relacionadas.
- 5.5.10 Atender el aspecto psicológico y social del paciente.
- 5.5.11 Elaborar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a prioridad de necesidades detectadas.
- 5.5.12 Brindar información administrativa al familiar o persona legalmente responsable cuando lo requiera y de acuerdo al ámbito de su competencia.
- 5.5.13 Colaborar en los procedimientos necesarios en la atención de pacientes de UCIA hasta su egreso del servicio ya sea por mejoría o máximo alcance terapéutico, alta voluntaria y traslado a unidad externa o fallecimiento.
- 5.5.14 Recibir y entregar ropa, medicamentos, equipo, instrumental y material de curación de acuerdo a las instrucciones de trabajo.
- 5.5.15 Canalizar y administrar medicamentos y medios de contraste, cánulas y sondas.
- 5.5.16 Preparar e integrar el equipo para aplicar las medidas de reanimación cardiopulmonar, en caso de requerirse.
- 5.5.17 Efectuar el trámite para proporcionar los materiales que se requieran.
- 5.5.18 Asistir al paciente, y al médico ante la toma de procedimientos.
- 5.5.19 Registrar las intervenciones realizadas por el personal de enfermería en el formato registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería U340-SGM-F06 el cual deberá estar debidamente llenado, con anotaciones legibles, veraces y concretas *con tinta del color correspondiente al turno* y el cumplimiento de las indicaciones médicas descritas en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) en el turno precedente.
- 5.5.20 Realizar constantemente las actividades de toma de signos vitales, canalización y monitoreo del paciente.
- 5.5.21 Informar a su jefe inmediato superior acerca de cualquier complicación que se presente durante el ejercicio de sus actividades.

- 5.5.22 Etiquetar los recipientes de toma de muestras ante requerimiento de estudios de laboratorio clínico, incluyendo como mínimo el nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, servicio, fecha y hora de la toma.
- 5.5.23 Apoyar continuamente al Médico durante su jornada.
- 5.5.24 Organizar, custodiar y controlar diariamente los suministros, material y equipo.
- 5.5.25 Capacitar al personal de enfermería de nuevo ingreso.
- 5.5.26 Lavar, mantener y conservar el equipo y material, al término del turno.
- 5.5.27 Vigilar diariamente el orden y limpieza de salas del servicio de UCIA.
- 5.5.28 Realizar los informes que se le soliciten, así como atender a las indicaciones que le sean dadas por el jefe del servicio.
- 5.5.29 Todas aquellas que le sean conferidas por el jefe del servicio.

5.6 Personal médico de urgencias y de otros servicios para interconsulta.

- 5.6.1 Acudir a revisión del paciente y mediante interrogatorio directo o indirecto, así como mediante exploración física, análisis de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, emitiendo opinión médica acorde a la evaluación de la condición clínica y coadyuvando al plan de manejo y tratamiento.
- 5.6.2 Registrar nota médica de valoración en el formato y en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) registrando fecha y hora de la valoración, el resumen clínico donde debe incluir: hallazgos clínicos al momento, resultados de laboratorio y gabinete, tratamiento recibido durante su estancia, plan terapéutico a seguir, pronóstico, motivos por los que requirió o se requiere de otra interconsulta, motivos por lo que se sugiere traslado a otra área de hospitalización de ser el caso, así como los datos personales del médico tratante incluyendo cédula profesional, nombre completo y firma.
- 5.6.3 Integrar en el orden correspondiente la nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) al expediente clínico del paciente.

5.7 Personal de Camillería:

- 5.7.1 Trasladar pacientes del área de urgencias u hospitalización al servicio de UCIA o viceversa.
- 5.7.2 Apoyar a los pacientes en el cambio de cama.
- 5.7.3 Asistir a los pacientes en los casos que así se requiera.
- 5.7.4 Todas aquellas que le sean conferidas por el jefe del servicio o por el servicio de enfermería.

5.8 Personal de Trabajo Social:

- 5.8.1 Apoyar y orientar a los pacientes y sus familiares, respecto a los trámites administrativos requeridos durante la estancia del paciente en el hospital hasta su egreso, así como para la atención de aquellos que predispongan a la enfermedad, interfieran en el tratamiento o, impidan los beneficios óptimos esperados, derivados de la atención médica.
- 5.8.2 Otorgar los informes generales del hospital y los servicios al familiar o responsable del paciente.
- 5.8.3 Ser el enlace entre el familiar o persona legalmente responsable del paciente y el médico, en los casos en que identifique necesidad de mayor información sobre el padecimiento o el tratamiento médico con los familiares.
- 5.8.4 Realizar actividades que fomenten la participación de los familiares en los cuidados para el paciente, incluyendo la donación voluntaria de sangre.
- 5.8.5 Informar a los familiares, sobre los horarios para informe de parte médica de UCIA.
- 5.8.6 Proporcionar al paciente para su firma el consentimiento informado para procedimientos invasivos U500-DSMH-F05 (anexo 5)
- 5.8.7 Notificar a la Fiscalía y en su caso a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.
- 5.8.8 Resguardar objetos personales y notificar a fiscalía para identificación en casos de pacientes desconocidos.
- 5.8.9 Canalizar al paciente que por sus condiciones físicas, se sospeche que sea víctima de maltrato o violencia para tratamiento y apoyo psicológico con las instancias correspondientes para su atención.
- 5.8.10 Orientar al familiar en caso de solicitar alta voluntaria, reforzando la información con respecto a las consecuencias; y en caso de reiterar el alta del paciente orienta sobre trámites administrativos hasta el egreso del paciente e informa al médico tratante.

- 5.8.11 En caso de traslado a otra unidad, coordinar con el personal médico y paramédico para el traslado del paciente, elaborar notas de trabajo social, informar y orientar al familiar o persona legalmente responsable, sobre los trámites administrativos y pagos correspondientes de ser el caso.
- 5.8.12 Generar los informes mensuales para fines estadísticos le son solicitados.
- 5.8.13 Mantener actualizado el censo de pacientes de los diferentes servicios del hospital.

5.9 Personal de Admisión:

- 5.9.1 Atender al familiar usuario e indicarle sobre los trámites administrativos requeridos durante la estancia del paciente en el hospital, requiriéndole documentos e información para su correcto registro.
- 5.9.2 Otorgar informes generales del hospital y los servicios a los pacientes.
- 5.9.3 Coordinar la integración documental e información necesaria del paciente con los familiares o responsables del paciente para realizar los trámites necesarios en el hospital.
- 5.9.4 Verificar la derechohabencia del paciente a alguna otra institución pública e informar al paciente, familiar y/o responsable que es necesario acudir al establecimiento de salud correspondiente para solicitar la atención médica, proporcionando orientación al respecto.
- 5.9.5 Mantener actualizado el censo de pacientes de los diferentes servicios del hospital.

6.0 DOCUMENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

- Anexo 1. U500-DSMH-F09 Consentimiento informado para Transfusión Sanguínea
- Anexo 2.- U500-DSMH-F02 Solicitud de Interconsulta.
- Anexo 3.- U340-SGM-F05 Nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución
- Anexo 4.- U500-DSMH-F03. Carta de Consentimiento informado.
- Anexo 5.- U500-DSMH-F05. Consentimiento informado para procedimientos invasivos.
- Anexo 6.- U340-SGM-F22. Hoja de Admisión a Hospitalización.
- Anexo 7.- U340-SGM-F24 Registro Clínico de Valoración, Diagnóstico e Intervención de Enfermería en UCIA
- Anexo 8. Hoja de egreso voluntario.
- Hoja de Hospitalización. SINBA-SEUL-14-DGIS
- U340-SGM-F04 Solicitud de análisis diversos
- U340-SGM-F20. Aviso a la fiscalía
- U340-SGM-F01 Formato único de Referencia y Contrarreferencia
- U500-DSMH-F05. Estudio Social Médico
- U340-SGM-F03 Solicitud de estudios de Imagenología
- U500-DSMH-F07 Pase de visita
- U560-DSMH-CETS-F02 Solicitud de donación de sangre
- AESP1-F1 Identificación del paciente
- Bitácora de servicio de registro de ingresos, egresos e incidencias de los pacientes
- Bitácora de control y recepción de material, mobiliario y equipo inventariado del Servicio.
- Censo diario de pacientes de la Jefatura de UCIA
- Censo diario de pacientes de Trabajo Social
- U540-DSMH-HGQ-P04 Procedimiento del proceso de Admisión del Hospital General de Querétaro.
- U540-DSMH-HGQ-P06. Procedimiento para la atención de paciente en el servicio de imagenología del Hospital General de Querétaro
- U540-DSMH-HGQ-P07 Procedimiento para la atención en el servicio del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado (CEDA).
- U500-DSMH-HGQ-P08 Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos del Hospital General de Querétaro.
- U540-DSMH-HGQ-P08-IT07 Instrucción de trabajo para el uso y manejo del equipo de protección personal del Hospital General de Querétaro
- U500-DSMH-HGQ-P11 Procedimiento para la atención de pacientes en la clínica post COVID
- U500-DSMH-HGQ-P12 Procedimiento para la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro.
- U500-DSMH-TRAS-P01. Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.
- U540-DSMH-HGQ-CE-IT04 Instrucción de trabajo para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos del Hospital General de Querétaro.

U540-DSMH-HGQ-IT07 Instrucción de trabajo para la implementación de un protocolo de seguridad sanitaria para la prevención, control y mitigación de los efectos del SARS-CoV-2 (COVID-19) en las Unidades Administrativas y Establecimientos de salud pertenecientes a la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

U540-DSMH-HGQ-P10 Procedimiento para la atención de pacientes del servicio de medicina interna en el Hospital General de Querétaro.

HGQ-IT-ASM-009/22 Instrucción de trabajo para la administración segura de medicamentos

HGQ-IT-AE 013/22 Instrucción de trabajo para realizar alimentación enteral

HGQ-IT-AP-017/22 Instrucción de trabajo para realizar alimentación parenteral

HGQ-IT-ISIV-013/22 Instrucción de trabajo para instalación correcta de sonda de irrigación vesical

HGQ-IT-ISN-014/22 Instrucción de trabajo para instalación de sonda nasogástrica u orogástrica.

