SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUITRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Enero, 2017

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS** **SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CÓDIGO: **INP/SH/MP01**		ÁREA: **SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**	
DIRECCIÓN O SUBDIRECCIÓN: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS**		FECHA DE ELABORACIÓN:	
CANTIDAD DE FOJAS ÚTILES:		**FECHA ACTUALIZACIÓN:** **ENERO, 2017**	
ELABORO:	REVISO:	AUTORIZO:	APROBÓ:
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN Y MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA **C.P. MA. CRISTINA LUCIA GONZALEZ MONCIVAIS**	**SUBDIRECTOR DE HOSPITALIZACIÓN** **DR. MANUEL ALEJANDRO MUÑOZ SUÁREZ**	**DIRECTOR DE SERVICIOS CLINICOS** **DR. ARMANDO VÁZQUEZ LÓPEZ GUERRA**	**DIRECTORA GENERAL** **DRA. MA. ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA**

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCION 4

I. OBJETIVO DEL MANUAL 6

II. MARCO JURÍDICO 7

III. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO A HOSPITAL
2. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO
3. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN TERAPIA ELÉCTRICA
4. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN TERAPIA RECREATIVA
5. PROCEDIMIENTO PARA EL PERMISO TERAPÉUTICO
6. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO
   - A) EGRESO POR MEJORÍA
   - B) EGRESO POR REFERENCIA O TRASLADO A OTRA UNIDAD MÉDICA
   - C) EGRESO VOLUNTARIO
   - D) EGRESO POR ABANDONO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA
   - E) EGRESO POR DEFUNCIÓN
     1. POR CONDICIÓN MÉDICA O CAUSA NATURAL
     2. POR SUICIDIO
7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA
8. PROCEDIMIENTO PARA EL TÉRMINO DE LA ATENCIÓN EN APC
   - A) ESTABILIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO
   - B) INTERNAMIENTO AL SERVICIO DE HOSPITAL
   - C) REFERENCIA DE APC A OTRA UNIDAD MÉDICA
   - D) POR VOLUNTAD DEL PACIENTE
   - E) POR ABANDONO DEL AREA DE APC SIN AUTORIZACION MÉDICA
   - F) POR DEFUNCIÓN
     1. POR CONDICIÓN MÉDICA O CAUSA NATURAL
     2. POR SUICIDIO

9. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA DE TEC
10. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS
11. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO
    A) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN LAS INSTALACIONES
    B) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN EL HOSPITAL Y EN EL ÁREA DE APC
12. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE MENOR DE EDAD. Eric
13. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE DE 60 AÑOS O MÁS SIN Y CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y/O MENTAL
14. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE REQUIERE SERVICIOS DE REANIMACIÓN O DE SOPORTE VITAL BÁSICO
15. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE MUJERES EMBARAZADAS O EN TRABAJO DE PARTO
16. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE TIENEN RIESGO DE PRESENTAR CONDUCTA AUTOLESIVAS Y/O TIENEN RIESGO DE SUICIDO
17. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (DESNUTRICIÓN, SOBREPESO U OBESIDAD).
18. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE DE ALTO RIESGO CON ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA O INMUNODEPRIMIDOS.
19. PROCEDIMIENTO PARA EL REPORTE DE CUASIFALLAS, EVENTO ADVERSO Y EVENTO CENTINELA
20. PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN CASO DE EMERGENCIA
    A) EVACUACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN CASO DE EMERGENCIA
    B) ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES, FAMILIARES, CUIDADORES, VISITANTES Y PERSONAL DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA
21. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, agrupado en el sector salud para su desarrollo y operación, conducirá sus actividades en forma programada y de conformidad con lo establecido en la Ley de Planeación, Ley de los Institutos Nacionales de Salud, así como en las políticas, estrategias y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y demás disposiciones que emita la Secretaria de Salud.

El Manual de Procedimientos, de **Subdirección de Hospitalización**, se elaboró integrando los elementos, criterios, políticas, normas de operación e información sobre los procesos básicos que el personal adscrito al área debe conocer y aplicar para el desempeño eficiente sus actividades.

Por lo anterior, el presente documento es una valiosa herramienta para la orientación y coordinación eficiente de esfuerzos entre personal multidisciplinario que integra el/la **Subdirección de Hospitalización**

El Manual de Procedimientos será actualizado conforme a los lineamientos para su elaboración, a fin de incorporar en su caso las modificaciones que surjan derivadas de los cambios en la operación de sus procedimientos o de los cambios en la normatividad aplicable. Su actualización está a cargo de la Subdirección de Información y Desarrollo Organizacional (Departamento de Planeación y Modernización Administrativa), en coordinación con las diversas áreas que integran el Instituto.

El documento será publicado y puesto disposición de los interesados en la Normateca Interna Institucional ubicada en la siguiente dirección electrónica; http://www.inprf.org.mx/normateca /.

El Manual de Procedimientos contiene un formato de control de documentos en donde se especifica:

a) Nombre del Procedimiento.
b) Código del procedimiento.
c) Área la que pertenece el procedimiento.
d) Fecha de elaboración.
e) Fecha de actualización.
f) Número de páginas que integran el procedimiento.

Así mismo cada procedimiento se encuentra conformado por los siguientes apartados:

1. Propósito del procedimiento.
2. Alcance.
3. Políticas y/o normas de operación.
4. Descripción del procedimiento.
5. Diagrama de flujo.
6. Documentos de referencia.
7. Registros.
8. Glosario del procedimiento
9. Cambios de versión en el Procedimiento
10. Anexos del procedimiento.

El Manual de Procedimientos no se puede sustituir en ninguna de sus partes sin autorización previa solicitada por escrito en los formatos para tal efecto, las modificaciones serán registradas en el apartado correspondiente.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Identificar los procesos más relevantes del Servicio de Hospitalización.

Disponer de un documento que sirva de guía donde se establezcan las políticas, normas y mecanismos para el desarrollo de las actividades de las diferentes áreas que conforman la Subdirección de Hospitalización.

Dar a conocer al personal de la Subdirección de Hospitalización, los procedimientos plasmados en el presente documento a fin de contribuir al proceso de atención eficaz y eficiente de los Servicios Clínicos, Subdirección de Hospitalización.

Distinguir al personal responsable que interviene en las actividades de cada procedimiento.

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05-II-1917, última reforma publicada D.O.F. 15-VIII-2016

LEYES

Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F 10-XI-2014

Ley de Asistencia Social
D.O.F. 02-IX-2004, última reforma publicada D.O.F. 19-XII-2014

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
D.O.F. 18-III-2005.

Ley de Ciencia y Tecnología.
D.O.F. 05-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 08-XII-2015

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
D.O.F. 18-VII-2016

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2016
D.O.F. 18-XI-2015

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
D.O.F. 25-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 17-XII-2015

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 26-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 27-I-2015

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F. 13-I-2016

Ley de Planeación.
D.O.F. 05-I-1983, última reforma publicada D.O.F. 06-V-2015

Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 29-XII-1978, última reforma publicada D.O.F. 11-XII-2013

Ley del Impuesto Sobre la Renta.
D.O.F. 11-XII-2013. Última reforma publicada D.O.F. 18-XI-2015

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
D.O.F. 10-IV-2013, última reforma publicada D.O.F. 09-I-2006

Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas
D.O.F. 11-VI-2012

Ley Federal de Archivos

D.O.F. 23-I-2012.

Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31-XII-1981, última reforma publicada D.O.F. 23-XII-2015

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 18-XII-2015

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

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 30-III-2006, última reforma publicada D.O.F. 30-XII-2015

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04-VIII-1994, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. 31-XII-2004, última reforma publicada 12-VI-2009

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
D.O.F. 13-III-2002, última reforma publicada D.O.F. 18-VII-2016

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
D.O.F. 31-XII-1982, última reforma publicada D.O.F. 18-VII-2016

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-V-2016

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-XII-199, última reforma publicada D.O.F. 13-I-2016

Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01-IV-1970, última reforma publicada D.O.F. 12-VI-2015

Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos
Última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 19-XII-2002, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 20-III-2014

Ley Federal Sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 01-VII-1992, última reforma publicada D.O.F. 18-XII-2015

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 01-II-2007, última reforma publicada D.O.F. 17-XII-2015

Ley General de Bienes Nacionales

D.O.F. 20-V-2004, última reforma publicada D.O.F. 01-VI-2016

Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31-XII-2008, última reforma publicada D.O.F. 18-VII-2016

Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 20-I-2004, última reforma publicada D.O.F. 01-VI-2016

Ley General de Educación
D.O.F. 13-VII-1993, última reforma publicada D.O.F. 01-VI-2016

LEY General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
DOF 04-XII-2014

Ley General de Protección Civil
D.O.F. 06-VI-2012; última reforma publicada D.O.F. 03-VI-2014

Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. 18-VII-2016

Ley General de Salud
D.O.F. 07-II-1984, última reforma publicada D.O.F. 01-VI-2016

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04-V-2015

Ley General de Víctimas
DOF 09-I-2013 última reforma publicada DOF 03-V-2013

Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30-V-2008, última reforma publicada D.O.F. 06-I-2010

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
DOF 02-VIII-2006 última reforma publicada DOF 24-III-2016

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-V-2011 última reforma publicada D.O.F. 17-XII-2015

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
D.O.F. 24-I-2012

Ley General Para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y Para la Protección y Asistencia a Las Víctimas de Estos Delitos
D.O.F. 19-III-2014.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-XII-1976, última reforma publicada D.O.F. 18-VII-2016

Ley para la Coordinación de la Educación Superior
D.O.F. 29-XII-1978

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
D.O.F. 04-II-1985, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

CÓDIGOS

Código Civil Federal
D.O.F. 26-V-1928, última reforma publicada D.O.F. 24--XII-2013

Código Penal Federal
D.O.F. 14-VIII-1931, última reforma publicada D.O.F. 18-VII-2016

Código Federal de Procedimientos Civiles
D.O.F. 24-II-1943, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012

Código Nacional de Procedimientos Penales
DOF 12-I-2016, última reforma publicada D.O.F. 17-VI-2016

Código Fiscal de la Federación
DOF 31-XII-1981, última reforma publicada 17-VI-2016

REGLAMENTOS

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
D.O.F. 09-VIII-1999, última reforma publicada D.O.F. 14-02-2014

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04-II-1998, última reforma publicada D.O.F. 14-III-2014

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

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 28-VII-2010

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23-XI-1994, última reforma publicada 10-VI-2011

Reglamento de la Ley de los Sistema de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 24-VIII-2009

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 04-XII-2006 última reforma publicada D.O.F. 25-IX-2014

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta
D.O.F. 17-X-2003, Última Reforma publicada D.O.F. 06-VI-2016

Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal
D.O.F. 06-IX-2007

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26-I-1990, última reforma publicada D.O.F. 23-XI-2010

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28-VI-2006, última reforma publicada D.O.F. 30-III-2016

Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 21-V-2012

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

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22-V-1998, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2005

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 29-XI-2006

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-I-1999, última reforma publicada D.O.F. 28-XI-2012

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 11-II-2008 última reforma publicada D.O.F. 14-III-2014

Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 18-I-2006, última reforma publicada D.O.F. 28-VIII-2008.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 24-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05-IV-2004, última reforma publicada D.O.F. 17-XII-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
D.O.F. 18-II-1985, última reforma F. de E. 10-VII-1985

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental.
D.O.F. 30-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 31-X-2014

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 31-V-2009, última reforma publicada D.O.F. 09-X-2012

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

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo D.O.F.13-XI-2014

Reglamento del sistema nacional de afiliación y vigencia de derechos, de la base de datos única de derechohabientes y del expediente electrónico único del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 10-VI-2011.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
D.O.F. 19-I-2004, última reforma DOF 10-I-2011

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.
D.O.F. 13-XI-2014.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal.
D.O.F. 29-XI-2006.

DECRETOS

Decreto de la Ley de los Instituto Nacionales de Salud de fecha 26 de Mayo del año 2000, en el Diario Oficial de la Federación, en la primera sección aparece, Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes hace sabed que: El Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente decreto: El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta: La Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en el título 2do. capítulo primero, a continuación título segundo aparece “Los organismos descentralizados que serán considerados como Institutos Nacionales de Salud son cada uno de los siguientes, para las áreas que se indican, en la fracción VIII, nombra al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, para la Psiquiatría y la salud mental.

Decreto para realizar la entrega-recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.
DOF 14-IX-2005

Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016
D.O.F 27-XI-2015

Decreto por el que se establecen diversas medidas en materia de adquisiciones, uso de papel y de la certificación de manejo sustentable de bosques por la Administración Pública Federal.
D.O.F 05-IX-2007

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

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

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes con el objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud.
D.O.F. 20-III-1987.

DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 02-IV-2014.

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Bioética como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud
D.O.F. 07-IX-2005

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 D.O.F. 20/05/2013

Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de salud 2013-2018 D.O.F. 12/12/2013

ACUERDOS

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operaciones específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
D.O.F 20-III-2002

Acuerdo de Calidad Regulatoria
D.O.F 02-II-2007

Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal
D.O.F 24-VIII-2006

Acuerdo mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su Anexo.
D.O.F 02-V-2005

Acuerdo por el que los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal del sector salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas en materia de salud.
D.O.F 26-IX-1994

Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Mental.
D.O.F 21-VII-2004

Acuerdo por el que se establece el Manual de requerimientos de información a dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a la Procuraduría General de la República. DOF 30-V-2001, Anexo DOF 08-VI-2001

Acuerdo por el que se establece el procedimiento para la recepción y disposición de obsequios, dativos o beneficios en general que reciban los servidores públicos.
D.O.F 13-XII-2006

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.
D.O.F 24-XII-2002

ACUERDO que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud. D.O.F 25-V-2010

Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a inmuebles federales.
DO.F 12-I-2004

ACUERDO mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 31-V-2016

ACUERDO que tiene por objeto fijar los criterios para la correcta aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos en lo relativo a la intervención o participación de cualquier servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión de contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios o que pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para sus parientes consanguíneos o por afinidad o civiles a que se refiere esa Ley. D.O.F 22-XII-2006.

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

ACUERDO por el que se reforma el diverso que establece las Disposiciones que deberán observar los servidores públicos al separarse de su empleo, cargo o comisión, para realizar la entrega-recepción del informe de los asuntos a su cargo y de los recursos que tengan asignados.
D.O.F 20-XI-2015

Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.
D.O.F 27-V-2013

ACUERDO que tiene por objeto emitir las Disposiciones generales en las materias de archivos y transparencia para la Administración Pública Federal y su Anexo Único. D.O.F. 03/03/2016.

ACUERDO por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 21/11/2012.

ACUERDO por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. D.O.F. 21/11/2012.

ACUERDO por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales. D.O.F. 16/07/2010. REF. 03/10/2012

ACUERDO por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se establecen las disposiciones administrativas en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en esa materia y en la de Seguridad de la Información. D.O.F. 29/11/2011.

ACUERDO por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias. D.O.F. 04/02/2016.

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, con el objeto de normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y en la Procuraduría General de la República, así como reducir y simplificar la

regulación administrativa en esa materia, con la finalidad de aprovechar y aplicar de manera eficiente los recursos y los procedimientos técnicos con que cuentan dichas instituciones. D.O.F. 02/05/2014.