HGQ-IT-IET-015/22 Instrucción de trabajo de la asistencia de enfermería en la Intubación endotraqueal.

HGQ-IT-AS-016/22 Instrucción de trabajo para la aspiración de secreciones.

HGQ-IT-TP-019/22 Instrucción de trabajo para el traslado intrahospitalario del paciente.

HGQ-IT-PV-042/22 Instrucción de trabajo para el pase de visita por turno al paciente del Hospital General de Querétaro

HGQ-IT-PM-012/22 Cuidados postmortem.

Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

7.0 REFERENCIAS

Ley General de Salud.

Ley General de Mejora Regulatoria.

Ley de Salud del Estado de Querétaro.

Ley de Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro.

Ley de Mejora Regulatoria del Estado de Querétaro.

Ley de Derechos Humanos del Estado de Querétaro.

Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.

Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro.

Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Reglamento Interior de Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ).

Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades.

Código de Conducta de Servicios de Salud del estado de Querétaro

Manual de Organización General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

SINTESIS de la Recomendación General No. 29/2017 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicio de salud. Publicado en el DOF: 24 de febrero de 2017.

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental en salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.

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-026-STPS-1998, "Colores y señales de seguridad e higiene e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías".

Guías de Práctica Clínicas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)

Plan Nacional de Desarrollo vigente.

Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, CSG.

Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Unidad Administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. www.conamed.gob.mx

Carta de los Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud.

Estándares para certificar hospitales. Consejo de Salubridad General

Lineamientos generales para el primer y segundo nivel de atención en salud durante la contingencia por COVID-19

8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

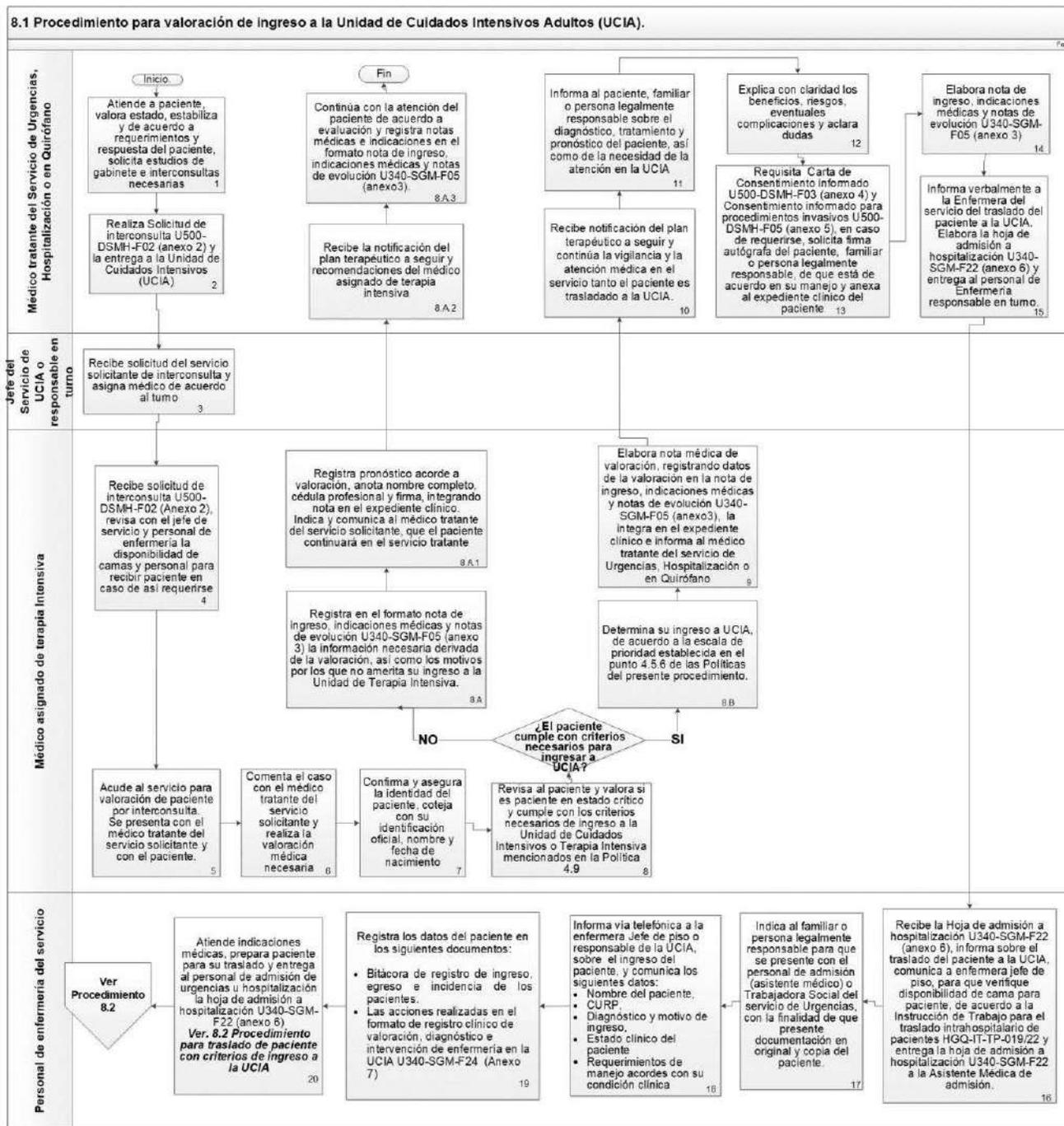
8.1 Procedimiento para valoración de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).

RESPONSABLE	No. Actividad	DESCRIPCIÓN
Médico tratante del servicio de Urgencias, Hospitalización o en Quirófano	1	Atiende a paciente, valora estado, estabiliza y de acuerdo a requerimientos y respuesta del paciente, solicita estudios de gabinete e interconsultas necesarias.
	2	Realiza solicitud de interconsulta U500-DSMH-F02 (anexo 2) y la entrega a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIA).
Jefe del servicio de UCIA o responsable en turno	3	Recibe solicitud del servicio solicitante de interconsulta y asigna médico de acuerdo al turno.
Médico asignado de terapia Intensiva	4	Recibe solicitud de interconsulta U500-DSMH-F02 (anexo 2), revisa con el jefe de servicio y personal de enfermería la disponibilidad de camas y personal para recibir paciente en caso de así requerirse.
	5	Acude al servicio para valoración de paciente por interconsulta. Se presenta con el médico tratante del servicio solicitante y con el paciente.
	6	Comenta el caso con el médico tratante del servicio solicitante y realiza la valoración médica necesaria.
	7	Confirma y asegura la identidad del paciente, coteja con su identificación oficial, nombre y fecha de nacimiento.
	8	Revisa al paciente y valora si es paciente en estado crítico y cumple con los criterios necesarios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva mencionados en la Política 4.9. ¿El paciente cumple con criterios necesarios para ingresar a UCIA?
	8.A	NO: Registra en el formato nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) la información necesaria derivada de la valoración como: Nombre del paciente, CURP, fecha y hora de la valoración, motivo de interconsulta, diagnósticos, resumen clínico del paciente, hallazgos clínicos al momento, resultados de laboratorio y gabinete, tratamiento recibido durante su estancia, sugerencia de plan terapéutico a seguir, así como los motivos por los que no amerita su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.
	8.A.1	Registra pronóstico acorde a valoración, anota nombre completo, cédula profesional y firma, integrando nota en el expediente clínico. Indica y comunica al médico tratante del servicio solicitante, que el paciente continuará en el servicio tratante.

Médico tratante del servicio de Urgencias, Hospitalización o en Quirófano	8.A.2	Recibe la notificación del plan terapéutico a seguir y recomendaciones del médico asignado de terapia intensiva.
	8.A.3	Continúa con la atención del paciente de acuerdo a evaluación y registra notas médicas e indicaciones en el formato nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3). Fin.
Médico asignado de terapia Intensiva	8.B	SI: Determina su ingreso a UCIA, de acuerdo a la escala de prioridad establecida en el punto 4.5.6 de las Políticas del presente procedimiento.
Médico asignado de terapia Intensiva	9	Elabora nota médica de valoración, registrando lo siguiente en la nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3). <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del paciente, ● CURP, ● Fecha y hora de la valoración, ● Motivo de interconsulta, ● Diagnósticos, ● Resumen clínico del paciente, ● Hallazgos clínicos al momento, ● Resultados de laboratorio y gabinete, ● Tratamiento recibido durante su estancia, ● Sugerencia de plan terapéutico a seguir. ● Pronóstico: basado en escalas internacionales como SOFA, APACHE, SAPS 2. ● Anota su Nombre completo, cédula profesional y firma. Integra la nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) en el expediente clínico e informa al médico tratante del servicio de Urgencias, Hospitalización o en Quirófano.
Médico tratante del servicio de Urgencias, Hospitalización o en Quirófano	10	Recibe notificación del plan terapéutico a seguir y continúa la vigilancia y la atención médica en el servicio tanto el paciente es trasladado a la UCIA.
	11	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, así como de la necesidad de la atención en la UCIA.
	12	Explica con claridad los beneficios, riesgos, eventuales complicaciones y aclara dudas.
	13	Requisita carta de consentimiento informado U500-DSMH-F03 (anexo 4) y Consentimiento informado para procedimientos invasivos U500-DSMH-F05 (anexo 5), en caso de requerirse, solicita firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable, de que está de acuerdo en su manejo y anexa al expediente clínico del paciente.
	14	Elabora nota médica de egreso del Servicio, registra en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3).
	15	Informa verbalmente a la enfermera del servicio del traslado del paciente a la UCIA. Elabora la Hoja de Admisión a Hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 6) y entrega al personal de enfermería responsable en turno.