ACUERDO que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 10 de agosto de 2010. D.O.F 21-VIII-2012.

Acuerdo número 37 por el que se crea la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 26-IX-1984, última modificación publicada D.O.F. 22-VIII-2007.

Acuerdo 86 Número por el que se crea la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 25-VIII-1989.

Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
D.O.F. 20-IX-2002.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

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

Norma Oficial Mexicana.-NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
D.O.F 4-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007 para la organización, funcionamientos e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
D.O.F. 11-VI-2009

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

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
D.O.F. 16-VIII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología.
D.O.F. 23-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
D.O.F. 27-III-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

DOF 04-VIII-2010

Norma Oficial Mexicana.-NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
DOF 10-XI-2010

Norma Oficial Mexicana.-NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
DOF 14-IX-2012
Norma Oficial Mexicana.-NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
D.O.F 08-I-2013

Norma Oficial Mexicana.-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
DOF 19-II-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana.-NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico–psiquiátrica.
DOF 16-XI-1995.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
DOF 21-VIII-2009

Norma Oficial Mexicana.-NOM-28-SSA3-2012, regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
DOF 07-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
D.O.F 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
D.O.F. 01-VI-2011

Norma Oficial Mexicana.-NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en Salud.
DOF 30-XI-2012

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

NOM-045-SSA2-2005: Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales.
DOF 20-XI-2009

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

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, Estabilidad de fármacos y medicamentos.
DOF 4-I-2006

NOM-127-SSA-1-1994: Salud Ambiental: Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse al agua para su potabilización.
DOF 18-I-1996

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.
DOF 12-IV-2000

NOM-220-SSA1-2012 Instalación y Operación de la farmacovigilancia.
D.O.F. 07-I-2013

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

Norma Oficial Mexicana.-NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.
DOF 6-I-2005

Norma Oficial Mexicana.-NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
DOF 26-X-2012

Norma Oficial Mexicana.- NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis.
D.O.F 6-XII-2013

Norma Oficial Mexicana.-NOM-003-NUCL-1994, Clasificación de instalaciones ó laboratorios que utilizan fuentes abiertas.
DOF 07-II-1996

Norma Oficial Mexicana.-NOM-004-NUCL-2013, Clasificación de los desechos radiactivos.
DOF 07-V-2013

Norma Oficial Mexicana.-NOM-008-NUCL-2011, Control de la contaminación radiactiva.
DOF 26-X-2011

Norma Oficial Mexicana.-NOM-012-NUCL-2002, Requerimientos y calibración de monitores de radiación ionizante.
DOF 19-VI-2002

Norma Oficial Mexicana.-NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.
DOF 20-X-2009

Norma Oficial Mexicana.-NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.
DOF 26-X-2011

Norma Oficial Mexicana.-NOM-027-NUCL-1996, Especificaciones para el diseño de las instalaciones radiactivas Tipo II y Clases A, B, C.
DOF 23-IX-1997.

Norma Oficial Mexicana.-NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas.
DOF 04-VIII-2009

Norma Oficial Mexicana.-NOM-031-NUCL-2011. Requerimientos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.
DOF 26-X-2011

Norma Oficial Mexicana.-NOM-039-NUCL-2011, Especificaciones para la exención de prácticas y fuentes adscritas a alguna práctica, que utilizan fuentes de radiación ionizante de alguna o de todas las condiciones reguladoras.
DOF 26-X-2011

Norma Oficial Mexicana.-NOM-001-SEDE-2012, Instalaciones eléctricas (utilización).
DOF 29-XI-2012

Norma Oficial Mexicana.-NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.
DOF 17-II-2003

Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-Condiciones de seguridad.
D.O.F. 24-XI-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.
D.O.F. 09-XII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1998. Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.
D.O.F. 02-II-1999

Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-1999 Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, transportes, procesen o almacenen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral.
D.O.F. 13-III-2000, F. de E. 12-VIII-2000

Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.
D.O.F. 09-XII-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000 Sistemas para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. (cancela la NOM-114-STPS-1994)
D.O.F. 27-X-2000.

NOM-019-STPS-2011 Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.
D.O.F. 13-IV-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-2008. Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.
D.O.F. 25-XI-2008

Norma Oficial Mexicana.-NOM-062-ZOO-1999 Referente a las Especificaciones Técnicas para la Reproducción Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio.
DOF 22-VIII-2001

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental -Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 17-II-2003.

LINEAMIENTOS

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales. D.O.F. 04/05/2016.

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas. D.O.F. 15/04/2016.

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos. DOF 04-V-2016.

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales. D.O.F. 04/05/2016.

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para determinar los catálogos y publicación de información de interés público; y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva. D.O.F. 15/04/2016

Lineamientos de Protección de Datos Personales.
DOF 30-IX-2005

Lineamientos para la integración, manejo y conservación del expediente único de personal. Secretaría de Salud.
DOF 14-VI-2006.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.
DOF 25-VIII-2003, última reforma DOF 02-XII-2008

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos Personales que formulen los particulares.
DOF 03-IV-2004, última reforma 2-XII-2008

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
DOF 20-V-2013

Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018.
DOF 30-IV-2014

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
DOF 12-XII-2013

Programa Nacional de Normalización 2016.
D.O.F. 18-IV-2016

OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Vigente)

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Vigente)

Código de Ética y Conducta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud (vigentes).

Circular que contiene los lineamientos generales a los aspectos de sustentabilidad ambiental para las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 31/X/2007

Criterios para la Certificación de Hospitales.
D.O.F. 13-VI-2000

Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal.
DOF 13-X-2000, DOF 01-II-2008, última reforma 27-XII-2011

Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. Consejo de Salubridad General, Edición 2013.
Última actualización D.O.F. 3-V-2013

Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico, Edición 2012
Última actualización 10-VI-2013.

Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación-Edición 2011.
Última actualización 09-XII-2011

Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos Genéricos

Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico-Edición 2011
D.O.F.09-V-2011, última actualización D.O.F. 07-IX-2011

Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, relativa a las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en humanos. 22-X-2008

Estándares de evaluación del desempeño de los servidores públicos de la administración pública federal.
DOF 09-08-2010

Estándares de metas de desempeño individual.
DOF 09-08-2010

Estándares para la Certificación de Hospitales 2015
Vigentes a partir del 01-VIII-2015

Modelo de contrato para la prestación de servicios profesionales por honorarios
DOF 9-VIII-2010

Norma para el Sistema de Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos de nivel operativo. 30-VIII-2004

Normas Generales para el registro, afectación, disposición final y baja de bienes muebles de la Administración Pública Federal Centralizada.
DOF 30-XII-2004

Reglamento Interno para Médicos Residentes del Programa de Especialización en Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2016.

1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO A HOSPITAL.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Dar a conocer el procedimiento de ingreso al servicio de Hospitalización para proporcionar atención médica especializada a pacientes de 16 años en adelante con padecimientos psiquiátricos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización (Área de Hospital), a la Subdirección de Consulta Externa, al Departamento de Trabajo Social y al Departamento de Enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico sean sujetos de internamiento en el Instituto.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el Ingreso a Hospital**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP. 6 Proceso para reducir el riesgo de daño a pacientes por causa de caídas.

II. Estándares Centrados en el paciente

Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)

- ✓ ACC.1.1 Proceso Aceptación de pacientes
- ✓ ACC. 2 Proceso Mecanismo estructurado de comunicación
  - c) Enlace para la continuidad de la atención

Derecho del Paciente y su Familia (PFR)

- ✓ PFR.1.3 Proceso Resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes
- ✓ PFR.1.5 Proceso Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables
- ✓ PFR. 5 Proceso Informar a los pacientes y sus familias acerca de sus derechos.
- ✓ PFR. 6 Proceso para obtener un Consentimiento Informado

Evaluación de Pacientes (AOP)

- ✓ AOP.1.1 Proceso Evaluación inicial de paciente hospitalizado

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Competencias y Capacitación del personal

- ✓ SQE.10 De la capacitación para mantener o mejorar sus competencias

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Supervisar que el personal de salud calificado proporcione a los usuarios y/o pacientes de la institución, la atención uniforme y de calidad donde el acceso y la idoneidad de la atención y el tratamiento no dependan de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, dentro de los horarios establecidos por la institución, con niveles comparables a todos los pacientes a fin de cubrir de manera uniforme las necesidades especificas de cada paciente, dependiendo de su estado clínico. **COP.1**
- Determinar en el ámbito de su competencia el tipo de atención y servicios que se prestarán, los cuales abarca atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en las áreas de psiquiatría y salud mental, hasta el límite de su capacidad instalada; así como prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, psicológicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización. **COP.3**
- Asignar un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Internos y los Médicos Residentes, los Médicos en formación y otros profesionales de la salud que brinden atención al paciente, cumplen con las disposiciones internas, políticas y procedimientos del Instituto**. COP.3**
- Instruir y supervisar al personal adscrito a la Subdirección para que conozca y maneje las disposiciones establecidas en materia de Transparencia y Protección de Datos Personales, con el propósito de que el expediente clínico de los pacientes sea tratado protegido y resguardado como información confidencial. **MCI.2**
- Instruir al área de registro de pacientes para que entregue a todo paciente y/o usuario que asiste a la institución, el documento de protección de datos personales, donde se establece que la información que se genere con motivos de la prestación de los servicios del instituto, será protegida conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Publica Gubernamental, los Lineamientos para el manejo y protección de datos personales y demás normatividad aplicable en materia. **MCI.2**
- Capacitar al personal de salud, en a los diferentes cursos que, de acuerdo a su quehacer institucional, les informe sobre las mejores prácticas en relación a la seguridad del paciente, incluyendo la investigación clínica, que permitan a los profesionales de la salud ubicarse a la vanguardia de la seguridad del paciente. **SQE.10**

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Adscritos será responsable de:

- Supervisar que todo el personal cumpla con los estándares establecidos para la atención de pacientes hospitalizados.
- Instruir que se lleve a cabo la presentación del personal médico, de enfermería y de trabajo social, otorgando su nombre completo y cargo con el propósito de asumir la responsabilidad en las diferentes fases de la atención del paciente, documentando las mismas en el expediente clínico y firmando las notas médicas, al paciente y al familiar.
- Verificar que el personal de salud cumpla con lo estipulado en los procedimientos para la aceptación, admisión y atención de usuarios y/o pacientes en la institución. **ACC.1.1**
- Instruir que el servicio de ingreso a hospital se proporcione los 365 días del año a pacientes de 15 años en adelante, con padecimientos psiquiátricos que ameriten internamiento hospitalario, previa firma del consentimiento informado de ingreso hospitalario por el paciente y el familiar responsable. **ACC.1.1**
- Supervisar que los internamientos hospitalarios se realicen bajo las características clínicas del caso, (criterios de hospitalización y criterios de referencia de la Subdirección de Hospital), la disponibilidad de camas (50 camas censables), y de la infraestructura del servicio. **ACC.1.1**
- Supervisar que el área de trabajo social entregue al paciente y al familiar responsable el reglamento del servicio de hospital, el cual incluye los derechos de los pacientes y los

mecanismos para efectuar quejas y sugerencias, en un lenguaje claro y entendible a fin de que reciban información oportuna y puedan participar en el proceso de atención, recabando las firmas de recibido del mismo. **PFR. 5**

- Instruir al área médica de Atención Psiquiátrica Continua (APC) y a los médicos de Consulta Externa recabar la firma del paciente y del familiar en el consentimiento informado de ingreso hospitalario (INPDSCEC-03-04.1), donde se precisan los objetivos, los alcances, el apego a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución, el cumplimiento al reglamento del servicio de hospital, el manejo de la información confidencial del paciente y el procedimiento de la hospitalización y asimismo se menciona que en caso necesario el paciente y el familiar autorizan a que se proceda a la restricción física o a la aplicación involuntaria de medicamentos, respetando siempre los derechos del paciente, resguardándolo en el expediente clínico. **PFR.6**
- Instruir al personal médico para que elabore la evaluación inicial médica antes de 24 hrs. a los pacientes que son admitidos para hospitalización, con el propósito de iniciar el manejo y tratamiento adecuado del paciente. En caso de que las evaluaciones médicas iniciales, cuenten con más de treinta días de antigüedad el personal médico, deberá actualizar la historia clínica y revalorar al paciente con un examen físico, antes del internamiento o antes de la realización de cualquier procedimiento ambulatorio. Documentar los hallazgos de la evaluación en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, en el proceso de atención, durante las primeras 24 hrs. después de la admisión del paciente, con el propósito de valorar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. **Ver proceso AOP. 1.1**
- Instruir el personal médico informe al paciente y/o al familiar acerca de su estado de salud, su condición médica, su diagnóstico probable y las alternativas de tratamiento, la probabilidad de éxito en el tratamiento, así como los posibles resultados, con el propósito de que participen en la toma de decisiones acerca de su atención, brindándoles la posibilidad a los pacientes de participar a través de un familiar, un amigo o un tercero responsable en la toma de decisiones respecto a su salud, y sus consecuencias de no someterse al tratamiento. **AOP. 5**
- Instruir al personal médico que en el momento el paciente ingresa a la hospitalización se debe valorar las características del diagnóstico, la evolución previa al internamiento, severidad de los síntomas, apego al tratamiento, redes de apoyo (familiares y sociales), con el propósito de planear anticipadamente el tipo de atención que requerirá al ser dado de alta, cubriendo las necesidades para la continuidad en el proceso de atención. **COP. 3**
- Instruir al personal médico que elabore las órdenes/indicaciones medicas sugerencias y recomendaciones médicas, en los formatos correspondientes; con el propósito de estar en un lugar accesible (carpeta de indicaciones médicas, en la central de enfermería, durante la hospitalización) a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna y ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuando deben llevarse a cabo y quien debe hacerlo.
- Comunicar de manera verbal el personal de enfermería si se trata de un paciente vulnerable para su cuidado y manejo de acuerdo a sus características.
- Documentar en el expediente clínico del paciente, en el caso de las evaluaciones de menos de treinta días de antigüedad, los cambios más relevantes ocurridos en el estado del paciente.**MCI 16**

3.3 La Subdirección de Consulta Externa a través del Área Médica de Preconsulta o Consulta Subsecuente será responsable de:

- Elaborar el personal médico, el Formato Enlace para Continuidad de la Atención, cuando determine que el paciente debe ser trasladado para la continuidad de su atención a otro servicio dentro de las Instalaciones del INPRFM: **Ver proceso ACC.2 c)**
  - **a.** De Preconsulta a APC
  - **b.** De Consulta Externa a APC

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

c. De APC a Hospital
d. De Hospital a un servicio auxiliar del diagnóstico

- Registrar en los formatos correspondientes del expediente clínico del paciente, la negativa del mismo de rechazar el tratamiento o rehusar a continuar con el mismo, recabando nombre y firma del paciente y del familiar responsable. **PFR.2.2**
- Recabar la firma del paciente y del familiar en el consentimiento informado de ingreso hospitalario (INPDSCEC-03-04.1), donde se precisan los objetivos y el procedimiento de la hospitalización y asimismo se menciona que en caso necesario el paciente y el familiar autorizan a que se proceda a la restricción física o a la aplicación de medicamentos, respetando siempre los derechos del paciente. **Ver proceso PFR. 6**
- El personal médico, deberá recabar la firma del familiar responsable, en el Formato Consentimiento Informado correspondiente: **Ver proceso PFR. 6.2**
  - En caso de que el paciente sea menor de edad.
  - En caso de que el paciente no esté en condiciones de firmar en forma voluntaria el consentimiento informado, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
  - En caso de que el paciente acuda solo y requiera intervención involuntaria y no sea posible obtener la autorización del paciente por incapacidad. Sí el caso lo amerita, utilizar la aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física, y firmando como testigos en el Consentimiento Informado, el personal de salud que intervenga conforme a lo dispuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y anexándolo al expediente clínico.
- Documentar los hallazgos de la evaluación en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución durante el proceso de atención, en las primeras 24 hrs. después de la admisión del paciente, con el propósito de valorar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. **AOP. 2**
- Evaluar, en todo paciente de ingreso a hospital, los factores de riesgo psicológico que permitan identificar el estado emocional del paciente y registrarlo en el Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad que se anexa a su expediente clínico como parte de la evaluación inicial dentro de las primeras 24 hrs; de manera que a los pacientes y usuarios con factores de riesgo psicológico se les brinde una atención y seguimiento especializado. **AOP. 7**
- Trasladar al paciente al área de APC en caso de que existiera alguna espera o demora para que el paciente ingrese a la habitación asignada, a fin de que se le proporcionen los cuidados médicos y de enfermería en tanto se le asigna habitación.
- Informar al paciente y al familiar, en caso de que existiera alguna espera o demora para que el paciente ingrese a la habitación asignada, las razones de la demora (espera del familiar responsable, espera del cuidador, se desocupe la habitación, aseo de la misma, etc.).
- Aplicar el sistema de referencia en caso de que el paciente requiera hospitalización y no haya disponibilidad de camas, o el caso no corresponda a la Institución, o que no reúna políticas de ingreso.
- Notificar del ingreso del paciente a la Jefatura de Trabajo Social, a la coordinadora de enfermería (quien asigna la habitación correspondiente) y a la enfermera del área de hospitalización asignada; así como entregar a la Trabajadora Social consentimiento informado de ingreso hospitalario (INPDSCEC-03-04.1) y el formato de Preconsulta (INPDSCEC-02.1) o de Consulta Subsecuente, en la que se decide la hospitalización.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Residente será responsable de:

- Conocer los criterios de aceptación, admisión y atención de usuarios y/o pacientes son las siguientes: **Ver proceso ACC.1.1**
  - Se proporciona el ingreso a hospital los 365 días del año en horario de 8:00 a 21:00 horas.
  - El servicio de hospitalización cuenta con 50 camas censables para el internamiento de pacientes.
  - La hospitalización depende de la disponibilidad de camas, si no hay cama disponible se otorga nota de referencia.
  - Tener 15 años cumplidos, de acuerdo a Acta de Nacimiento.
  - Contar con familiar responsable de primer grado.
  - Contar con acompañante a juicio del médico tratante. El acompañante debe de tener de 18 a 60 años cumplidos, del mismo sexo del paciente, sano.
  - En caso de paciente de 15, 16, 17 años o con discapacidad física se requiere acompañante de 24 horas todo el tiempo que dure la hospitalización.
  - Si el paciente y/o el familiar NO aceptan la propuesta de hospitalización se explica la necesidad de la misma y se otorga nota de referencia.
  - Evaluación del personal médico en el servicio de Preconsulta, Consulta Externa o Atencion Psiquiátrica Continua (APC), quien solicita la hospitalización
  - El personal médico determinará, que el paciente es portador de un Trastorno Psiquiátrico de acuerdo a la Clasificación Internacional Enfermedades CIE-10 en el capítulo F Trastornos Mentales y del Comportamiento, que para su manejo y control requiere de internamiento. La evaluación confirma que el paciente presenta un trastorno psiquiátrico que requiere manejo intrahospitalario, por ejemplo Trastorno Psicótico, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno Depresivo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno relacionados con el Estrés, Delirium, Demencia, Patología Dual (alguno de los trastornos psiquiátricos mencionados y trastornos relacionados a sustancias).
  - El personal médico determinará, que el trastorno psiquiátrico puede ser un primer brote o una exacerbación aguda de un trastorno psiquiátrico, susceptible de ser controlado en el tiempo promedio de estancia hospitalaria (21 días).
    - Los usuarios/as con trastornos psiquiátricos de moderados a severos que a juicio del médico tratante en el servicio de preconsulta o consulta subsecuente requieran hospitalización podrán permanecer en el área de APC hasta su ingreso a tratamientos, y en su caso recibirán la atención que corresponda.
    - Es requisito indispensable que el médico tratante de preconsulta y consulta externa:
      - ✓ Elabore nota de preconsulta, nota de evolución subsecuente o historia clínica en expediente clínico especificando las razones para la hospitalización.
      - ✓ Explique al paciente y familiar las mismas.
      - ✓ Requisite consentimiento informado para hospitalización.
      - ✓ Requisite formato de enlace para la continuidad de la atención.
      - ✓ Elabore formato referencia/contrareferencia para su entrega en caso de que el paciente y/o familiar rechacen la hospitalización.
      - ✓ Presente verbalmente al paciente con el personal médico de APC y de Hospitalización, la información médica que se especifica en el formato enlace para la continuidad de la atención y las características clínicas de acuerdo a la nota de preconsulta o nota de evolución subsecuente, señalando el motivo del porque solicita la hospitalización.
    - No se recibirá en APC a ningún paciente para hospitalización proveniente de preconsulta o consulta externa que no cuente con la documentación previamente descrita en el expediente clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Todos los pacientes que se en encuentren en espera para internamiento, se quedarán en el servicio de APC, en el horario de 13 a 15 y de 20 a 21 hrs, posteriormente serán trasladados por el área médica. Con el propósito de garantizar la seguridad del paciente y mantener la continuidad de la atención del personal de enfermería. (en espera de familiar responsable, acompañante, disponibilidad de habitación, trámites administrativos o enlace de turno de enfermería).

- Identificar, el personal de salud, mediante las evaluaciones iniciales y durante toda la atención como pacientes vulnerables, aquellos que por su condición pueden ser objeto de demora en su atención, discriminación o mal trato, a los cuales se les deberá brindar atención personalizada de acuerdo a sus características: **Ver proceso PFR.1.5**
    a) Pacientes menores de edad.
    b) Pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental.
    c) Pacientes que no hablen español.
    d) Pacientes que no sepan leer ni escribir.
    e) Pacientes víctimas de violencia.
    f) Pacientes de pobreza extrema.
- Identificar desde la evaluación inicial a los pacientes de quienes se sospecha una dependencia a las drogas y/o el alcohol, con el propósito de llevar a cabo evaluaciones iniciales mas exhaustivas que contribuyan al tratamiento y manejo adecuado del paciente, a fin de tamizar y detectar este tipo de pacientes para canalizar a las clínicas correspondientes para intensificar su atención. **PFR. 1.5**
- Tamizar y detectar este tipo de poblaciones /paciente de alto riesgo con el propósito de canalizarlas a las clínicas de subespecialidades correspondientes para intensificar su atención, que contribuya al tratamiento y manejo adecuado del paciente. **PFR. 1.5**
- Informar al paciente y/o al familiar acerca de su estado de salud, su condición médica, su diagnóstico y las alternativas de tratamiento, con el propósito de que participen en la toma de decisiones acerca de su atención, brindándoles la posibilidad a los pacientes de participar a través de un familiar, un amigo o un tercero responsable en la toma de decisiones respecto a su salud. Comunicar de manera verbal al personal de enfermería si se trata de un paciente vulnerable para su cuidado y manejo de acuerdo a sus características. **AOP. 5**
- Proporcionar contención verbal a los pacientes fumadores que así lo requieran.
- Revisar todos los estudios de laboratorio y/o gabinete, y/o todas las evaluaciones realizadas previamente al paciente fuera del establecimiento, en el momento en que se inicia su atención en los servicios de la institución. **SAD. 1.2**

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Trabajo Social será responsable de:

- Requisitar formato INPDSCEC-06-05 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario, así como recabar las firmas correspondientes en dicho formato.
- Informar al paciente y su familiar a través del Reglamento del Servicio de Hospital donde se precisa que los pacientes menores de edad, de 16 y 17 años deberán contar con acompáñante de 24 horas todo el tiempo que dure el internamiento. también deberán contar con acompañante de 24 horas los pacientes geriátricos o cualquier paciente que requieran de asistencia para realizar actividades cotidianas. **ACC.1.1**
- Entregar al paciente y al familiar responsable el reglamento del servicio de hospital, el cual incluye los derechos de los pacientes y los mecanismos para efectuar quejas y sugerencias, así como tríptico de hospitalización, y el Tríptico “Esta en tus manos” en un lenguaje claro y entendible a fin de que reciban información oportuna y puedan participar en el proceso de atención. (INPSCTS-16/14) y recabar las firmas de recibido del mismo. **Ver proceso PFR.5**

- Informar al familiar y al paciente que todo paciente debe contar con un familiar de primer grado que quede como familiar responsable ante la Institución, para realizar los trámites administrativos, clínicos y económicos necesarios.
- Proporcionar toda la información y trámites de las visitas, horario, pases de visita, registro de únicamente 5 personas que estarán autorizadas a visitar al paciente.
- Informar al paciente y al familiar que el informe médico lo proporciona el médico tratante únicamente al familiar responsable los viernes de 12 a 13 horas.
- Informar que en la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, los pacientes, familiares, acompañantes y visitantes deben cumplir con la Ley General para el Control del Tabaco, quedando terminante prohibido fumar en todas las instalaciones.

3.6 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable:

- El personal de enfermería de los tratamientos de Hospitalización, deberá evaluar el riesgo de caídas al ingreso de pacientes al Hospital, a través de la escala n j.h.Downton y registrando los resultados en el **Formato Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente** y en **el Formato de Registros Clínicos de Enfermería,** a fin de dar aviso al personal médico, para que determine el tipo de cuidados a otorgar para reducir la probabilidad de ocurrencia de una caída del mismo, anexando dicho formato en el expediente clínico del paciente. **Ver proceso MISP.6**
- Realizar la revisión de pertenencias del paciente a fin de verificar que no porte objetos no permitidos por el reglamento y en su caso retirarlas y entregarlas de acuerdo al procedimiento, anotando en el formato control de pertenencias del usuario no permitidas por el reglamento (INPDSCE-13/07). **Ver procesos PFR.1.3**
- El personal de enfermería en el área de hospitalización, para cubrir las 24 horas del día, los 365 días del año y capacitadas para brindar los cuidados generales de enfermería que se requieran. **Ver proceso AOP.1.1**
- Realizar todo procedimiento conducido por las normas y precauciones estándar establecidas en la disciplina.
- Asignar número de cama y tratamiento al ingreso del paciente, en caso de que se trate de un paciente con alto riesgo suicida, con agitación, o requiera de cuidados especiales, se asignará la cama más cercana a la central de enfermería.
- Verificar que la unidad del paciente se encuentre lista para su ingreso.
- Recibir al paciente orientándolo en la ubicación de su unidad (cama asignada) y efectuar recorrido del área física.
- Elaborar tarjeta de identificación de cama y colocarla en el lugar establecido.
- Colocar brazalete de identificación con los datos correspondientes (nombre del paciente fecha de nacimiento tratamiento y número de cama fecha de ingreso número de expediente sexo).
- Registrar en el formato INPDSCEC-07-01 Valoración Inicial de Enfermería al Ingreso del Paciente, formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería y formato INPDSCEC-07-05 observaciones de enfermería, diagnostico inicial de enfermería, observaciones, nombre del personal del enfermería que lo realizó y turno, dichos formatos deberán incorporarse en el expediente clínico del paciente.
- Proporcionar contención verbal a los pacientes fumadores que así lo requieran.
- Administrar chicles de nicotina a los pacientes que así lo requieran de acuerdo a la prescripción médica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	1	Recibe del Área de Atención Psiquiátrica Continúa, preconsulta o consulta subsecuente notificación de solicitud de internamiento, con el Formato INPDSCEC-03-07 Enlace para la Continuidad de la Atención.	INPDSCEC-03-07
	2	Evalúa el caso de acuerdo a los criterios de hospitalización y criterios de referencia de la Subdirección de Hospital. Procede: Si: -Continua actividad siguiente No. Informa al área correspondiente los motivos de la no autorización del internamiento y aplica procedimiento de referencia. Termina procedimiento.	
	3	Solicita al área de enfermería, junto con el médico que requiere la hospitalización la disponibilidad de camas.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	4	Confirma disponibilidad de camas e informa al área médica.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	5	Autoriza internamiento e instruye al área médica (médico que solicita el internamiento) para que realice el seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa) Subdirección de Consulta Externa (Área de Preconsulta o Consulta Subsecuente)	6	Orienta al paciente sobre los objetivos del internamiento, requisita Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario, recaba firmas y elabora Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa, Formato INPDSCEC-02.1 Preconsulta o Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución, en caso de que el paciente se canalice del área de APC, se anexa el Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Efermería en APC.	INPDSCEC-03-04.1 INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-02.1 INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-07-02
	7	Notifica al área de enfermería de hospital y trabajo social del internamiento, para su seguimiento**.**	
	8	Traslada al paciente al Área de Trabajo Social con la documentación correspondiente (formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa, formato INPDSCEC-02.1 de Preconsulta o Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución (Consulta Subsecuente) y formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario y en su caso formato INPDSCEC-07-02 Registros Clínicos de Enfermería de APC) para su seguimiento.	
Subdirección de Hospitalización	9	Recibe al paciente con documentación correspondiente (formatos: atención psiquiátrica continúa, de preconsulta o	INPDSCEC-06-01 INPDSCEC-06-05