Enfermera responsable del paciente de UCIA	16	Recibe Hoja de Admisión a Hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 6), informa sobre el traslado del paciente a la UCIA, comunica a enfermera jefe de piso, para que verifique disponibilidad de cama para paciente, de acuerdo a la Instrucción de trabajo para el traslado intrahospitalario de pacientes HGQ-IT-TP-019/22 y entrega Hoja de Admisión a Hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 6) a la asistente médica de Admisión.
	17	Indica al familiar o persona legalmente responsable para que se presente con el personal de admisión (asistente Médico) o Trabajadora Social del servicio de Urgencias, con la finalidad de que presente documentación en original y copia del paciente.
	18	<p>Informa vía telefónica a la enfermera jefe de piso o responsable de la UCIA, sobre el ingreso del paciente, y comunica los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente, • CURP, • Diagnóstico y motivo de ingreso, • Estado clínico del paciente • Requerimientos de manejo acordes con su condición clínica.
	19	<p>Registra los datos del paciente en los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de registro de ingreso, egreso e incidencia de los pacientes. • Las acciones realizadas en el formato de registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería en la UCIA. U340-SGM-F24 (anexo 7)
	20	<p>Atiende indicaciones médicas, prepara paciente para su traslado y entrega al personal de admisión de urgencias u hospitalización la hoja de admisión a hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 6)</p> <p>Ver. 8.2 Procedimiento para traslado de paciente con criterios de ingreso a la UCIA.</p>

DIAGRAMA



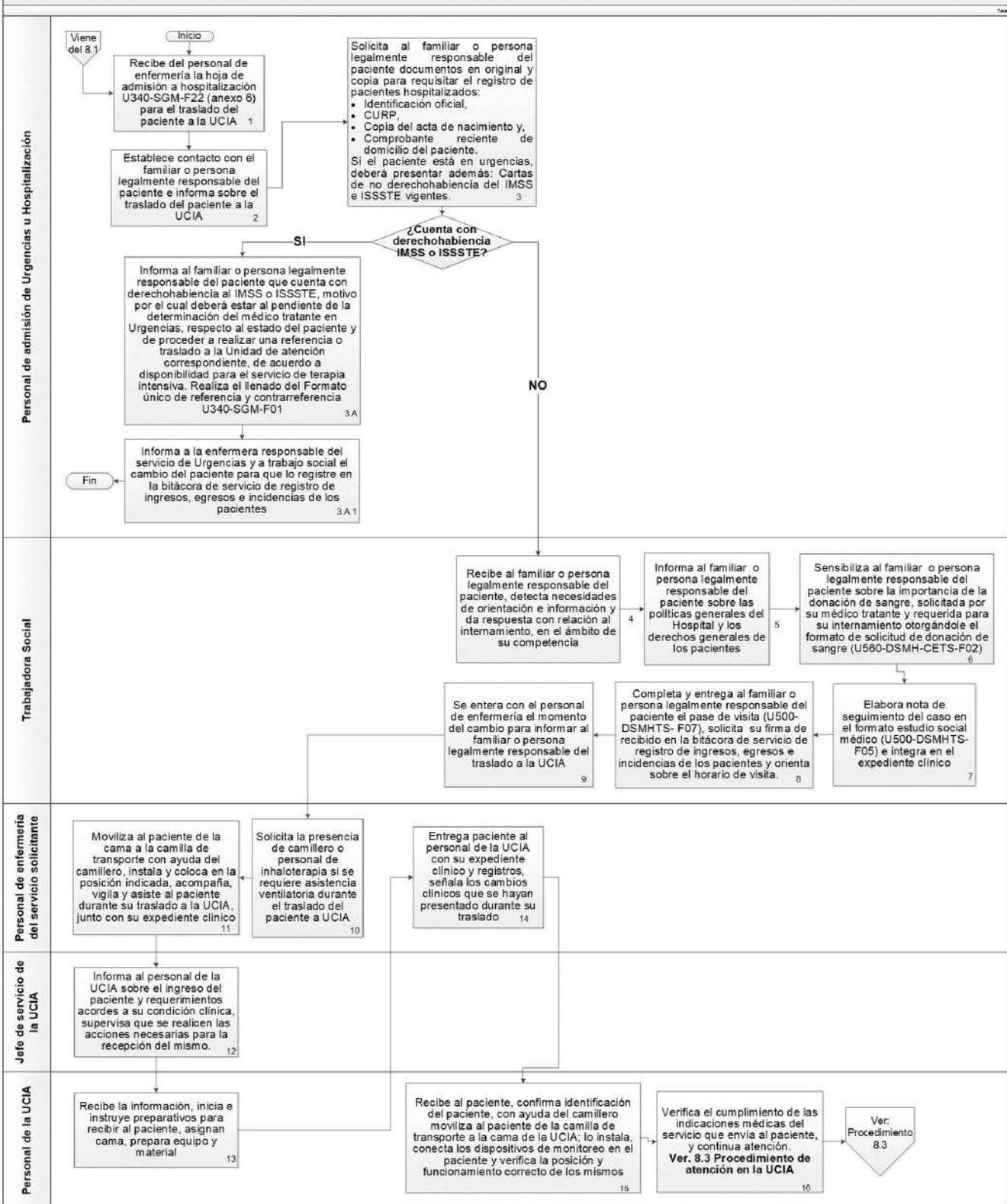
8.2 Procedimiento para el traslado del paciente con criterios de ingreso a la UCIA.

RESPONSABLE	No. Actividad	DESCRIPCIÓN
Viene del 8.1...		
Personal de admisión de Urgencias u Hospitalización	1	Recibe del personal de enfermería la Hoja de Admisión a Hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 6) para el traslado del paciente a la UCIA.
	2	Establece contacto con el familiar o persona legalmente responsable del paciente e informa sobre el traslado del paciente a la UCIA.
	3	Solicita al familiar o persona legalmente responsable del paciente documentos en original y copia para requisitar el registro de pacientes hospitalizados: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificación oficial, ● CURP, ● Copia del Acta de Nacimiento y, ● Comprobante de domicilio reciente del paciente. Si el paciente está en urgencias, deberá presentar además cartas de no derechohabencia a IMSS e ISSSTE vigentes. ¿Cuenta con derechohabencia al IMSS o ISSSTE?
	3.A	SI: Informa al familiar o persona legalmente responsable del paciente que cuenta con derechohabencia al IMSS o ISSSTE, motivo por el cual deberá estar al pendiente de la determinación del médico tratante en Urgencias, respecto al estado del paciente y de proceder a realizar una referencia o traslado a la Unidad de atención correspondiente, de acuerdo a disponibilidad para el servicio de terapia intensiva. Realiza el llenado de la Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGN-F01.
	3.A.1	Informa a la enfermera responsable del servicio de urgencias y a trabajo social el cambio del paciente para que lo registre en la bitácora de servicio de registro de ingresos, egresos e incidencias de los pacientes. FIN
Trabajadora Social	4	NO: Recibe al familiar o persona legalmente responsable del paciente, detecta necesidades de orientación e información y da respuesta con relación al internamiento, en el ámbito de su competencia.
	5	Informa al familiar o persona legalmente responsable del paciente sobre las políticas generales del hospital y los derechos generales de los pacientes.
	6	Sensibiliza al familiar o persona legalmente responsable del paciente sobre la importancia de la donación de sangre, solicitada por su médico tratante y requerida para su internamiento otorgándole el formato solicitud de donación de sangre U560-DSMH-CETS-F02.
	7	Elabora nota de seguimiento del caso en el formato estudio social médico U500-DSMHTS- F05 e integra en el expediente clínico.
	8	Completa y entrega al familiar o persona legalmente responsable Pase de visita U500-DSMHTS- F07, solicita su firma de recibido en bitácora de servicio de registro de ingresos, egresos e incidencias de los pacientes y orienta sobre el horario de visita.
	9	Se entera con el personal de enfermería el momento del cambio para informar al familiar del traslado a la UCIA.

Personal de enfermería del servicio solicitante	10	Solicita la presencia de camillero o personal de inhaloterapia si se requiere asistencia ventilatoria durante el traslado del paciente a UCIA.
	11	Moviliza al paciente de la cama a la camilla de transporte con ayuda del camillero, instala y coloca en la posición indicada, acompaña, vigila y asiste al paciente durante su traslado a la UCIA, junto con su expediente clínico.
Jefe de Servicio de la UCIA	12	Informa al personal de la UCIA sobre el ingreso del paciente y requerimientos acordes a su condición clínica, supervisa que se realicen las acciones necesarias para la recepción del mismo.
Personal de la UCIA	13	Recibe la información, inicia e instruye preparativos para recibir al paciente, asignan cama, prepara equipo y material.
Personal de enfermería del servicio solicitante	14	Entrega paciente al personal de la UCIA con su expediente clínico y registros, señala los cambios clínicos que se hayan presentado durante su traslado.
Personal de la UCIA	15	Recibe al paciente, confirma identificación del paciente, con ayuda del camillero moviliza al paciente de la camilla de transporte a la cama de la UCIA; lo instala, conecta los dispositivos de monitoreo en el paciente y verifica la posición y funcionamiento correcto de los mismos.
	16	Verifica el cumplimiento de las indicaciones médicas del servicio que envía al paciente, y continua atención. Ver. 8.3 Procedimiento de atención en la UCIA.

DIAGRAMA

8.2 Procedimiento para traslado de paciente con criterios de ingreso a la UCIA.

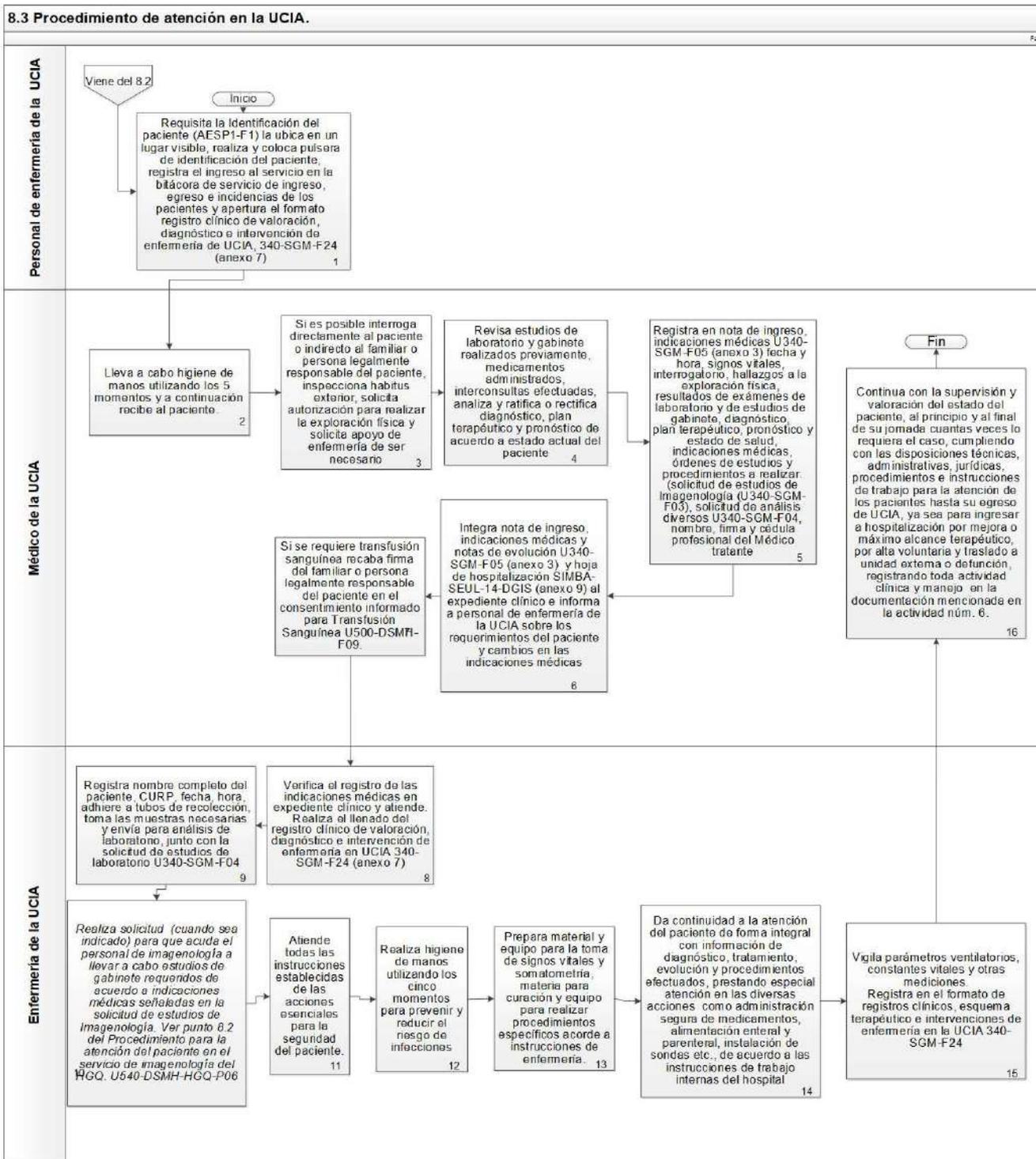


8.3 Procedimiento de atención en la UCIA.

RESPONSABLE	No. Actividad	DESCRIPCIÓN
Viene del 8.2....		
Enfermera responsable del paciente de UCIA	1	Requisita la Identificación del paciente AESP1-F1, la ubica en un lugar visible, realiza y coloca pulsera de identificación del paciente, registra el ingreso al servicio en la bitácora de servicio de ingreso, egreso e incidencias de los pacientes y apertura el formato registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería de UCIA. U340-SGM-S/N (anexo 7).
Médico de la UCIA	2	Lleva a cabo higiene de manos utilizando los 5 momentos y a continuación recibe al paciente.
	3	Si es posible, interroga directamente al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable del paciente, inspecciona habitus exterior, solicita autorización para realizar la exploración física y solicita apoyo de enfermería de ser necesario.
	4	Revisa estudios de laboratorio y gabinete realizados previamente, medicamentos administrados, interconsultas efectuadas, analiza y ratifica o rectifica diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico de acuerdo a estado actual del paciente.
	5	Registra en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) <ul style="list-style-type: none"> ● Fecha y hora, ● Signos vitales, ● Interrogatorio, ● Hallazgos a la exploración física, ● Resultados de exámenes de laboratorio y de estudios de gabinete, ● Diagnóstico, ● Plan terapéutico, ● Pronóstico y estado de salud, ● Indicaciones médicas, órdenes de estudios y procedimientos a realizar ● Solicitud de estudios de Imagenología (U340-SGM-F03), ● Solicitud de Análisis Diversos (U340-SGM-F04) ● Nombre, firma y cédula profesional del médico tratante.
	6	Integra nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3), y Hoja de hospitalización SIMBA-SEUL-14-DGIS (anexo 8) al expediente clínico e informa a personal de enfermería de la UCIA sobre los requerimientos del paciente y cambios en las indicaciones médicas.
7	Si se requiere transfusión sanguínea recaba firma del familiar o persona legalmente responsable del paciente en el Consentimiento Informado para Transfusión sanguínea. U500-DSMH-F09 (anexo 1)	

Enfermera responsable del paciente de UCIA	8	Verifica el registro de las indicaciones médicas en expediente clínico y atiende. Realiza el llenado del registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería en UCIA U340-SGM-F24 (anexo 7)
	9	Registra nombre completo del paciente, CURP, fecha, hora, adhiere a tubos de recolección, toma las muestras necesarias y envía para análisis de laboratorio, junto con la solicitud de análisis diversos U340-SGM-F04.
	10	Realiza solicitud (cuando sea indicado) para que acuda el personal de Imagenología a llevar a cabo los estudios de gabinete requeridos de acuerdo a indicaciones médicas señaladas en solicitud de estudios de Imagenología U340-SGM-F03. <i>Ver punto 8.2 del Procedimiento para la atención de paciente en el servicio de imagenología del HGQ U540-DSMH-HGQ-P06.</i>
	11	Atiende todas las instrucciones establecidas de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.
	12	Realiza higiene de manos utilizando los cinco momentos para prevenir y reducir el riesgo de infecciones.
	13	Prepara material y equipo para la toma de signos vitales y somatometría, material para curación y equipo para realizar procedimientos específicos acorde a instrucciones de enfermería.
	14	Da continuidad a la atención del paciente de forma integral con información de diagnóstico, tratamiento, evolución y procedimientos efectuados prestando especial atención en la administración segura de medicamentos, alimentación enteral, realizar alimentación parenteral, la instalación correcta de sonda de irrigación vesical, la instalación de sonda nasogástrica u orogástrica, la asistencia de enfermería en la intubación endotraqueal, así como la aspiración de secreciones, de acuerdo a la instrucciones de trabajo internas del hospital.
	15	Vigila parámetros ventilatorios, constantes vitales y otras mediciones. Registra en el formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la UCIA U340-SGM-F24 (anexo 7).
Médico de la UCIA	16	Continúa con la supervisión y valoración del estado del paciente, al principio y al final de su jornada cuantas veces lo requiera el caso, cumpliendo con las disposiciones técnicas, administrativas, jurídicas y en apego al marco legal aplicable para la atención de los pacientes, hasta que sea egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos, ya sea para pasar a hospitalización por mejora o máximo alcance terapéutico, por alta voluntaria y traslado a unidad externa o por defunción, registrando toda actividad clínica y manejo en la documentación mencionada en la actividad No. 6 de este procedimiento). FIN