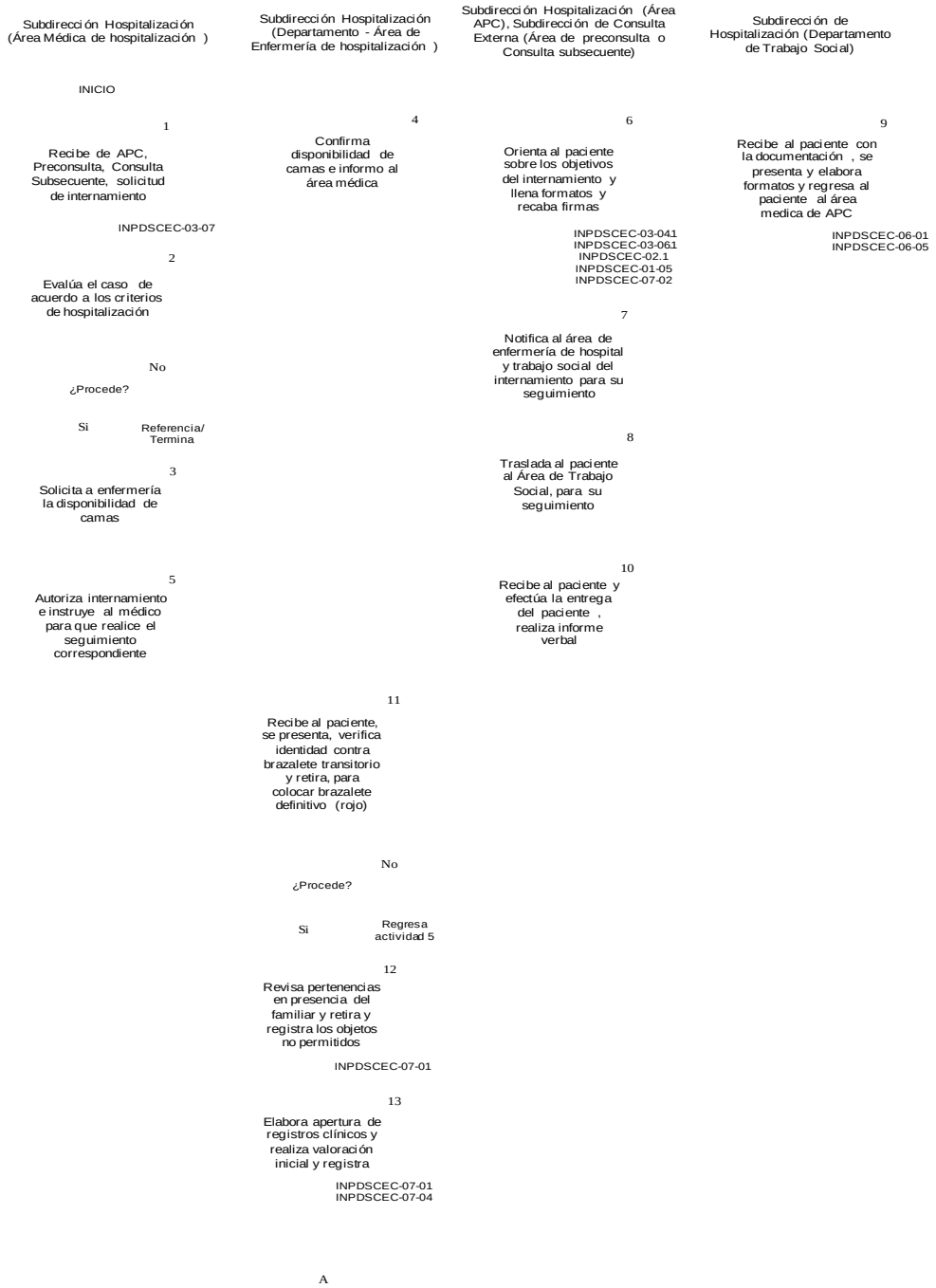
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
(Departamento de Trabajo Social)		nota de evolución, en caso de referirse de atención psiquiátrica continúa formato registros de enfermería en atención psiquiátrica continúa, y formato consentimiento informado de ingreso hospitalario. Se presenta con el paciente y el familiar; elabora Formato INPDSCEC-06-01 Estudio socioeconómico asigna nivel. Requisita Formato INPDSCEC-06-05 Hoja de ingreso y egreso hospitalario, entrega Reglamento Hospitalario, Trípticos del Servicio de Hospitalización y Tríptico de Derecho de los Pacientes y Derechos del Personal de Salud y de ética hospitalaria y regresa al paciente con la documentación al área médica de APC.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa) Subdirección de Consulta Externa (Área de Preconsulta o Consulta Subsecuente)	**10**	Recibe al paciente con documentación, traslada al área de tratamiento para su seguimiento y efectua la entrega del paciente y el expediente clínico, realiza informe verbal de la condición del paciente de conformidad con el formato de enlace para la continuidad de la atención.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**11**	Recibe al paciente, se presenta, verifica identificación preguntando nombre y fecha de nacimiento, verificando contra brazalete transitorio, retira brazalete transitorio y coloca el brazalete definitivo (rojo) y revisa documentos en regla. Procede: Si: -Continua actividad siguiente No. Regresa a la actividad 5.	
	12	Revisa pertenencias en presencia del familiar y retira objetos no permitidos, requisita Formato INPDSCEN-07-01 Control de pertenencias del usuario no permitidas por el reglamento. (Ver procedimiento de recepción de pacientes del Departamento de Enfermería).	INPDSCEN-07-01
	13	Elabora apertura de registros clínicos requisitando datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, etc.) en Formato INPDSCEC-07-01 Valoración Inicial de Enfermería al Ingreso del Paciente y en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.	INPDSCEC-07-01 INPDSCEC-07-04
	14	Realiza toma de somatometría (talla, peso, perímetro abdominal, etc.) y registra datos en Formato INPDSCEC-07-01 Valoración Inicial de Enfermería al Ingreso del Paciente, y en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería. Conduce al paciente a la habitación, proporciona información refuerzo	

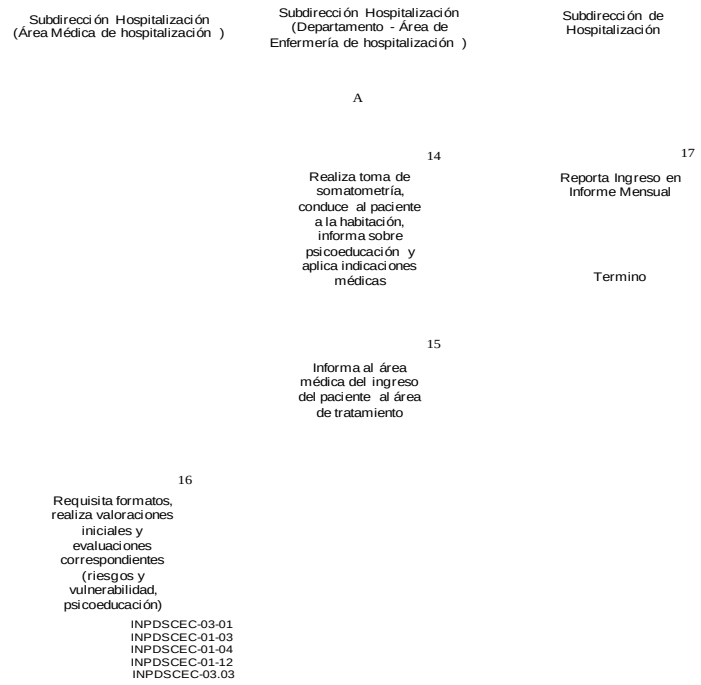
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		psicoeducación, y aplica indicaciones médicas.	
	15	Informa al área médica del ingreso del paciente al área de tratamiento.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**16**	Requisita formato INPDSCEC-03.01 Nota de Ingreso y realiza valoraciones iniciales en caso de pacientes de primera vez: formato INPDSCED-01-03 Historia Clínica, formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, formato INPDSCEC-01-12 Evaluación y registro de acciones educativas otorgadas al paciente y formato INPDSCEC-03.03 prescripción dietética inicial.	INPDSCEC-03.01 INPDSCED-01-03 INPDSCED-01-04 INPDSCED-01-12 INPDSCEC-03.03
Subdirección de Hospitalización	**17**	Reporta Ingresos en Informe Mensual.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.3 **Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario:** Documentos escritos, signados por el paciente o representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos terapéuticos o de rehabilitación.

8.4 **Autolesión:** Cuando el paciente se causa cualquier tipo de lesión por rascado, corte, quemadura, mordedura, etc., con el propósito de lesionarse sin fin suicida.

8.5 **Riesgo suicida:** Cuando el paciente expresa deseos de muerte, ideas, pensamiento, plan suicida, ha realizado gesto o intento suicida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.3 Formato INPDSCEC-02.1- Preconsulta.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-02.1- Preconsulta.
10.5 Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.
10.7 Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.9 Formato INPDSCEC-06-01 Estudio Socioeconómico.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-06-01 Estudio Socioeconómico.
10.11 Formato INPDSCEC 06-05.- Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC 06-05 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario
10.13 Formato INPDSCEC-07-01-Valoración Inicial Enfermería.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-01.Valoración Inicial Enfermería.
10.15 Formato INPDSCEC-07-02.Registros de Enfermería en APC.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-02.Registros de Enfermería en APC.
10.17 Formato INPDSCEN-07-01.- Control de Pertenencias del Usuario No Permitidas por el Reglamento.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-01.- Control de Pertenencias del Usuario No Permitidas por el Reglamento.
10.19 Formato INPDSCEC-07-04.Registros Clínicos de Enfermería.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04.Registros Clínicos de Enfermería.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

2. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Disponer de un procedimiento que guíe el manejo del paciente durante su hospitalización, con el propósito de lograr el pronto restablecimiento de su salud mental.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización (Áreas de Hospitalización, Departamento de Enfermería, Departamento de Trabajo Social) y a la Subdirección de Consulta Externa.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico sean sujetos de internamiento y manejo hospitalario en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el procedimiento para el Manejo Hospitalario, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP.1 Para la identificación del paciente.
- ✓ MISP.2 Para la emisión de indicaciones verbales y telefónicas.
- ✓ MISP.3 Para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- ✓ MISP.5 Programa integral de higiene de manos.
- ✓ MISP.6 Para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

II. Estándares centrados en el paciente

Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)

- ✓ ACC.2 Para el mecanismo estructurado de comunicación en la entrega de guardia.
- ✓ ACC.2 Para el enlace de la continuidad de la atención.
- ✓ ACC.2.1 Para la Interconsulta.
- ✓ ACC.4 Para el traslado de pacientes para estudio o valoración en otro establecimiento.
- ✓ ACC.4 Para el traslado de pacientes para continuar su atención en otro establecimiento.
- ✓ ACC.6.1 Para supervisar la calidad y seguridad de los servicios de ambulancia.

Derechos del Paciente y su Familia (PFR)

- ✓ PFR.1.4 Para proteger a los pacientes de agresiones.
- ✓ PFR.5 Para informar al paciente y sus familiares acerca de sus derechos.
- ✓ PFR.7 Para la información a pacientes para acceder a protocolos de investigación.

Atención de pacientes (COP)

- ✓ COP.4 Para documentar las indicaciones en el INPRFM.
- ✓ COP.7 Para la identificación de errores en la indicación de alimentos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Educación a los pacientes y su familia (PFE)

- ✓ PFE.1 Para la educación al paciente y su familiar.

IV. Sistemas críticos para la seguridad del paciente

Manejo y Uso de los Medicamentos

- ✓ MMU.5 Del almacenamiento y resguardo seguro de los medicamentos.
- ✓ MMU.8 Del personal autorizado para administrar medicamentos.
- ✓ MMU.9 De las actividades de farmacovigilancia para monitorizar el efecto de los medicamentos en los pacientes.

Prevención y Control de Infecciones

- ✓ PCI.5 De las medidas de precaucion estandar.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir a todo el personal que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída y estuviera acompañado por un cuidador se informará a éste del incidente, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Instruir a todo el personal que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída si no contara con cuidador el personal de trabajo social se comunicará con familiar del paciente para informarle del incidente y solicitar que acuda para informarle de de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Instruir al personal médico para que en caso necesario reevaluar a los pacientes que por su condición médica así lo requieran a fin de realizar las intervenciones tendientes a reducir la probabilidad de caídas.
- Instruir al personal de enfermería que elabore y entregue semanalmente a la Subdirección de Hospital reporte de caídas.
- Supervisar que durante la entrega de guardia se revisen el número de camas ocupadas, las altas, los permisos terapéuticos, las eventualidades, la evolución de los pacientes.
- Instruir que el médico residente de segundo año que entrega la guardia presente los Formatos INPDSCEC-03.1 Notas de Ingreso de todos los pacientes que se hayan hospitalizado durante la guardia, puntualizando el padecimiento actual, el examen mental y examen físico el diagnóstico multiaxial, los estudios solicitados y el plan de manejo y tratamiento indicados.
- Instruir al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital para que corrobore el diagnóstico probable establecido en el Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica y en el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolucion, que incluyen examen mental y examen físico.
- Instruir al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital para que diariamente de lunes a viernes supervise la actualización o modificación de él o los diagnósticos, revise los estudios de laboratorio o de gabinete realizados, indique estudios adicionales de laboratorio y de gabinete que se requieran, supervise la actualización o modificación del plan de manejo y el tratamiento, revise y firme la hoja de indicaciones médicas.
- Instruir al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital para que reciban y revisen los resultados de estudios de laboratorio y de gabinete solicitados y tomen las acciones correspondientes.
- Instruir al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital para evaluar y autorizar permisos terapéuticos por horas o por días de los pacientes hospitalizados.Supervisar el trabajo de los médicos residentes que rotan por la Subdirección de Hospital y APC.

- Supervisar que todo el personal cumpla con los estándares establecidos para la atención de pacientes hospitalizados.
- Instruir al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital para proporcionar información a todo paciente y/o familiar responsable que así lo solicite acerca del diagnóstico, resultados de estudios e interconsultas, plan de manejo, tratamiento, pronóstico a corto plazo y recomendaciones en caso de permiso terapéutico.
- Instruir al personal médico adscrito y al personal médico residente para diagnosticar y tratar los trastornos mentales que con mayor frecuencia requieren de hospitalización en el Instituto en base a Guías Clínicas Establecidas de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia. La guía clínica en uso en la Subdirección de Hospital es la Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.
- Instruir al personal de enfermería para que corrobore que los pacientes porten el calzado adecuado.
- Instruir a todo el personal que en el caso de que trabajo social no pueda contactar con el familiar se informará a éste en cuanto se presente al servicio de hospital del evento adverso sucedido, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo, requistando Formato Notificacion y Análisis de Eventos Adversos.
- Instruir al personal médico para que registre el evento adverso en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente en el expediente clínico del paciente, describiendo el mismo, los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.
- Solicitar a la Subdirección de Servicios Generales el mantenimiento preventivo de los equipos de la Subdirección de Hospital y APC, al menos tres veces por año, y solicitar en su caso el mantenimiento correctivo.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Adscrito será responsable de:

- El médico adscrito en pase de visita diaria e indicaciones telefónicas, deberá seguir el proceso de emisión de indicaciones verbales y telefónicas establecidos en el proceso correspodiente. **Ver MISP.2**
- Verificar que los pacientes que tengan riesgo de caída en código rojo y amarillo, no participen en actividades que implican movimientos en la terapia recreativa. **Ver MISP.6**
- Verificar que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída si no contara con cuidador el personal de trabajo social se comunicará con familiar del paciente para informarle del incidente y solicitar que acuda para informarle de de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Verificar que el personal médico en caso necesario reevalué a los pacientes que por su condición médica así lo requieran a fin de realizar las intervenciones tendientes a reducir la probabilidad de caídas. **Ver MISP.6**
- Verificar que el personal de enfermería que elabore y entregue semanalmente a la Subdirección de Hospital reporte de caídas. **Ver MISP 6**
- Supervisar que durante la entrega de guardia se revisen el número de camas ocupadas, las altas, los permisos terapéuticos, las eventualidades, la evolución de los pacientes. **Ver Proceso ACC.2 inciso a)**
- Verificar que el médico residente de segundo año que entrega la guardia presente las Notas de Ingreso de todos los pacientes que se hayan hospitalizado durante la guardia, puntualizando el padecimiento actual, el diagnóstico multiaxial, los estudios solicitados y el plan de manejo y tratamiento indicados. **Ver Proceso ACC.2 inciso a)**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Verificar que durante la entrega de guardia los médicos residentes de primer año informen a la Subdirección de Hospital acerca de los pacientes que cursan con cuadro infeccioso y/o que reciben tratamiento con antibióticos (motivo, nombre químico del antibiótico, presentación en miligramos, vía de administración, dosificación, días que lleva en tratamiento sobre el total de días que lo recibirá. **Ver Proceso ACC.2 inciso a)**
- Elaborar el personal médico, el Formato INPDSCEC-03-07 Enlace para Continuidad de la Atención, cuando determine que el paciente debe ser trasladado para la continuidad de su atención a otro servicio dentro de las Instalaciones del INPRFM: **Ver Proceso ACC.2 inciso c)**
  - De APC a Hospital
  - De Hospital a un servicio auxiliar del diagnóstico
  - De Hospital a TEC,
- Verificar que al regreso del paciente a la Institución se cuente por escrito con el formato INPDSCEC-01-07 Nota de Interconsulta elaborada por la otra unidad médica en el formato correspondiente y anexar al expediente clínico. **Ver proceso ACC.2.1**
- Para las acciones a seguir por parte del personal de salud (personal médico, enfermería y trabajo social), cuando un paciente haya sido o éste sujeto de agresiones, se deberá seguir el protocolo correspondiente para su gestión. **Ver Proceso PFR.1.4**
- Explicar al paciente y/o familiar de manera verbal y en forma clara y comprensible, los objetivos y procedimientos del estudio, los beneficios y posibles riesgos que puedan surgir, y que esta explicación verbal se complementará proporcionándoles un documento por escrito que sirve para verificar la información proporcionada. Que tanto el paciente como sus familiares deberán corroborar que la información ha sido clara y comprensible y serán libres de solicitar aclaraciones al respecto o bien información adicional a la proporcionada. **Ver Proceso PFR.5**
- Identificar por medio de los procedimientos específicos a su cargo, a los pacientes que por su padecimiento sean susceptibles de participar en las investigaciones clínicas, y solicitar al paciente y/o su familiar su participación libre y voluntaria, explicando los beneficios de la misma, las molestias y riesgos que conlleva su participación, los procedimientos a seguir de acuerdo al protocolo, que en caso de aceptar su participación se deberá contar con la carta de consentimiento informado debidamente requisitada, antes de iniciar cualquier procedimiento y de que el hecho de la negativa de su participación no condiciona la prestación de los servicios en la institución. **Ver Proceso PFR.7**
- Documentar con la carta de consentimiento informado en caso de que el paciente opte participar en las investigaciones clínicas, en la cual se especifican los beneficios de la participación en la investigación, la explicación clara y comprensible que fundamenta el estudio, su proceso y metodología el manejo confidencial de los datos personales y de toda la información clínica que se genere que será por medio de códigos numéricos, los riesgos que implica, y que en caso de aplicación de cuestionarios de temas sensibles, recibirá ayuda de alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto, incluyendo el procedimiento a seguir cuando el paciente determine retirar su participación en el mismo en cualquier momento sin que se tenga consecuencias en el cuidado médico que recibe en la institución, así como que dicho consentimiento deberá estar firmado por el paciente y/o familiar responsable, dos testigos y por el médico quien aplicó el consentimiento, se elaborará por duplicado otorgando al paciente una copia del mismo y archivando en su expediente. **Ver Proceso PFR.7**
- Informar a los pacientes y sus familiares que el estudio clínico en el cual se le propone participar está fundamentado en las normas internacionales de las Buenas Prácticas Clínicas, lo cual implica que se siguen los principios básicos de investigación clínica en humanos de acuerdo a las disposiciones legales de aplicación internacional. Los protocolos de investigación al respecto se someten a un procedimiento de evaluación por pares tanto interna como externa a la

institución, además de que son evaluados y autorizados a llevarse a cabo por los Comités de Bioética y de Investigación Clínica institucionales. Estos Comités parten, para la autorización del estudio, del principio básico del beneficio directo de los pacientes, de la ausencia de riesgos elevados y del favorecimiento sobre el avance científico de la enfermedad en estudio y de su tratamiento. **Ver Proceso PFR.7**

- Verificar que el personal médico y de enfermería apliquen correctamente las técnicas universales de asepsia y antisepsia. **Ver PCI.5**
- Determinar el plan de tratamiento farmacológico y en su caso psicoterapéutico de acuerdo al diagnóstico establecido.
- Indicar que los pacientes cuya condición lo permita participen durante el tiempo del internamiento en la Terapia Recreativa de lunes a viernes de 10:30 a 13:30 hrs.
- Supervisar que el personal de enfermería y el personal médico proporcionen contención verbal a los pacientes fumadores que así lo requieran.
- Supervisar que el personal médico prescriba y el personal de enfermería administre chicles de nicotina a los pacientes que así lo requieran.
- Supervisar el trabajo de los médicos residentes que rotan por la Subdirección de Hospital y APC.
- Identificar a los pacientes de alto riesgo con el propósito de planificar su atención y registrar en el formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica, formato INPDSCEC-03.01 la Nota de Ingreso, formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, el formato INPDSCEC-01-04 de Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas dicha identificación, anexando los formatos antes mencionados al expediente clínico del paciente.
- Verificar que para los pacientes que requieren sujeción, los que requieren atención de urgencia, los que requieren servicios de reanimación o de soporte vital, se cuente con la disponibilidad y uso de equipo especializado para la sujeción y para reanimación cardiopulmonar en los servicios de atención psiquiátrica continua, de hospital y de terapia eléctrica.Supervisar que el personal médico y el personal de enfermería en los servicios de atención psiquiátrica continua, de hospital y de terapia eléctrica cuente con las competencias y/o aptitudes especiales en el proceso de atención de pacientes identificados de alto riesgo.
- Instruir al personal médico que se debe tamizar y detectar este tipo de poblaciones (pacientes de alto riesgo) con el propósito de canalizarlas a las clínicas de subespecialidades correspondientes para intensificar su atención, que contribuya al tratamiento y manejo adecuado del paciente.
- Instruir al personal médico residente identifique desde la evaluación inicial a los pacientes de quienes se sospecha una dependencia a las drogas y/o el alcohol, con el propósito de llevar a cabo evaluaciones iniciales mas exhaustivas que contribuyan al tratamiento y manejo adecuado del paciente, a fin de tamizar y detectar este tipo de pacientes para canalizar a las clínicas correspondientes para intensificar su atención.
- Verificar que en el caso de que trabajo social no pueda contactar con el familiar se informará a éste en cuanto se presente al servicio de hospital del evento adverso sucedido, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.
- Verificar que el personal médico registre el evento adverso en el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución correspondiente en el expediente clínico del paciente, describiendo el mismo, los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Residente será responsable de:

Residentes de primer año

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) ha establecido para la identificación del paciente durante su atención, el uso de los dos identificadores institucionales: nombre completo y fecha de nacimiento del paciente. **Ver MISP.1**
- Presentarse con el paciente proporcionando su nombre completo y cargo. con el propósito de asumir la responsabilidad en las diferentes fases de la atención del paciente, documentando las mismas en el expediente clínico y firmando las notas médicas. **Ver MISP.1**
- Conocer y aplicar correctamente las técnicas universales de asepsia y antisepsia. **Ver MISP.5**
- Informar en el caso de que el paciente haya sufrido una caída, al cuidador. Informarle de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Solicitar en el caso de que el paciente haya sufrido una caída y no contara con cuidador, al personal de trabajo social se comunique con familiar del paciente para informarle del incidente y solicitar que acuda para informarle de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Asistir y participar en la entrega de guardia en la que están presentes la Subdirectora de Hospital y APC, los médicos adscritos y los médicos residentes de la Subdirección de Hospital y APC, la coordinadora de Trabajo Social, la coordinadora de Enfermería y personal de la Terapia Recreativa. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Informar sobre las eventualidades, (casos de ingresos de menores de edad u otro paciente de los considerados vulnerables, si un paciente tiene alguna complicación médica y existe la necesidad de traslado o referencia, ante el intento de suicidio, siniestros) sucedidas durante la guardia. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**

Residentes de segundo año

- Los viernes el médico residente de segundo año entrega la guardia a las 8 horas en la Oficina de la Subdirección de Hospital y/o consultorio del médico adscrito que recibe. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Realizar la entrega de la guardia dando lectura a las Notas de Ingreso y las eventualidades de la misma. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Presentar las Notas de Ingreso de todos los pacientes que se hayan hospitalizado durante la guardia, puntualizando el padecimiento actual, el diagnóstico multiaxial, los estudios solicitados y el plan de manejo y tratamiento indicados. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Solicitar al Área de Trabajo Social, con un día de anticipación el servicio de traslado de pacientes en la ambulancia institucional o de servicios subrogado, en caso de traslado de urgencia, solicita al personal de Trabajo Social realice el trámite de traslado de pacientes en la ambulancia institucional o de servicios subrogado, en un plazo aproximado de 15 a 20 minutos. **Ver Proceso ACC.6.1**

Residentes de tercer año

- Anotar en la bitácora de guardia todos los ingresos, referencias y pormenores de la guardia. Durante la entrega se hace lectura de lo anotado en la bitácora de guardia. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Recibir la guardia los días hábiles de lunes a viernes a las 17 horas.
- Recibir la guardia los sábados, domingos y días festivos a las 08:00 hrs.
- En días hábiles de lunes a viernes a las 17:30 horas y nuevamente a las 21 horas.
- En sábados, domingos y días festivos a las 9:00 horas, a las 16 horas y a las 21 horas.
- Responder y acudir al llamado del personal de enfermería cuando así se requiera.
- Permanecer el RIV jefe de guardia, los RIII, y RI en el área de APC hasta las 21 horas para atender a los pacientes que soliciten consulta, atender llamadas telefónicas externas e internas.

- Los residentes de primer año de guardia deben pasar rondin en todos los tratamientos de TI a TV a las 23 horas, a la 1, a las 3 y a las 5 horas.
- Los residentes de primer año de guardia deben permanecer en el consultorio médico de TII para atender cualquier eventualidad y atender llamadas telefónicas internas por espacio de dos horas de 23 a 1 horas, de 1 a 3 horas, de 3 a 5 horas, de 5 a 8 horas. **Ver Proceso ACC.2 entrega de guardia inciso a)**
- Informar el resultado de la interconsulta al paciente y al familiar. **Ver proceso ACC.2.1**
- Examinar al paciente en caso de que haya sufrido una caída, si el caso lo requiere solicitar radiografías del sitio de la lesión, estudios de laboratorio, gabinete e interconsulta que se requieran, proporcionar el manejo correspondiente e indicar los medicamentos necesarios analgésicos/antiinflamatorios. **Ver proceso ACC.2.1**
- Acompañar al paciente en todo momento durante el procedimiento de traslado a otra unidad médica, para (interconsulta, tratamiento especializado, servicio de urgencia, cuidados intensivos, rehabilitación) del paciente hospitalizado, cuando su estado de salud así lo requiera, con el propósito de garantizar su atención, hasta que se determine si el paciente queda hospitalizado en dicha unidad o se contrarrefiere. **Ver proceso ACC.4.1y 2**
- En caso de traslados de pacientes el personal médico deberá: **Ver proceso ACC.4.1y 2**
  - ✓ Determinar que el paciente requiere estudio o valoración en otro establecimiento.
  - ✓ Elaborar el formato Nota de Referencia y contra referencia para interconsulta y entregar al personal de trabajo social.
  - ✓ Recibir del personal de trabajo social, el formato nota de referencia y contra referencia, para interconsulta o valoración, con fecha y hora de la misma.
  - ✓ Anotar en la Indicaciones Médicas fecha y hora de la cita asignada en otra unidad.
  - ✓ Acompañar al paciente a la cita de valoración o estudio programada en la otra unidad de atención.
  - ✓ Solicitar al médico de la otra unidad llenar el formato de contra referencia, con el resultado de la valoración o estudio.
  - ✓ En caso de que el estudio no tenga carácter de urgente y sea programado en una fecha posterior al egreso se orienta al paciente y su familiar responsable para que acuda a la cita programada en otra unidad de atención.
  - ✓ Trasladar al paciente en silla de ruedas o camilla, del área de tratamiento a la ambulancia.
- Gestionar en ausencia de trabajo social en días y horarios no hábiles el traslado del paciente a otra unidad médica del sector salud. **Ver proceso ACC.4.1y 2**
- Registrar en la nota de evolución, el personal médico designado en el traslado del paciente a otra unidad médica, cualquier condición especial que presentará el paciente, así como todo cambio en el estado del mismo durante el traslado. **Ver proceso ACC.4.1y 2**
- Regresar con el paciente en la ambulancia a la institución. **Ver proceso ACC.4.1y 2**
- Plasmar en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas, si el paciente es portador de un cuadro infecto contagioso o si se trata de un paciente inmunodeprimido, que se proporcione al paciente un cuarto individual en T-I hombres y en T-II mujeres. **Ver Proceso COP.4**
- Cumplir con las indicaciones de tratamiento que de lunes a viernes en el turno matutino determina en forma verbal el médico adscrito a la Subdirección de Hospital al médico residente tratante a cargo del paciente, después de haber entrevistado al paciente a su ingreso, en el pase de visita semanal, o cuando así se requiera. **Ver Proceso COP.4**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Brindar educación sobre prácticas de control de infecciones a los pacientes, cuidadores y visitantes. **Ver Proceso PFE.1**
- Informar al personal de enfermería, queda estrictamente prohibido solicitar, recibir y administrar medicamentos proporcionados por el paciente y/o el familiar responsable. La única excepción a esta política será que se trate de un medicamento que la Institución No pueda adquirir o si se trata de medicamento de un proyecto de investigación. **MMU.8**
- Suspender, el personal médico responsable de la atención del paciente, la administración de medicamentos a los pacientes de acuerdo a los siguientes tres criterios: suspensión de tratamiento o cambio de tratamiento, que el paciente no responda al tratamiento con los medicamentos o por suspensión automática. **MMU.9**
- Cumplir con la Ley General para el Control del Tabaco, quedando terminante prohibido fumar en todas las instalaciones del Instituto al personal de salud, los pacientes, familiares, cuidadores y visitantes.
- Proporcionar contención verbal a los pacientes fumadores que así lo requieran.
- Prescribir chicles de nicotina a los pacientes que así lo requieran.
- Informar con la debida anticipación al paciente y al familiar, si por motivos de rotación hubiera un cambio de médico residente tratante, presentar al médico residente que se hará cargo del paciente.
- Informar al paciente y al familiar acerca de cualquier cambio en el esquema farmacológico y los efectos terapéuticos o posibles efectos secundarios de dicho cambio.
- Determinar si la condición médica/psiquiátrica del paciente le permite participar en la Terapia Recreativa que se proporciona de lunes a viernes de 10:30 a 13:30 horas.
- Consultar al Titular de la Subdirección de Hospitalización o al médico adscrito del servicio, en caso de cualquier duda que se tenga sobre el manejo de algún paciente en particular o en la toma de decisiones del adecuado manejo hospitalario.
- Indicar que el personal de enfermería corrobore que los pacientes porten el calzado adecuado.
- Informar al familiar en cuanto éste se presente al servicio de hospital del evento adverso sucedido, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.
- Registrar el evento adverso en el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en el expediente clínico del paciente, describiendo el mismo, los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable de:

- El personal de enfermería en las áreas de tratamiento de hospital, deberá identificar al paciente previo al momento de la administración de medicamentos, verificando su nombre completo y fecha de nacimiento, mismos que corroborará contra el brazalete de identificación (rojo en caso de pacientes hospitalizados) que deben portar en la muñeca. No se administrarán medicamentos a ningún paciente sin brazalete de identificación. **Ver MISP.1**
- El Personal de enfermería del INPRFM, deberá conocer la ubicación de los medicamentos considerados de alto riesgo (electrolitos concentrados), dentro de los cinco carros de paro (rojos) ubicados en: **Ver MISP.3**
  - Área de Tratamiento II (T-II)
  - Área de Tratamiento III (T-III)
- Informar al personal de terapia recreativa cuales pacientes presentan riesgo de caída en código rojo y amarillo, para que no participen en actividades que impliquen movimientos. **Ver MISP.6**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Proporcionar cuidado integral al paciente que se encuentra hospitalizado y realizara procedimientos técnico administrativo y medidas terapéuticas de acuerdo a las indicaciones médicas. **Ver Proceso COP.4**
- Llevar a cabo las indicaciones del área médica, en el caso de que los medicamentos generen efectos secundarios sobre el estado de consciencia, la presión arterial, el equilibrio, y coordinación psicomotora del paciente, que consisten en el uso de barandales en la cama, y/o sujeción. **Ver Proceso COP.4**
- Solicitar, ministrar, controlar y resguardar los medicamentos del paciente durante el internamiento así como del trámite administrativo para ello. **MMU.5**
- Recibir, registrar en libreta de control de cada tratamiento, y llevar las solicitudes debidamente requisitadas al laboratorio clínico. **MMU.5**
- Revisar, verificar y solicitar el medicamento a farmacia y/o compra externa para garantizar la administración del mismo, fin de semana y días festivos. **MMU.8**
- Realizar la toma de signos vitales en la unidad del paciente o en el área de enfermería al realizar la entrevista dependiendo de las condiciones del paciente y con la técnica establecida, a todo paciente que se encuentra en el área de hospital, anotando las cifras en el formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería en caso de alguna alteración notificar de manera inmediata al médico responsable.

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Trabajo Social de lunes a viernes en horario de 8:00 a 20:00 horas será responsable de:

- Informar y hacer énfasis al paciente y al familiar responsable sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica y sobre su derecho a participar en estos procesos. **Ver Proceso PFR.5**
- Informar e invitar al familiar responsable para que los viernes de 12 a 13 horas asista al curso psicoeducativo para familiares de pacientes hospitalizados que coordina el departamento de trabajo social e imparte en el aula 1 de la dirección de enseñanza. **Ver Proceso PFE.1**
- Informar al paciente y al familiar que el horario de terapia recreativa y socialización es de lunes a viernes de 10:30 a 13:30 horas.
- Proporcionar toda la información y trámites de las visitas, horario, pases de visita, informe médico a los familiares.
- Informar que en la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua los pacientes, familiares, cuidadores y visitantes deben cumplir con la Ley General para el Control del Tabaco, quedando terminante prohibido fumar en todas las instalaciones.

3.6 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Nutrición será responsable de:

- Realizar medición antropométrica (peso, talla e índice de masa corporal) y evaluación nutricional al ingreso del paciente mediante formato INPDSCEC-08-01 Evaluación Nutricional a solicitud del médico responsable con el propósito de efectuar la prescripción dietética de acuerdo a la condición clínica del paciente. Se anexa al expediente clínico del paciente. **Ver Proceso COP.7**
- Determinar plan de alimentación personalizado que se actualiza cada semana de acuerdo al peso, índice de masa corporal y estado nutricional del paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica y/o Formato INPDSCEC-03.1 Nota de ingreso y Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de vulnerabilidad y riesgos que incluyen diagnóstico presuncional, plan de manejo y pronóstico, identifica riesgos de acuerdo a código de seguridad e informa al área de enfermería para su identificación en el pizarrón del área. Se presenta con el paciente y su familiar responsable, explica los objetivos y propósitos de la hospitalización, el diagnóstico probable, el plan de manejo y el pronóstico a corto plazo. Identifica al paciente, solicitando su nombre y fecha de nacimiento.	INPDSCEC-01-03 INDDSCEC-01-04 INPDSCEC-03.1
	2	Indica los exámenes de laboratorio y de imagen que se deben realizar según el caso. Elabora Formato INPDSCAC-05-01 Solicitud de estudios de laboratorio y Formato INPDSCEC-04-01 Solicitud de servicio de imágenes debidamente requisitadas. Elabora Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas de acuerdo al Plan de Manejo. Entrega indicaciones médicas y solicitudes de estudios al personal de enfermería a cargo del área.	INPDSCAC-05-01 INPDSCEC-04-01 INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**3**	Anota datos de identificación del paciente en el pizarrón del área. Recibe y tramita solicitudes de laboratorio y de imagen, registra en una libreta de control de enfermería según indicación médica.	
	4	Revisa indicaciones médicas y verifica la existencia del medicamento en gaveta del paciente en caso de no contar, verifica stock, si no procede solicita a farmacia mediante el Formato INPSCE-029 Control de Suministros de Farmacia y Material de consumo.	INPSCE-029
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería de Hospitalización)	**5**	Solicita al médico en caso de medicamentos controlados elabore el Formato INPSC-058 Receta Médica, administra medicamentos al paciente, aplicando los 8 correctos.	INPSC-058
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**6**	Efectúa entrevista, registra signos vitales y somatometría, verifica que porte su brazalete de identificación y registra en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería y Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05
Subdirección de Hospitalización (Área	**7**	Verifica pizarrón de cada uno de los tratamientos para conocimiento de los pacientes de nuevo ingreso, consulta	

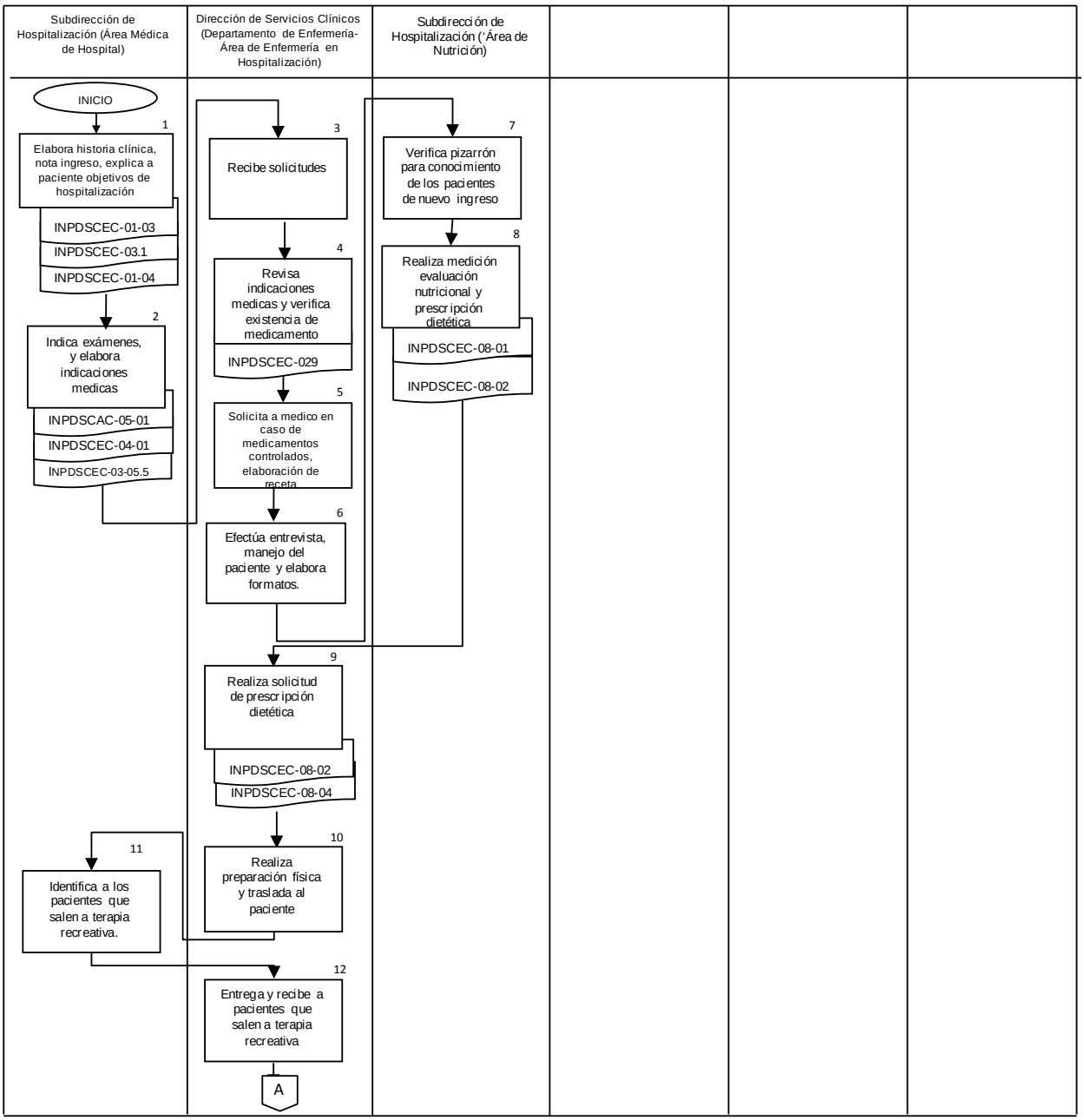
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Nutrición)		el sistema hospitalario "Healt Centre", corrobora los nuevos ingresos y su ubicación.	
	8	Se presenta con el paciente, realiza medición antropométrica (pesa y mide al paciente) mediante Formato INPDSCEC-08-01 efectúa Evaluación Nutricional, elabora formato INPDSCEC-08-02 Prescripción Dietética de acuerdo al resultado de la evaluación nutricional.	INPDSCEC-08-01 INPDSCEC-08-02
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**9**	Realiza Formato INPDSCN-22/03. Solicitud de Prescripción Dietética (turno vespertino y nocturno). Solicita al Área de Nutrición la dieta del paciente en Formato INPDSCN-22/06 Alteración y Cancelación de Dieta en caso de cambio de dieta al ingreso.	INPDSCN-22/03 INPDSCN-22/06
	10	Realiza preparación física y traslada al paciente cuando lo soliciten si el paciente tiene estudio y/o tratamiento específico (TEC, BEEM, RM, TAC, etc.).	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**11**	Identifica a los pacientes que salen a la terapia recreativa y notifica sobre las condiciones de los pacientes que no pueden acudir.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**12**	Entrega y recibe a pacientes que salen a terapia recreativa.	
	13	Observa la cantidad de ingesta de dieta y anota en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.	INPDSCEC-07-04
	14	Realiza las anotaciones relevantes del turno, efectuando resumen en el Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.	INPDSCEC-07-05
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**15**	Realiza pase de visita diaria, elabora Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas mismas que entrega al personal de enfermería, elabora según el caso recetas debidamente requisitadas y las entrega a la farmacia. (Médico residente primer año).	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
	16	Supervisa formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica, formato INPDSCEC-03.1 Nota de Ingreso, diagnóstico probable. Entrevista al paciente, actualiza el diagnóstico, revisa estudios realizados, solicita si es el caso otros estudios o interconsultas, e indica plan de manejo y tratamiento, revisa Notas de Evolución, supervisa que el expediente clínico cumpla con la Norma 004 e instruye al médico residente de primer año para la actualización del formato de indicaciones. (Médico Adscrito).	
	17	Actualiza Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas y las entrega al área de enfermería (médico residente).	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

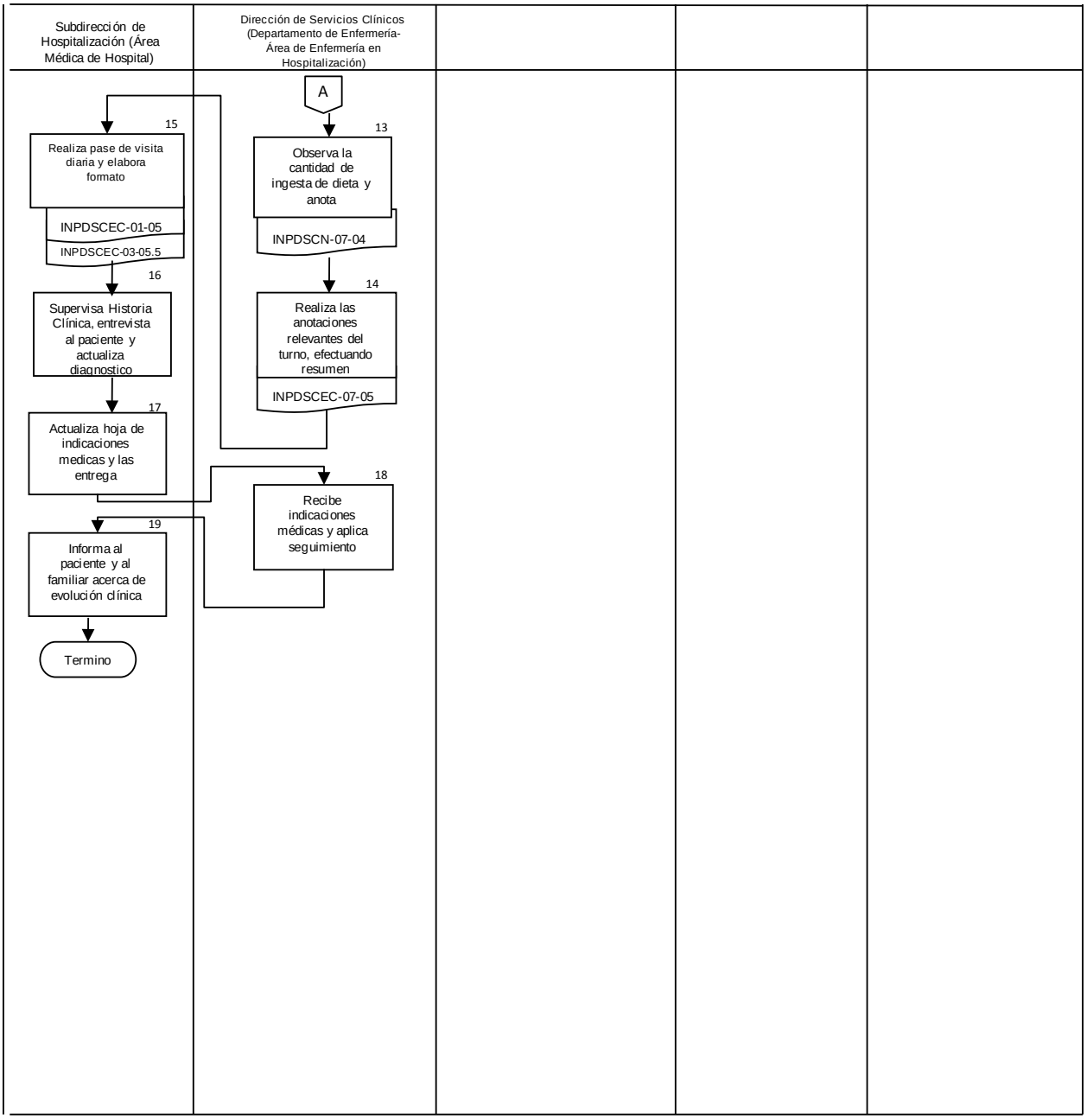
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**18**	Recibe indicaciones del médico tratante y aplica seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**19**	Informa al paciente y al familiar responsable acerca de la evolución clínica diagnóstico, tratamiento, resultado de estudios, pronóstico a corto plazo del paciente.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Somatometría**: Recabar semanalmente talla, peso, IMC, diario y signos vitales.