DIAGRAMA

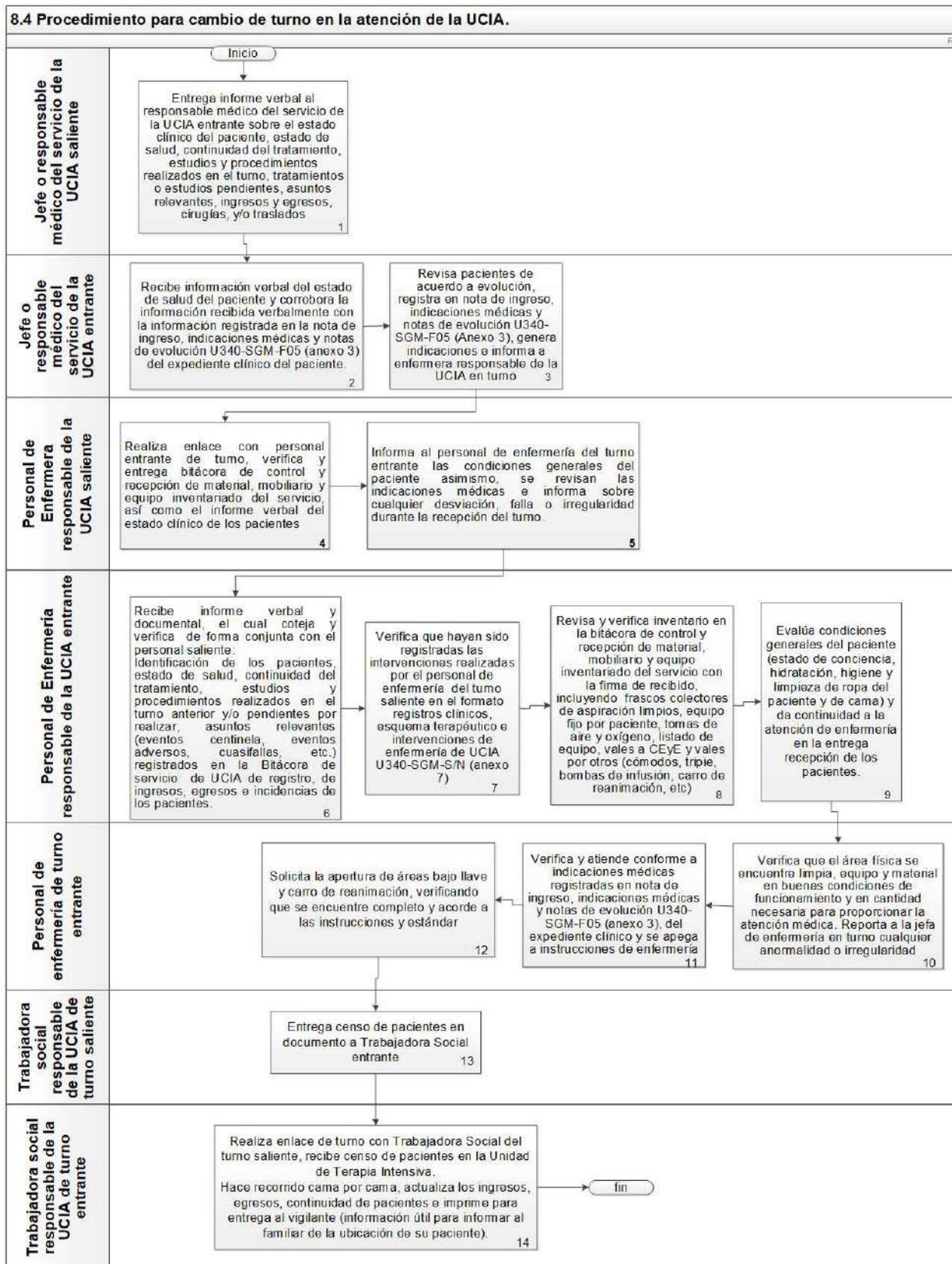


8.4 Procedimiento para cambio de turno en la atención de la UCIA

RESPONSABLE	No. Actividad	DESCRIPCIÓN
Jefe o responsable médico de servicio de la UCIA saliente	1	Entrega informe verbal al Jefe o responsable médico del servicio de la UCIA entrante sobre el estado clínico del paciente, estado de salud, continuidad del tratamiento, estudios y procedimientos realizados en el turno, tratamientos o estudios pendientes, asuntos relevantes, ingresos y egresos, cirugías, y/o traslados.
Jefe o responsable médico del servicio de la UCIA entrante	2	Recibe información verbal del estado de salud del paciente y corrobora la información recibida verbalmente con la información registrada en la nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3) del expediente clínico del paciente.
	3	Revisa pacientes de acuerdo a evolución, registra en nota de evolución e indicaciones médicas U340-SGM-F05 (anexo 3), genera indicaciones e informa e enfermera responsable de la UCIA en turno.
Personal de enfermería responsable de la UCIA saliente	4	Realiza enlace con personal entrante de turno, verifica y entrega bitácora de control y recepción de material, mobiliario y equipo inventariado del servicio, así como el informe verbal del estado clínico de los pacientes.
	5	Informa al personal de enfermería del turno entrante las condiciones generales del paciente, asimismo, se revisan las indicaciones médicas e informa sobre cualquier desviación, falla o irregularidad durante la recepción del turno.
Personal de enfermería responsable de la UCIA entrante	6	Recibe informe verbal y documental, el cual coteja y verifica de forma conjunta con el personal saliente: Identificación de los pacientes, estado de salud, continuidad del tratamiento, estudios y procedimientos realizados en el turno anterior y/o pendientes por realizar, asuntos relevantes (eventos centinela, eventos adversos, cuasifallas, etc.), registrados en la Bitácora de servicio de UCIA de registro, de ingresos, egresos e incidencias de los pacientes.
	7	Verifica que hayan sido registradas las intervenciones realizadas por el personal de enfermería del turno saliente en el formato registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería de UCIA. U340-SGM-S/N (anexo 7)
	8	Revisa y verifica inventario en la bitácora de control y recepción de material, mobiliario y equipo inventariado del servicio, firma de recibido incluyendo frascos colectores de aspiración limpios, equipo fijo por paciente, tomas de aire y oxígeno, listado de equipo, vales a CEyE y vales por otros (cómodos, tripie, bombas de infusión, carro de reanimación, etc.)
	9	Evalúa condiciones generales del paciente, (estado de conciencia, hidratación, higiene y limpieza de ropa del paciente y de cama) y da continuidad a la atención de enfermería en la entrega recepción de los pacientes.

	10	Verifica que el área física se encuentre limpia, equipo y material en buenas condiciones de funcionamiento y en cantidad necesaria para proporcionar la atención médica. Reporta a la jefa de enfermería en turno cualquier anomalía o irregularidad.
	11	Verifica y atiende conforme a indicaciones médicas registradas en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3), del expediente clínico y se apega a instrucciones de enfermería.
	12	Solicita la apertura de áreas bajo llave y carro de reanimación, verificando que se encuentre completo y acorde a las instrucciones y estándar.
Trabajadora social responsable de la UCIA de turno saliente	13	Entrega censo de pacientes en documento a la Trabajadora Social entrante.
Trabajadora social responsable de la UCIA de turno entrante	14	Realiza enlace de turno con la Trabajadora Social del turno saliente, recibe censo de pacientes en la Unidad Terapia Intensiva. Hace recorrido cama por cama, actualiza los ingresos, egresos, continuidad de pacientes e imprime para entregar al vigilante (información útil para informar al familiar de la ubicación de su paciente)
		FIN del proceso.

DIAGRAMA



8.5 Procedimiento de egreso de UCIA

RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Médico de UCIA	1	Revisa al paciente y valida su egreso con base al cumplimiento de los Criterios de Egreso (Ver políticas 4.11).
	1.A	Pasa a otro servicio interno. Egresa al paciente a Hospitalización en servicio de terapia intermedia o medicina interna, cirugía, traumatología y ortopedia por mejora o máximo alcance terapéutico en UCIA.
	1.A.1	Informa al Jefe de servicio de UCIA la decisión de enviar al paciente al servicio de hospitalización. Solicita su traslado a otro servicio.
Jefe del servicio de UCIA	1.A.2	Analiza el caso y después de realizar la revisión correspondiente y constatar que cumple los criterios para su egreso, acepta la decisión de traslado.
	1.A.3	Notifica al subdirector médico de la necesidad que se requiere para trasladar al paciente. Informa las condiciones y necesidades de personal y equipo biomédico si es que lo requiere el paciente.
Subdirector médico	1.A.4	Solicita al Jefe de servicio donde se requiere enviar y trasladar al paciente, su aceptación y disponibilidad de cama.
Jefe de servicio a donde se enviará al paciente	1.A.5	Acepta el traslado del paciente en base a hallazgos y a la disponibilidad de personal, equipo biomédico y cama hospitalaria y le informa al Subdirector médico.
Subdirector médico	1.A.6	Toma nota y se comunica con el Jefe del servicio de UCIA para informar el número de cama a dónde se trasladará el paciente.
Jefe del servicio de UCIA	1.A.7	Informa al médico de UCIA y a la enfermera responsable del paciente la respuesta favorable del traslado del paciente a hospitalización.
Enfermera responsable del paciente de UCIA	1.A.8	Solicita la cama para el paciente a la enfermera del servicio a dónde se trasladará y registra el egreso del servicio en la bitácora de servicio de ingreso, egreso e incidencias de los pacientes de UCIA.
Enfermera del servicio a donde se traslada el paciente	1.A.9	Informa a la enfermera de hospitalización en el servicio correspondiente el número de cama que se le asigno y la hora en que podrá recibirlo.
Enfermera responsable del paciente de UCIA	1.A.10	Prepara al paciente para su egreso y solicita al camillero el apoyo para el traslado
	1.A.11	Informa a la trabajadora social sobre el egreso del paciente y número de cama asignado para que actualice el censo de trabajo social y documente el cambio de lugar para que dé seguimiento de acuerdo a los lineamientos e Instrucciones de Trabajo del hospital hasta su alta y egreso.
	1.A.12	Traslada al paciente con el expediente clínico completo así como documentación complementaria, equipo biomédico de soporte y le informa a la enfermera responsable del paciente sobre las necesidades que requiere el paciente para su atención (Bomba de infusión, ventilación mecánica, venoclisis, líneas arteriales).

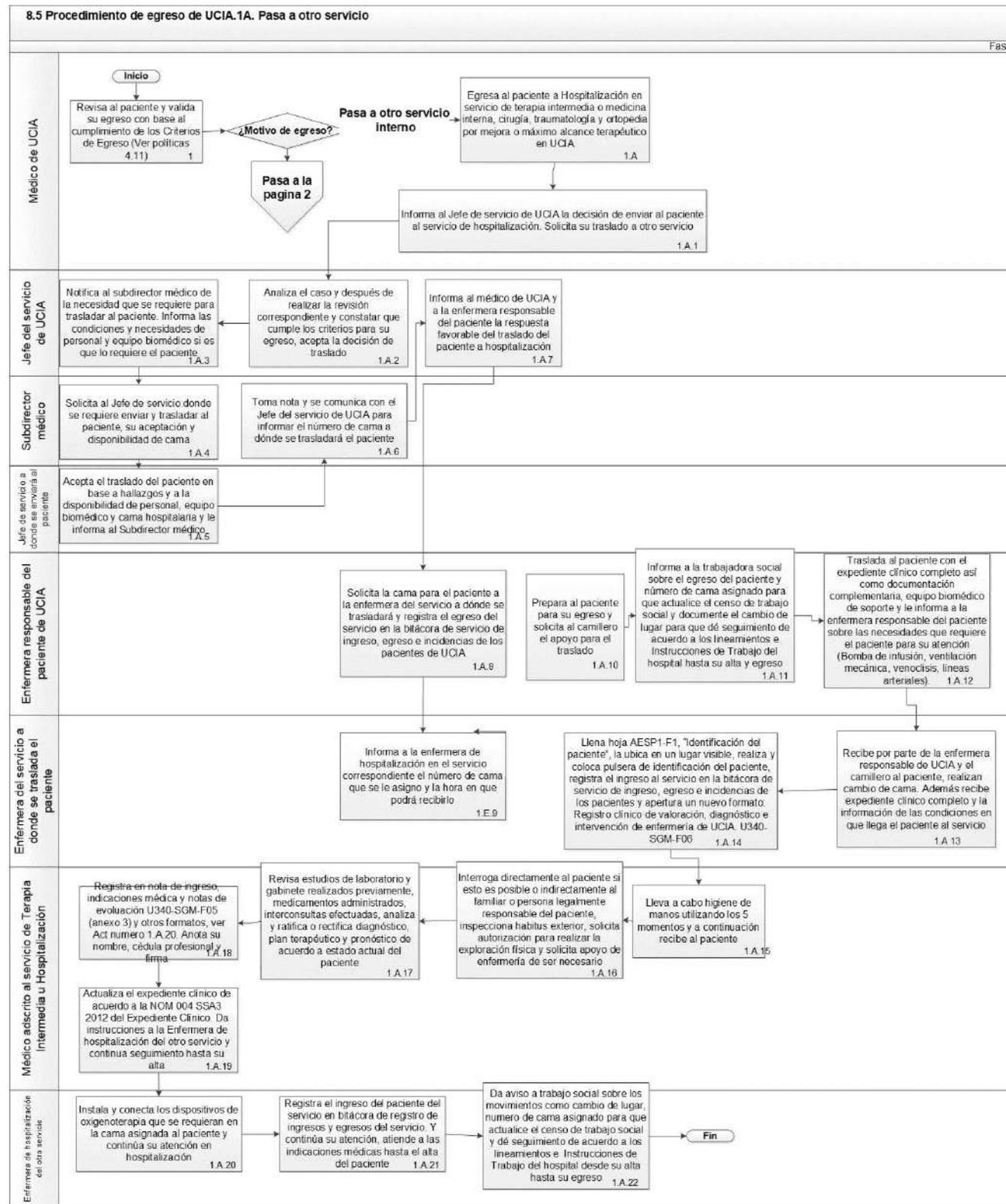
RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Enfermera del servicio a dónde se traslada el paciente	1.A.13	Recibe por parte de la enfermera responsable de UCIA y el camillero al paciente, realizan cambio de cama. Además recibe expediente clínico completo y la información de las condiciones en que llega el paciente al servicio.
	1.A.14	Llena hoja AESP1-F1, "Identificación del paciente", la ubica en un lugar visible, realiza y coloca pulsera de identificación del paciente, registra el ingreso al servicio en la bitácora de servicio de ingreso, egreso e incidencias de los pacientes y apertura un nuevo formato: Registro clínico de valoración, diagnóstico e intervención de enfermería U340-SGM-F06.
Médico adscrito al servicio de Unidad de Terapia Intermedia u Hospitalización	1.A.15	Lleva a cabo higiene de manos utilizando los 5 momentos y a continuación recibe al paciente.
	1.A.16	Interroga directamente al paciente si esto es posible o indirectamente al familiar o persona legalmente responsable del paciente, inspecciona habitus exterior, solicita autorización para realizar la exploración física y solicita apoyo de enfermería de ser necesario.
	1.A.17	Revisa estudios de laboratorio y gabinete realizados previamente, medicamentos administrados, interconsultas efectuadas, analiza y ratifica o rectifica diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico de acuerdo a estado actual del paciente.
	1.A.18	<p>Registra en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fecha y hora, ● Signos vitales, ● Interrogatorio, ● Hallazgos a la exploración física, ● Resultados de exámenes de laboratorio y de estudios de gabinete, ● Diagnóstico, ● Plan terapéutico, ● Pronóstico y estado de salud, ● Indicaciones médicas, órdenes de estudios y procedimientos a realizar ● Solicitud de estudios de Imagenología (U340-SGM-F03), ● Solicitud de Análisis Diversos U340-SGM-F04 <p>Anota su nombre, cédula profesional y firma.</p>
1.A.19	Actualiza el expediente clínico de acuerdo a la NOM 004 SSA3 2012 del Expediente Clínico. Da instrucciones a la Enfermera de hospitalización del otro servicio y continua seguimiento hasta su alta.	

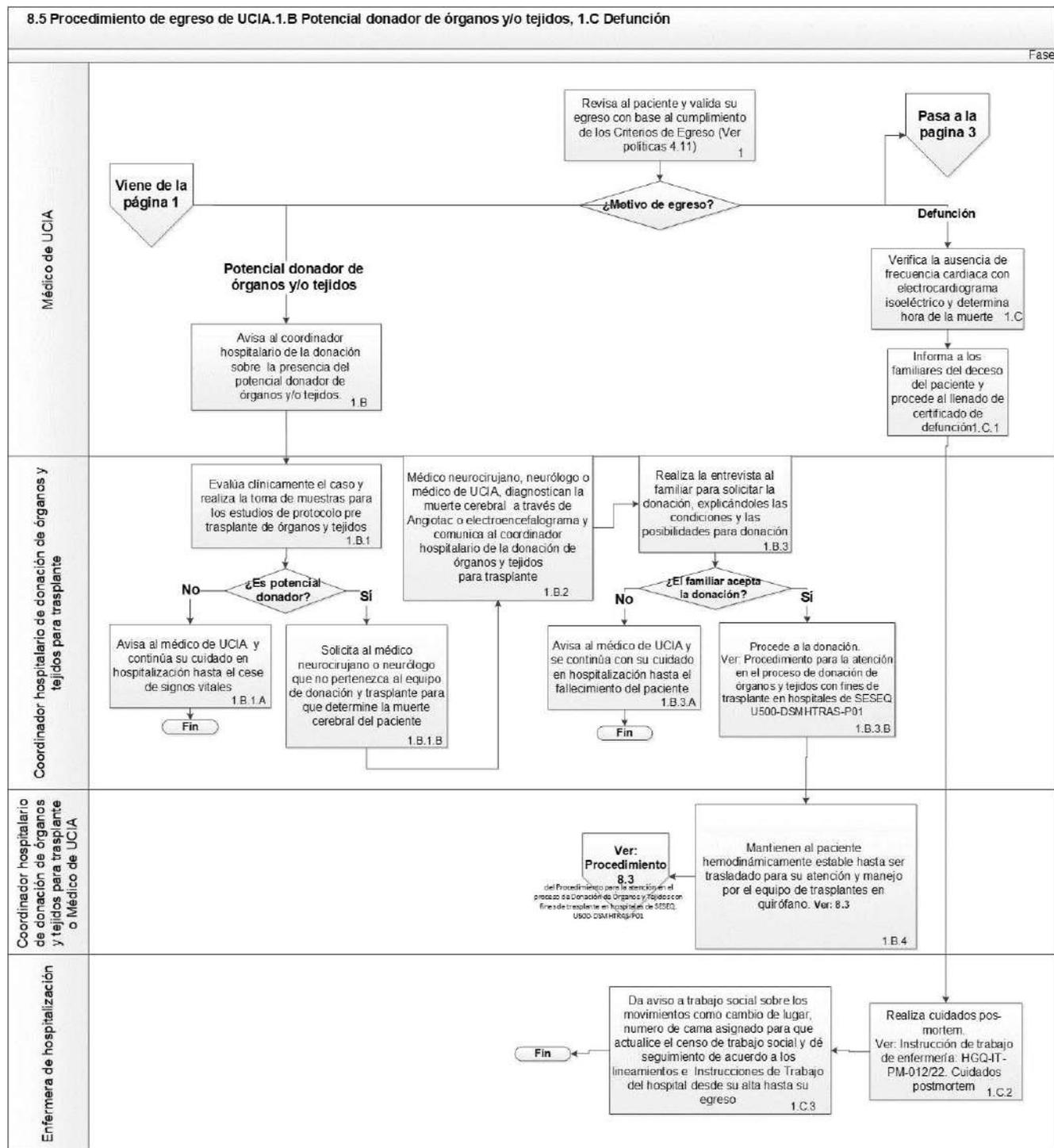
RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Enfermera de hospitalización del otro servicio	1.A.20	Instala y conecta los dispositivos de oxigenoterapia que se requieran en la cama asignada al paciente y continúa su atención en hospitalización.
	1.A.21	Registra el ingreso del paciente del servicio en bitácora de registro de ingresos y egresos del servicio. Y continúa su atención, atiende a las indicaciones médicas hasta el alta del paciente.
	1.A.22	Da aviso a trabajo social sobre los movimientos como cambio de lugar, numero de cama asignado para que actualice el censo de trabajo social y dé seguimiento de acuerdo a los lineamientos e Instrucciones de Trabajo del hospital desde su alta hasta su egreso. FIN
Médico de UCIA	1.B	Potencial donador de órganos y/o tejidos. Avisa al coordinador hospitalario de la donación sobre la presencia del potencial donador de órganos y/o tejidos.
Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplante	1.B.1	Evalúa clínicamente el caso y realiza la toma de muestras para los estudios de protocolo pre trasplante de órganos y tejidos. ¿Es potencial donador?
	1.B.1.A	No. Avisa al médico de UCIA y continúa su cuidado en hospitalización hasta el cese de signos vitales. FIN
	1.B.1.B	Sí. Solicita al médico neurocirujano o neurólogo que no pertenezca al equipo de donación y trasplante para que determine la muerte cerebral del paciente.
	1.B.2	Médico neurocirujano, neurólogo o médico de UCIA, diagnostican la muerte cerebral a través de Angiotac o electroencefalograma y comunica al coordinador hospitalario de la donación de órganos y tejidos para trasplante.
	1.B.3	Realiza la entrevista al familiar para solicitar la donación, explicándoles las condiciones y las posibilidades para donación. ¿El familiar acepta la donación?
	1.B.3.A	No. Avisa al médico de UCIA y se continúa con su cuidado en hospitalización hasta el fallecimiento del paciente. FIN
	1.B.3.B	Sí. Procede a la donación. Ver: Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ U500-DSMHTRAS-P01.