8.2 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.3 **Cuasifalla:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna; la cuasifalla nos permite tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros

- Errores en el registro de la información en los documentos del expediente clínico.
- Errores en la prescripción en las indicaciones médicas.
- Errores en la elaboración de recetas.
- Errores en las solicitudes de laboratorio y/o gabinete

8.4 **Evento adverso** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica y otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

- Intento de suicidio de leve a moderada letalidad.
- Autolesiones leves a moderadas.
- Agresión en contra de terceros que no deja lesiones.
- Daño a las instalaciones y/o equipo por conducta agresiva.
- Error en la prescripción médica que genera molestias leves a moderadas en el paciente.
- Error en la transcripción de indicaciones.
- Error en la ministración de medicamentos.
- Efectos secundarios de los medicamentos que generan malestar moderado en el paciente.

8.5 **Evento centinela** : Involucra la presencia de heridas física o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que

todos los eventos centinela son eventos adversos graves, pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinela.

- Suicidio Consumado
- Intento suicida de alta letalidad que deje secuelas físicas permanentes
- Agresión en contra de terceros que genere lesiones que tardan en sanar: pacientes, familiares, cuidadores, visitantes, personal de la Institución, personal subrogado.
- Efectos secundarios de los medicamentos que pueden ser idiosincráticas que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente.
- Error en la prescripción médica que pone en riesgo la vida e integridad del paciente.
- Adquirir infección nosocomial

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica
10.2 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03.- Historia Clínica.
10.3 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Vulnerabilidad y Riesgos
10.4 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04. Evaluación Inicial de Vulnerabilidad y Riesgos
10.5 Formato INPDSCEC-03.01- Nota de Ingreso.
10.6 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-03.01- Nota de Ingreso.
10.7 Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.
10.9 Formato INPDSCEC-03-05.5Indicaciones Médicas.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.11 FormatoINPDSCEC-04-01 Solicitud de Servicio de Imagen.
10.12 Instructivo de llenado.- FormatoINPDSCEC-04-01 Solicitud de Servicio de Imagen.
10.13 Formato INPDSCAC-05-01.- Solicitud de Estudios de Laboratorio.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCAC-05-01.- Solicitud de Estudios de Laboratorio.
10.15 Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04. Registros Clínicos de Enfermería.
10.17 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.19 Formato INPDSCNU-08-01.- Solicitud de Prescripción Dietética.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-08-01 Evaluación Nutricional
10.21 Formato INPDSCEC-08-02 Prescripción Dietética
10.22 Instructivo de llenado. Formato INPDSCEC-08-02. Prescripción Dietética
10.23 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCN-22/03.- Solicitud de Prescripción Dietética.
10.24 Formato INPDSCN-22/03 Evaluación Nutricional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.25 Formato INPDSCN-22/06.- Alteración y Cancelación de Dietas.
10.26 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCN-22/06.- Alteración y Cancelación de Dietas.
10.27 Formato INPSCE-029.- Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.
10.28 Instructivo de llenado.- Formato INPSCE-029.- Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

3. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN TERAPIA ELÉCTRICA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar un tratamiento médico alternativo a pacientes que así lo requieran, ya sea por resistencia, intolerantes a fármacos, situación de alto riesgo, de daño a sí mismo u otros, antecedente de buena respuesta previa a terapia Eléctrica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización, a la Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico) al Departamento de Análisis Clínicos al Departamento de Imágenes Cerebrales, al Área de Enfermería de Urgencias y al Área de Enfermería de Hospital y de Terapia Eléctrica (TEC).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico se encuentren hospitalizados y requieran TEC, o estén siendo tratados en la Consulta Externa y requieran Terapia Eléctrica (TEC) de mantenimiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdirección de Hospitalizacion que participa en el procedimiento para el manejo del paciente en terapia eléctrica, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP.1 Para la identificación del paciente.
- ✓ MISP.3 Para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- ✓ MISP.4 Para asegurar el procedimiento correcto al paciente correcto.
- ✓ MISP.6 Para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

II. Estándares centrados en el paciente

Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)

- ✓ ACC.1.5 Servicios especializados y sus criterios de ingreso y alta.
- ✓ ACC.2 Para el Enlace de la Continuidad de Atención.

Derechos del Paciente y su Familia (PFR)

- ✓ PFR.5 Para informar a los pacientes y su familia acerca de sus derechos.
- ✓ PFR.6 Para obtener un Consentimiento Informado.

Atención de Pacientes (COP)

- ✓ COP.4 Para documentar las indicaciones en el INPRFM.
- ✓ COP.8 Para la atencion del dolor.

IV. Sistemas críticos para la seguridad del paciente

Manejo y Uso de los Medicamentos

- ✓ MMU.5 Del almacenamiento y resguardo seguro de los medicamentos.
- ✓ MMU.8 De la administración segura de los medicamentos.

Prevencion y Control de Infecciones

- ✓ PCI.8 Del manejo de los Residuos Peligrosos Biologico Infecciosos.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al personal médico que identifique con precisión al paciente solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **META 1**
- Identificar y difundir al personal de salud que los medicamentos considerados de alto riesgo en el área de hospitalización, son los electrolitos séricos mismos que únicamente se encuentran perfectamente identificados en los tres carros rojos disponibles en las siguientes áreas: Área de Atención Psiquiátrica Continúa, Área de Terapia Eléctrica, Área de Tratamientos III, la indicación de aplicar estos medicamentos al paciente, es competencia del personal médico y su aplicación al personal de enfermería, apegándose a los lineamientos de los 8 correctos. **META 3**
- Instruir a todo el personal que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída, deberá ser examinado físicamente por el personal médico, si el caso lo requiere se solicitaran radiografías del sitio de la lesión y estudios de laboratorio y de gabinete que se requieran, se proporcionará el manejo correspondiente y se indicarán los medicamentos necesarios analgésicos/antiinflamatorios. **Ver MISP.6**
- Instruir a todo el personal que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída y estuviera acompañado por un cuidador se informará a éste del incidente, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Instruir a todo el personal que en el caso de que el paciente haya sufrido una caída si no contara con cuidador el personal de trabajo social se comunicará con familiar del paciente para informarle del incidente y solicitar que acuda para informarle de de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo. **Ver MISP.6**
- Instruir a todo el personal para que en caso necesario reevaluar a los pacientes que por su condición médica así lo requieran a fin de realizar las intervenciones tendientes a reducir la probabilidad de caídas. **Ver MISP.6**
- Supervisar que todo el personal conozca, respete y difunda los derechos de los pacientes. Para la difusión de los mismos en la Subdirección de Hospital y APC se encuentran a la vista de todos los usuarios externos acrílicos que muestran “Los Derechos de los Pacientes”. **PFR.5**
- Instruir al personal médico adscrito para que el médico residente de primer año recabe en el formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica las firmas del paciente, el familiar responsable, el médico psiquiatra adscrito del Servicio de Hospital que indica la TEC, el médico especialista en anestesiología, la subdirección de hospital en donde se precisan los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo y los riesgos implícitos en los mismos, dicho documento se adjunte al expediente clínico. **Ver Proceso PFR.6**
- Instruir al personal médico adscrito para que el médico residente de primer año elabore el formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas correspondientes especificando que el paciente pasa a TEC. **Ver Proceso COP.4**
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de enfermería a conocer, identificar, informar de manera inmediata y registrar por escrito todos los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas que puedan presentarse en la atención de los pacientes hospitalizados.
- Instruir al Servicio de Enfermería para realizar el registro de los eventos adversos, entregando reporte mensual de los mismos a la Subdirección de Hospital, para tomar las medidas correspondientes para prevenirlos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Verificar que la Terapia Eléctrica (TEC) se proporcione a aquellos pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que por su padecimiento así lo requieran.
- Determinar el número de sesiones de TEC que recibirá el paciente, el promedio es de 10 con un rango habitual de 8 a 12 sesiones en un internamiento.
- Instruir que los TEC deberán aplicarse tres veces a la semana lunes, miércoles y viernes, en horario matutino.
- Proporcionar TEC de mantenimiento a los pacientes que habiendo egresado del Servicio de Hospital así lo ameriten, de acuerdo a lo determinado por el médico adscrito.
- Proporcionar en forma excepcional Terapia Eléctrica a pacientes externos, ambulatorios no hospitalizados.
- Instruir al personal médico adscrito para que el médico residente de primer año elabore el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente en la que se especifica el motivo por el que el médico adscrito considera que el paciente requiere de terapia eléctrica, de acuerdo al diagnóstico y a la evolución del paciente.
- Instruir al personal médico adscrito para que el médico residente de primer año informe al paciente y al familiar de la razón de la aplicación de TEC, en qué consiste la TEC, cuáles son sus beneficios, riesgos, y efectos secundarios.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito, personal médico residente y médico especialista en anestesiología para que verifiquen que todo paciente que reciba TEC cuente con resultados de estudios en el expediente clínico de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo) y de gabinete con una vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo, mapeo cerebral o electroencefalograma, electrocardiograma y radiografía de tórax).
- Instruir al médico especialista en anestesiología para que elabore el formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración Anestésica en todo paciente que va a recibir TEC. La valoración anestésica puede realizarse el mismo día que el paciente va a iniciar su primer TEC, siempre y cuando se cubran los requisitos correspondientes.
- Supervisar que la Terapia Eléctrica se realice únicamente cuando se cubran todos los requisitos médicos y administrativos establecidos por la Institución.
- Instruir al personal médico y de enfermería que en el Instituto Nacional de Psiquiatría no se cuenta con quirófano, por lo que se lleva a cabo la administración de anestesia para aplicación de Terapia Eléctrica en el área de TEC y para realizar estudios de imagen cerebral cuando el paciente no coopera en el área de imágenes cerebrales.
- Instruir al personal médico adscrito, residente, medico anestesiólogo y de enfermería que verifique previo a la aplicación del TEC el funcionamiento de los aparatos del área de TEC, según su competencia.
- Instruir a los médicos residentes de tercer año de guardia y el responsable de turno nocturno de enfermería para que revisen los expedientes clínicos de los pacientes que vayan a recibir la primera sesión de TEC al día siguiente para corroborar que se cumplen todos los requisitos médicos y administrativos, de NO ser así NO se procederá a aplicar la TEC.
- Instruir al personal médico adscrito para que el médico residente de primer año informe al paciente y al familiar que el familiar responsable deberá estar presente los días en que se aplique la Terapia Eléctrica al paciente, deberá permanecer en la sala de espera fuera del área de TEC hasta el final del procedimiento. Posteriormente el familiar responsable deberá permanecer con el paciente en su habitación hasta su total recuperación, aproximadamente 2 horas 30 minutos después del TEC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico, que si como efecto secundario del TEC el paciente cursa con dolor de cabeza, se aplicara la escala análoga visual, se hará una evaluación del mismo con semiología de sitio, intensidad, si existen síntomas asociados, y se indicará un manejo racional de analgésico, apegándose a las guías universales de dolor.
- Verificar el aseo y desinfección con alkazime de cada paciente por separado de dicho material por parte del área de enfermería.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería en el área de TEC que en caso de que el material y dispositivos reusables presenten desgaste o quebraduras, se desechen y se utilice material y/o dispositivos nuevos.
- Instruir al personal médico y de enfermería que en el caso de que los medicamentos generen efectos secundarios sobre el estado de consciencia, la presión arterial, el equilibrio, y coordinación psicomotora del paciente, el médico informe y de indicaciones a la enfermera, que se requiere el uso de barandales en la cama, sujeción, traslado en silla de ruedas.
- Instruir a todo el personal que en el caso de que trabajo social no pueda contactar con el familiar se informará a éste en cuanto se presente al servicio de hospital del evento adverso sucedido, de los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.
- Instruir al personal médico para que registre el evento adverso el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente en el expediente clínico del paciente, describiendo el mismo, los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) y manejo.
- Instruir al personal de enfermería que elabore y entregue semanalmente a la Subdirección de Hospital reporte de caídas.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Adscrito será responsable de:

- Identificar que los medicamentos considerados de alto riesgo en el área de hospitalización, son los electrolitos séricos mismos que únicamente se encuentran perfectamente identificados en los tres carros rojos disponibles en las siguientes áreas: Área de Atención Psiquiátrica Continúa, Área de Terapia Eléctrica, Área de Tratamientos III, la indicación de aplicar estos medicamentos al paciente, es competencia del personal médico y su aplicación al personal de enfermería, apegándose a los lineamientos de los 8 correctos. **Ver MISP.3**
- Verificar que todo paciente que reciba TEC cuente con resultados de estudios en el expediente clínico de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo) y de gabinete con una vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo, mapeo cerebral o electroencefalograma, electrocardiograma y radiografía de tórax). **Ver MISP.4**
- Instruir al personal médico residente y médico anestesiólogo para que verifiquen que todo paciente que reciba TEC cuente con valoración de medicina interna solicitando que se especifique la clasificación del riesgo cardiovascular (Goldman y Caldera), respiratorio y tromboembólico. **Ver MISP.4**
- Verificar que el personal médico residente, medico anestesiólogo y de enfermería corrobore el funcionamiento de los aparatos del área de TEC, según su competencia. **Ver MISP.4**
- Supervisar el personal médico adscrito a la Subdirección de Hospitalización, que la Terapia Eléctrica se realice únicamente cuando se cubran todos los requisitos médicos y administrativos establecidos por la Institución y estén debidamente anexados al expediente clínico del paciente para poder llevar a cabo el procedimiento: **Ver Criterios ACC.1.5**
    a) Resultados de estudios de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo, electrocardiograma y radiografía de tórax) y de gabinete con una

vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo). Opcional mapeo cerebral o electroencefalograma en pacientes en quienes el médico psiquiatra adscrito así lo considere.

b) Consentimiento Informado para Recibir Terapia Eléctrica y el Consentimiento Informado para realización del procedimiento de Anestesia para recibir Terapia Eléctrica firmados por el paciente y su familiar responsable, y con nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra adscrito que propone la TEC y nombre, firma y cédula profesional de la Subdirectora de Hospitalización.

c) Valoración de medicina interna, solicitando que se especifique la clasificación del riesgo cardiovascular (Goldman y Caldera), respiratorio y tromboembólico, con nombre, firma y cédula profesional del especialista en medicina interna, otorgando visto bueno para realizar el procedimiento.

d) Valoración anestésica, identificando el riesgo anestésico del paciente con nombre, firma y cédula profesional del especialista en medicina interna, otorgando visto bueno para realizar el procedimiento.

e) Especificar en el expediente clínico, el número de sesiones de TEC que se administraran al paciente.

f) Proporcionar TEC de mantenimiento a los pacientes que habiendo egresado del Servicio de Hospital así lo ameriten, de acuerdo a lo determinado por el médico adscrito.