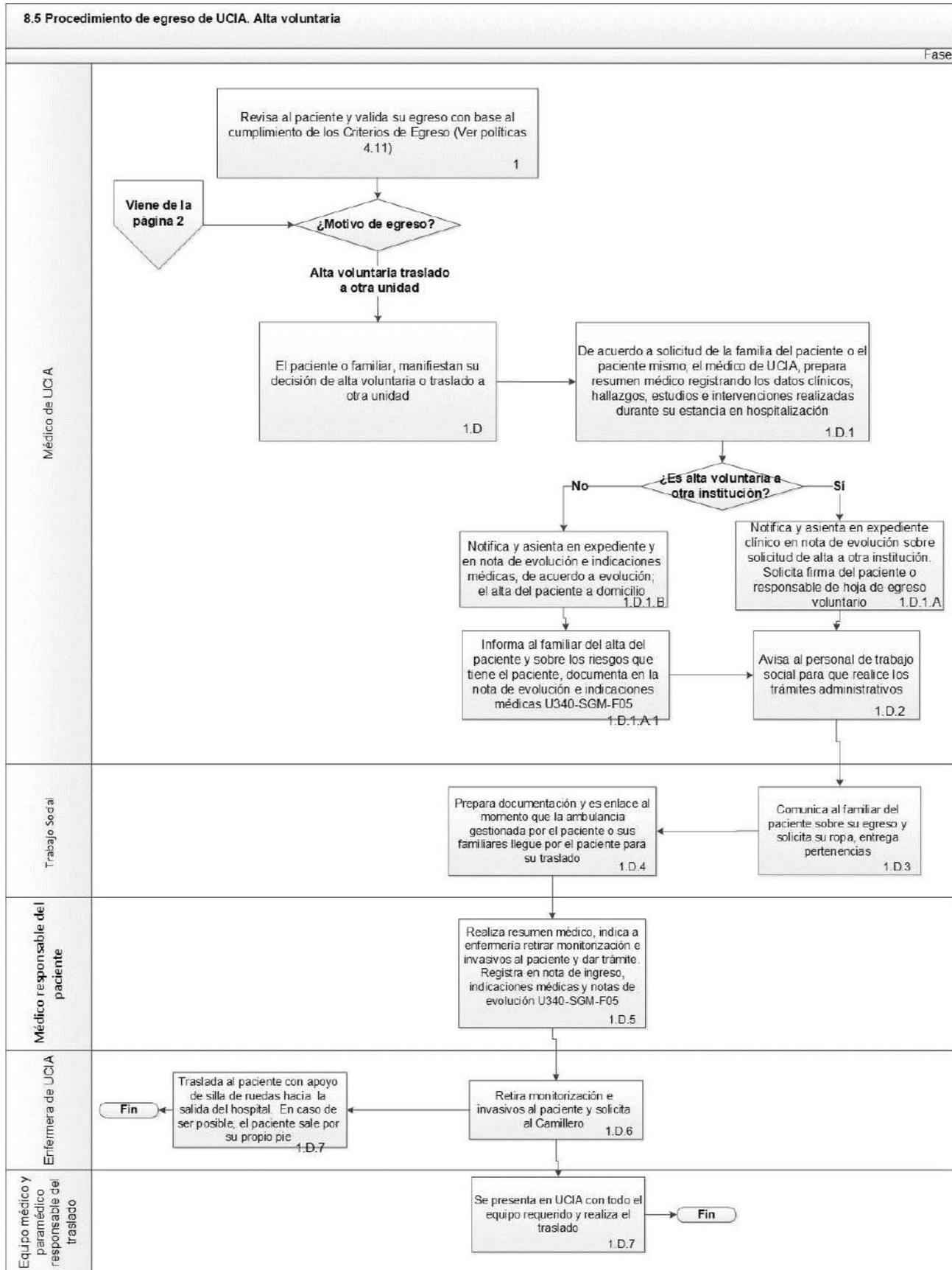
RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplante o Médico de UCIA	1.B.4	Mantienen al paciente hemodinámicamente estable hasta ser trasladado para su atención y manejo por el equipo de trasplantes en quirófano. Ver: 8.3 del Procedimiento para la atención en el proceso de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ. U500-DSMHTRAS-P01.
Médico de UCIA	1.C	Defunción. Verifica la ausencia de frecuencia cardiaca con electrocardiograma isoelectrico y determina hora de la muerte.
	1.C.1	Informa a los familiares del deceso del paciente y procede al llenado de certificado de defunción.
Enfermera de hospitalización	1.C.2	Realiza cuidados pos-mortem. Ver: Instrucción de trabajo de enfermería: HGQ-IT-PM-012/22. Cuidados postmortem.
	1.C.3	Da aviso a trabajo social sobre los movimientos como cambio de lugar, numero de cama asignado para que actualice el censo de trabajo social y dé seguimiento de acuerdo a los lineamientos e Instrucciones de Trabajo del hospital desde su alta hasta su egreso. FIN
Médico de UCIA	1.D	Alta voluntaria traslado a otra unidad. El paciente o familiar, manifiestan su decisión de alta voluntaria o traslado a otra unidad.
	1.D.1	De acuerdo a solicitud de la familia del paciente o el paciente mismo, el médico de UCIA, prepara resumen médico registrando los datos clínicos, hallazgos, estudios e intervenciones realizadas durante su estancia en hospitalización. ¿Es alta voluntaria a domicilio?
	1.D.1.A	Si. Notifica y asienta en expediente clínico en nota de evolución sobre solicitud de alta a otra institución. Solicita firma del paciente o responsable en hoja de Egreso voluntario (Anexo 8) Pasa a actividad 1.D.2
	1.D.1.B	Notifica y asienta en expediente y en nota de evolución e indicaciones médicas, de acuerdo a evolución el alta del paciente a domicilio.
	1.D.1.A.1	Informa al familiar del alta del paciente y sobre el plan de cuidados a seguir en casa, documentados en la nota de evolución e indicaciones médicas U340-SGM-F05 Pasa al punto 1.D.2
	1.D.2	Avisa al personal de trabajo social para que realice los trámites administrativos.

RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Trabajo social	1.D.3	Comunica al familiar del paciente sobre su egreso y entrega pertenencias.
	1.D.4	Prepara documentación y es enlace al momento que la ambulancia gestionada por el paciente o sus familiares llegue por el paciente para su traslado.
Médico de UCIA	1.D.5	Realiza resumen médico, indica a enfermería retirar monitorización e invasivos al paciente y dar trámite. Registra en nota de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05
Enfermera responsable del paciente de UCIA	1.D.6	Retira monitorización e invasivos al paciente y solicita al Camillero prepara al paciente para su traslado
	1.D.7	Traslada al paciente con apoyo de silla de ruedas hacia la salida del hospital. En caso de ser posible, el paciente sale por su propio pie FIN
Equipo médico y paramédico responsable del traslado	1.D.8	Se presenta en UCIA con todo el equipo requerido y realiza el traslado. FIN

DIAGRAMA







9.0 CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	octubre 2022	Elaboración del procedimiento.

10. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado para Transfusión. U500-DSMH-F09

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Área Médica
Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea (U500-DSMH-F09).
 Unidad: _____



Fecha: ___ / ___ / 20__ Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ CURP _____
 No. Expediente _____ Nombre del representante (solo en caso de incapacidad de paciente) _____
 JNE o Identificación oficial: _____

Información sobre la Transfusión

La terapia transfusional es una herramienta terapéutica que puede utilizar su Médico con el objeto de colaborar en el tratamiento y la recuperación de su salud. Con toda esta información usted tiene la facultad para decidir si acepta o no el procedimiento.

En que consiste una transfusión sanguínea.

Es la administración por vía endovenosa de un componente de la sangre, estos pueden ser: Glóbulos rojos, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado y Crioprecipitados.

Riesgos de la Transfusión.

Los productos que componen la sangre que usted puede recibir provienen de personas, donantes de sangre, que han sido sometidas a un riguroso proceso de selección; la sangre proviene del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. El procedimiento de transfusión consiste en la aplicación de sangre estudiada y negativa para agentes infectantes de las siguientes enfermedades: Sífilis, Chagas, VIH, VHB, Brucella, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, se realizan las pruebas necesarias para asegurar que el hemocomponente elegido para su tratamiento es absolutamente compatible con su grupo sanguíneo. Además se cuenta con un proceso de vigilancia activa de la terapia transfusional con el objeto de pesquisar precozmente una reacción adversa e iniciar tratamiento.

Aún así, considerando todas las actividades que se realizan para un procedimiento seguro, existen riesgos. Las reacciones adversas observadas no superan el 1%. Entre los efectos adversos asociados a la transfusión pueden ser: fiebre, calofríos, son relativamente frecuentes y fáciles de tratar reacciones alérgicas (inmediatas o tardías), debido al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor, reacciones febriles no hemolíticas, sin embargo también existen reacciones graves que pueden poner en peligro la vida de un paciente y que pueden requerir de tratamientos especiales e incluso requerir manejo en Unidad de Terapia Intensiva.

Para que la transfusión se lleve a cabo, al paciente se le realizarán previamente: Toma de muestra de sangre para realizar análisis y determinar su grupo sanguíneo ABO y RH, pruebas de compatibilidad sanguínea y todas las pruebas que se consideren necesarias para evitar o disminuir posibles complicaciones inmunohematológicas como consecuencia de transfusiones previas. En caso de ser aceptada la transfusión, el personal responsable a cargo del paciente, tiene el compromiso de vigilar la transfusión con respecto a: Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos, fecha y hora de inicio toma de signos vitales y al finalizar cada transfusión, control de la transfusión.

Consentimiento

Yo por mí mismo o en representación del paciente, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la transfusión sanguínea y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado, se me ha permitido realizar preguntas y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

Declaro: El Médico me explicó de manera clara y completa los motivos de la necesidad de realizar la(s) transfusión(es) sanguínea(s), sus riesgos, sus beneficios y otras alternativas. He recibido información amplia sobre el procedimiento de transfusión de sangre y sus componentes, con respuesta a todas mis preguntas y estoy satisfecho(a) con la explicación. Ejerciendo mi derecho de autonomía y libre de presión; Por ello conociendo los beneficios y riesgos de este tratamiento, liberando de toda responsabilidad al personal médico y paramédico, y no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con transfusiones previas, enfermedades, alergias o riesgos personales. Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar la "Revocación o rechazo del Consentimiento Informado".

Declaro comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto, Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACION Y RIESGOS, CONSIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE A QUE SE ME REALICE LA(S) TRANSFUSION(ES).

Si acepto la(s) transfusion(es) No acepto la(s) transfusion(es)

Nombre y firma del paciente y/o representante legal:

Declaración del Médico que ha informado al paciente.

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la(s) condición(es) que presenta en la actualidad. Además le he informado con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento. El (la) Paciente o representante en caso de incapacidad:

_____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Nombre, Firma y Cedula del médico: _____

Anexo 4.- Carta de Consentimiento informado. U500-DSMH-F03

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Area Médica
Carta de Consentimiento Informado U500-DSMH-F03



NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ FECHA: _____

_____ y en su caso de menores
Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente.

De edad e incapacitados para otorgar su consentimiento v/o autorización:

En apego a los artículos 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica y a la NOM-004-SSA3-2012 relativa al Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.2, se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico de la Unidad Médica:

_____ Unidad Médica

Para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios al paciente en cuestión, y para tal efecto, declara: _____

Que los médicos del hospital le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender, los procedimientos médico / quirúrgicos que se planean realizar y que tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud citado, utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de patente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica o quirúrgica en su caso, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente.

Que cualquier procedimiento médico implica una serie de riesgos no siempre previsible debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran su estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, etcétera. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

Que, en circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos actualizados con el objetivo de mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales o bien de proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente, pero para las cuales, se requiere la aplicación de sondas, catéteres, marcapasos o algún otro mecanismo según sea el caso.

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución y que ésta necesidad puede presentarse en cualquier momento de su estancia hospitalaria, para lo cual se solicitará una autorización previa del paciente o su representante legal en su caso, sin embargo en dado caso que dicha persona no autorice el procedimiento en cuestión, o bien solicite su egreso voluntario por cualquier motivo, la Unidad y el personal que en el labora, quedará automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión, así como de la evolución consecutiva del paciente.

Que en ocasiones puede ser necesaria la aplicación de sangre o productos sanguíneos para la resolución de determinados problemas de salud, por lo que se autoriza a los médicos a emplear dicha terapéutica siempre que sea necesario, con las reservas que marcan las normas vigentes.

U500-DSMH-F08

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrechamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actúe de acuerdo a su propio entender o en su caso omita las indicaciones específicas del médico tratante o personal de apoyo de la unidad:

Nombre completo del médico tratante o personal de apoyo de la Unidad.

Quedan totalmente exentos de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente del paciente.

Acepto

Nombre y Firma del paciente y/o representante legal

Nombre completo, cédula profesional y firma
del Médico Responsable o personal de apoyo de la
Unidad

Nombre completo y firma
del Testigo

Adendum:

Recordatorio para el personal de salud: El artículo 81 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Testigo

Testigo

Anexo 5.- Consentimiento Informado para Procedimientos Invasivos. U500-DSMH-F05

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Área Médica.
Consentimiento Informado para Procedimientos
Invasivos U500-DSMH-F05



Querétaro, Qro. a _____ de _____ 20____. Hora: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Género: Fem. () Masc. () No. De expediente: _____

Nombre del familiar más cercano, tutor o representante legal del paciente:

Parentesco: _____

Diagnóstico presuncional: _____

Por medio de la presente, y en plena capacidad de mis facultades como responsable del paciente arriba señalado autorizo al Dr. (a): _____

Para que realice: _____

Que consiste en: _____

A quien le doy total capacidad legal para que en caso necesario solicite la participación de cualquier otro médico que se requiera para el diagnóstico y tratamiento de mi paciente. Me fueron explicados a mi entera satisfacción en lenguaje entendible para mi persona el diagnóstico, la gravedad del padecimiento, el tratamiento que necesita y los procedimientos a realizar. Entiendo y comprendo también los beneficios de dicho acto que son:

Así mismo como los riesgos médicos, quirúrgicos y anestésicos inmediatos o futuros y el pronóstico, así como sus posibles secuelas o complicaciones.

Se me ha informado que podría ocurrir complicaciones como: _____

Estoy enterado, que, durante los actos o procedimientos, el proyecto inicial de atención puede cambiar según lo crean necesario los médicos, lo cual **ACEPTO Y AUTORIZO**. Además, consiento que mi caso sea analizado para los fines estadísticos del hospital bajo las normas bioéticas del mismo.

Autoriza: _____ Médico: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

U500-DSMH-UEO-P01-P04

En caso de negar el consentimiento

Se me ha informado que me puedo negar a que se realice el procedimiento requerido, y que es bajo mi absoluta responsabilidad las consecuencias que ello, mismas se me han explicado y principalmente son:

Debido a que no acepto el procedimiento libero de cualquier responsabilidad a la institución y a los médicos, además entiendo que no habrá consecuencias en contra de mi parte.

No acepto el procedimiento

Nombre completo y Firma del paciente o familiar, tutor o representante legal del paciente.

Médico: _____
Nombre completo, Firma y Cédula Profesional

Testigo: _____ Testigo: _____

Adendum:

Recordatorio para el personal de salud: El artículo 81 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Anexo 6. U340-SGM-F22 Hoja de Admisión a Hospitalización

DSMH. Servicio de Admisión.
Hoja de Admisión a hospitalización. (U340-SGM-F22)



Unidad: _____

Folio: _____

Nombre del paciente: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Edad: _____

Fecha de Nac| _____ CURP: _____ Género: (M) (F)

Domicilio paciente: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL FAMILIAR O TUTOR	
Nombre:	Parentesco:
Domicilio:	Número de contacto:
Localidad:	Municipio:

DATOS DE INGRESO	
Servicio de origen: _____	Servicio que receptiona:
Folio de origen: _____	
Diagnóstico de Ingreso a Hospitalización:	Fecha de ingreso: _____ Hora de ingreso: _____
	Cama asignada: _____
	Persona Responsable del ingreso
Cirugía/Procedimiento: Sí () No () Ambulatorio Sí () No ()	
Especifique: _____	
Condición Clínica del Paciente:	Nombre completo y firma del personal de Admisión.
Observaciones	Observaciones
Persona Responsable de la Solicitud de ingreso.	Persona Responsable de la recepción del paciente por personal médico o de enfermería.
Fecha y hora de solicitud de ingreso: _____	Fecha y hora de Recepción: _____
Nombre completo del Médico Responsable, cedula profesional y firma.	Nombre completo, cedula profesional y firma.

Anexo 7. U340-SGM-F24 Registro Clínico de Valoración, Diagnóstico e Intervención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (2 hojas).



SECRETARÍA DE SALUD - SECD
Hospital General de Querétaro

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO

ALERGICO(A):

Gastritis
Respiratorio Oxígeno
Respiratorio Verbal
Respiratorio Moxeza
Pupilas (Dilatación)
Presión Arterial
Tensión Arterial Medida
Frecuencia Cardíaca
Respiratorios
Temperatura
Presión Venosa Central (CVC/RO)
Presión Venosa Central (Tm/TC)
Dientes
Líquido Capilar

EGRESOS:
Dureza, mala
Pérdida Inesistible, Basal
Pérdida por Quemadura
Vómito
Sonda Nasal
Eructación / Colistomía
Separaciones
Difusa

INGRESOS:

MEDICAMENTOS
IV
VC

ESTUDIOS DE LABORATORIO
Quemadura
BH
DE
ES
Enzimas Cardíacas
E.G.O.

Nombre: _____

Etnia: _____ **Sexo:** _____ **Gpo. y Rh:** _____ **Cierre:** _____

Fecha de Ingreso: _____ **Num. de Expediente:** _____

Días de Estancia: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dic: _____ **CURP:** _____

Num. de Póliza de Seguro Popular: _____

Instaló: _____

Calib. Fecha: _____

Instaló: _____

NUTRICIONAL
SI _____ NO _____

AYUNO _____

ORAL _____

ENTERAL _____

PARENTERAL _____

Central _____ **Periférica** _____

INDICACIONES

8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

DSMH. Hospitales.
Egreso Voluntario. (U500-DSMH-F145)



Unidad: _____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellidos Paterno Apellidos maternos Nombres

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Derechohabencia: Si No

Servicio: _____ Cama: _____ No. de expediente: _____

Nombre del familiar o responsable del paciente: _____

El que suscribe, manifiesta que, después que se me ha explicado con claridad las condiciones de salud y el motivo de hospitalización, declaro la solicitud de **EGRESO VOLUNTARIO** del paciente: _____ del _____, **NO** aceptando el tratamiento médico o quirúrgico establecido y sugerido por el personal médico, por lo que el Hospital y el personal médico tratante e interconsultante, quedan totalmente exentos de cualquier responsabilidad o implicación médica legal que derive de la evolución clínica subsecuente y del estado de salud del paciente, estando en pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar, aún en contra de la recomendación médica expresa.

Impresión diagnóstica:

Estado de salud, y medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo:

Resumen Clínico: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____ Hora de egreso: _____

Observaciones:

 Nombre completo y firma del paciente, familiar o responsable (incluir parentesco)

 Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

Testigo.

 Nombre completo del personal de Trabajo Social, cédula profesional y firma.

Testigo.

De acuerdo a la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Octubre del 2012, en su numeración 6.4.3, 10.2, 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3 al 10.3 y a la Norma Oficial Mexicana NCM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud, intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Marzo del 2012.

Es presentado este documento escrito y signado por el paciente, familiar, tutor o representante legal, así como por dos testigos, mediante el cual acepta, bajo la debida información, los riesgos y los beneficios esperados de la Intervención Quirúrgica. Este documento se sujetará a las disposiciones sanitarias en vigor y no obliga al médico a realizar y omitir procedimientos cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente. En caso de no existir este documento en el expediente clínico del paciente, no se podrá llevar a cabo la Hospitalización.