- Verificar que el médico residente de primer año recabe en el Formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica las firmas del paciente, el familiar responsable, el médico psiquiatra adscrito del Servicio de Hospital que indica la TEC, el médico especialista en anestesiología, la subdirección de hospital, en donde se precisan los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo y los riesgos implícitos en los mismos, resguardándolo debidamente en el expediente clínico del paciente. **Ver Proceso PFR.6**
- Instruir al médico anestesiólogo para que verifique que en el expediente clínico del paciente se encuentra debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica, con nombre y firma del paciente, nombre y firma del familiar responsable, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra adscrito que propone la TEC, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra a cargo de la Subdirección de Hospital y nombre, firma y cédula profesional del médico anestesiólogo. **PFR.6.4.1**
- Verificar el personal médico y de enfermería que todo paciente que reciba TEC, cuente con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel reusable y mordedera reusable, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas.
- Verificar el aseo y desinfección con alkazime de cada paciente por separado de dicho material por parte del área de enfermería.
- Verificar que el médico residente de primer año informe al paciente y al familiar que el familiar responsable deberá estar presente los días en que se aplique la Terapia Eléctrica al paciente, deberá permanecer en la sala de espera fuera del área de TEC hasta el final del procedimiento. Posteriormente el familiar responsable deberá permanecer con el paciente en su habitación hasta su total recuperación, aproximadamente 2 horas 30 minutos después de la TEC.
- Verificar que el médico residente de primer año elabore nota en el expediente clínico dejando constancia de que el paciente cubre todos los requisitos médicos y administrativos establecidos por la Institución para recibir TEC.
- Verificar que el médico residente de primer año informe y explique al paciente y/o su familiar responsable sobre el procedimiento de Terapia eléctrica, sobre los estudios de gabinete que requieran de consentimiento informado y sobre el procedimiento de sedación cuando este

aplique, con el propósito de que el paciente y/o su familiar responsable estén debidamente informados sobre los procedimientos a llevarse a cabo.

- Determinar el número de sesiones de TEC que recibirá el paciente, el promedio es de 10 con un rango habitual de 8 a 12 sesiones en un internamiento.
- Supervisar la frecuencia con la que se proporcionará la TEC. Por lo regular 3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes, en horario matutino entre 7 y 8 de la mañana.
- Verificar que el médico residente de primer año elabore el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente en la que se especifica el motivo por el que el médico adscrito considera que el paciente requiere de terapia eléctrica de acuerdo al diagnóstico y a la evolución del paciente.
- Verificar que el médico residente de primer año registre en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas, las especificaciones de que el paciente pasa a TEC.
- Verificar que el médico residente de primer año informe al paciente y al familiar de la razón de la aplicación de TEC, en qué consiste la TEC, cuáles son sus beneficios, riesgos, y efectos secundarios.
- Determinar de acuerdo al diagnóstico y a la evolución del cuadro clínico si un paciente requiere de manejo con Terapia Eléctrica (TEC).
- Verificar que los médicos residentes de tercer año de guardia y el responsable de turno nocturno de enfermería para que revisen los expedientes clínicos de los pacientes que vayan a recibir la primera sesión de TEC al día siguiente para corroborar que se cumplen todos los requisitos médicos y administrativos, de NO ser así NO se procederá a aplicar la TEC.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Residente de primer y tercer año que estén rotando en el servicio de hospital será responsable de:

- Identificar que los medicamentos considerados de alto riesgo en el área de hospitalización, son los electrolitos séricos mismos que únicamente se encuentran perfectamente identificados en los tres carros rojos disponibles en las siguientes áreas: Área de Atención Psiquiátrica Continúa, Área de Terapia Eléctrica, Área de Tratamientos III, la indicación de aplicar estos medicamentos al paciente, es competencia del personal médico y su aplicación al personal de enfermería, apegándose a los lineamientos de los 8 correctos. **Ver MISP.3**
- Verificar el buen funcionamiento del aparato de TEC, previo a la aplicación de la terapia eléctrica. **Ver MISP.4**
- Cumplir con las recomendaciones establecidas en Sistema de Prevencion y Control de Infecciones, entre las cuales se encuentran: **Ver MISP.5**
  a) Llevar a cabo permanente la Campaña está en tus manos.
  b) Detectar y controlar las infecciones nosocomiales.
  c) Realizar búsqueda intencionada de casos de infecciones nosocomiales.
  d) Identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes y personal propio.
  e) Detectar, registrar, atender y reportar las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes: gastrointestinales, respiratorias, urinarias, dermatológicas, en heridas y por dispositivos invasivos.
  f) Aplicar correctamente las técnicas universales.
- Recabar en el Formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica las firmas del paciente, el familiar responsable, el médico psiquiatra adscrito del Servicio de Hospital que indica la TEC, el médico especialista en anestesiología, la subdirección, en donde se precisan los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo y los riesgos implícitos en los mismos dicho documento se adjunte al expediente clínico. **Ver Proceso PFR.6**

- Elaborar el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas correspondientes especificando que el paciente pasa a TEC. **Ver Proceso COP.4**
- Anotar en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas: indicación de TEC, indicación de ayuno total, indicación de colocación de solución fisiológica intravenosa de 250 ml. para mantener vena permeable. **Ver Proceso COP.4**
- Supervisar que el personal de enfermería administre los medicamentos de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos. **MMU.8**
- Desechar todo residuo peligroso biológico infeccioso (RPBI) únicamente en los depósitos correspondientes. **PCI.8**
- Especificar en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente el motivo por el que el paciente requiere de terapia eléctrica, de acuerdo al diagnóstico y a la evolución del paciente y a la valoración del médico adscrito.
- Informar al paciente y al familiar el número de sesiones de TEC que recibirá el paciente de acuerdo a la indicación del médico adscrito. El promedio es de 10 con un rango habitual de 8 a 12 sesiones en un internamiento.
- Elaborar el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente en la que se especifica el motivo por el que el médico adscrito considera que el paciente requiere de terapia eléctrica, de acuerdo al diagnóstico y a la evolución del paciente.
- Informar al paciente y al familiar de la razón de la aplicación de TEC, en qué consiste la TEC, cuáles son sus beneficios, riesgos, y efectos secundarios.
- Elaborar nota en el expediente clínico dejando constancia de que el paciente cubre todos los requisitos médicos y administrativos establecidos por la Institución para recibir TEC.
- Informar al paciente y al familiar que el familiar responsable deberá estar presente los días en que se aplique la Terapia Eléctrica al paciente, deberá permanecer en la sala de espera fuera del área de TEC hasta el final del procedimiento. Posteriormente el familiar responsable deberá permanecer con el paciente en su habitación hasta su total recuperación, aproximadamente 2 horas 30 minutos después de la TEC.
- Aplicar las sesiones de TEC al paciente, siendo en un rango habitual de 8 a 12 por internamiento, tres veces a la semana lunes, miércoles y viernes, en horario matutino.
- Programar la fecha y hora en que se aplicará la TEC al paciente, informando al anestesiólogo y al personal de enfermería y anotando la programación en pizarrón para tal fin en el área de TEC.
- Verificar que el familiar responsable permanezca en la sala de espera del área de TEC desde el inicio hasta el final del procedimiento.
- Verificar que todo paciente que reciba TEC, cuente con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel y mordedera, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas.
- Verificar el aseo y desinfección con alkazime de cada paciente por separado de dicho material por parte del área de enfermería.
- Verificar el personal médico y el personal de enfermería en el área de TEC que en caso de que el material y dispositivos reusables presenten desgaste o quebraduras, se desechen y se utilice material y/o dispositivos nuevos.
- Preparar al paciente limpiando con acetona su frente, colocando electrodos en forma bilateral o en su caso en forma unilateral en el hemisferio no dominante.
- Preparar equipo conectando cables del aparato de TEC a los electrodos, verificar variables eléctricas en el aparato.

- Registrar bajo la supervisión del médico anestesiólogo en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución descripción de la recuperación del paciente 15 a 30 minutos después de aplicada la TEC, consignando estado de conciencia, signos vitales e incidentes si los hubiera.
- Consignar descripción de la recuperación de TEC en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en el expediente clínico del paciente, con el visto bueno del médico anestesiólogo que el paciente está en condiciones de ser llevado en silla de ruedas a su habitación.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Enfermería de Hospitalización, será responsable:

- Revisar indicación médica de inicio de tratamiento de terapia eléctrica verificando con el nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de cama y tratamiento anotando en los registros clínicos de enfermería en la parte de observaciones “paciente para TEC”. **Ver Proceso COP.4**
- Efectuar preparación del paciente: revisa indicación médica de TEC, autorización, consentimiento informado del procedimiento, valoraciones correspondientes (medicina interna, ayuno, se coloca bata, canalización de la vena de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y toma de signos vitales (vigilancia de presión arterial), elabora el formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica verifica que lleve brazalete de identificación. **Ver Proceso COP.4**
- Realizar el turno nocturno la preparación física del paciente hospitalizado, que se encuentre programado para recibir terapia eléctrica subsecuente (ayuno, canalización del paciente y colocar bata).

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Enfermería de TEC, será responsable

- El personal de enfermería en el área de TEC deberá Resguardar los electrólitos concentrados en compartimento rojo dentro del carro de paro. **Ver MISP.3**
- El personal de enfermería deberá mantener en refrigeración en el área de tratamiento (T-V) y en el área de TEC, las insulinas y anticoagulantes, de acuerdo a la prescripción médica indicada al paciente. **Ver MISP.3**
- Verificar el funcionamiento de los equipos del área de TEC, aspirador, monitor oximetro baumanometro ventilador, así como la existencia de medicamentos para la realización del procedimiento. **Ver MISP.4**
- Realizar el personal de enfermería de TEC el registro de las bitácoras de time out y verificación de equipo pruebas mensuales (ventilador, desfibrilador electrocardiograma, tanques de oxigeno y oximetros), requisitando el Formato INPDSCIC-04-08 Bitácora de Registro de Tiempo Fuera en Estudios Enfermería. **Ver MISP.4**
- Efectuar a todo paciente que recibe TEC, la evaluación de riesgo de caídas (escala n j.h.Downton), antes del TEC (PRE-TEC) y después de la realización del servicio como posible efecto secundario del mismo (POST-TEC), consignando los resultados en el Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería. **Ver MISP.6**
- Realiza la revaluación de riesgo de caídas, cuando la condición fisiológica del paciente cambie (en caso de la presión arterial baja, pérdida del equilibrio, paciente estuporoso y coordinación psicomotora del paciente etc.), notificando al área médica la condición del paciente, para que determine las indicaciones de manejo del paciente. **Ver MISP.6**
- Verificar e interrogar al paciente que recibirá Terapia Eléctrica, de mantenimiento (consulta externa), que este se encuentre en ayuno para realizar el procedimiento. **Ver ACC.1.5**
- El personal de enfermería en el área de TEC deberá recibir al paciente con conocimiento de la condición médica en que el paciente llega para la continuidad de su atención, registra nombre y

firma recibido en el Formato INPDSCEC-03-07 de Enlace para la Continuidad del Paciente. **Ver Proceso ACC.2 inciso c)**

- El personal de enfermería en TEC deberá registrar el manejo del dolor en el Formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica. **Ver Proceso COP.8**
- Acudir por el paciente que recibe tratamiento de terapia eléctrica subsecuente, al área de tratamiento correspondiente para trasladarlo al área de TEC. debidamente preparado: bata, canalizado, ayuno y en silla de ruedas con el formato de registros de enfermería en pacientes que reciben terapia eléctrica INPDSCEC-07-03 y documentación correspondiente.
- Verificar que a los pacientes hospitalizados que inicien tratamiento de TEC, cuenten con la canalización de vena, misma que se realizara después de la valoración de anestesia, si esta es aprobatoria para el procedimiento en la misma área de TEC por el personal de enfermería asignado.
- Verificar el buen funcionamiento del equipo en el ámbito de su competencia, previo a la aplicación de TEC.
- Controlar y reponer el material de consumo y medicamentos que se utilizaron durante el procedimiento, mediante la elaboración del formato INPSCE-029.
- Notificar cualquier evento adverso que se presente durante la realización del procedimiento en el Formato INPDSCEN-07-06 Cédula de Medicación de Riesgos y Eventos Adversos.
- Mantener al paciente en observación hasta que se recupera, lo traslada a su tratamiento y lo entrega a la enfermera responsable.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Indica terapia eléctrica, informa al paciente y al familiar, explica en qué consiste el tratamiento.	
	2	Recibe aceptación al tratamiento, del familiar y paciente. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Termina procedimiento.	
	3	Requisita Formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica y recaba firma del paciente y del familiar responsable, del médico adscrito, de la Subdirección de Hospital y del médico anestesiólogo.	INPDSCEC-03-04.2
	4	Solicita interconsulta a medicina interna para valoración de paciente, elabora Formato INPDSCEC-01-07 Nota de interconsulta	INPDSCEC-01-07
Subdirección de Consulta Externa (Área Médica de las Clínicas de Subespecialidad o Rol)	**5**	Recibe interconsulta el médico internista, evalúa al paciente y revisa resultados de estudios de laboratorio, gabinete. Procede Si:Continua siguiente actividad No. Termina procedimiento	INPDSCEC-05-01
	6	Determina el médico internista que el paciente se encuentra en condiciones de recibir el TEC, anexa nota de interconsulta al expediente clínico.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**7**	Solicita valoración anestésica al médico anestesiólogo, con el Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud Valoración de Anestésia.	INPDSCEC-03-03.1
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**8**	Recibe formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración Anestésia, evalúa al paciente y revisa resultados de estudios de laboratorio, gabinete y de interconsulta de medicina interna. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Termina procedimiento	
	9	Determina que el paciente se encuentra en condiciones de recibir el TEC, anexa formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración de Anestésia al expediente clínico, e informa al paciente y familiar acerca del procedimiento y riesgos de la anestesia y solicita consentimiento informado para la aplicación de anestesia.	
	10	Requisita Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento Informado para Anestesia para terapia eléctrica y recaba firma del paciente y del familiar responsable.	INPDSCEC-03-04.3
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de	**11**	Informa al personal de enfermería del procedimiento que se le realizara al paciente Terapia eléctrica fecha de programación y especificaciones en el Formato	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Hospital)		INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en 2|Hospitalización)	**12**	Revisa indicación médica y verifica documentación. Procede: Si: -Continua actividad siguiente No. Termina el procedimiento.	
	13	Anota en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería para su preparación por el turno nocturno y en Formato INPDSCEN-07-03 Reporte diario de actividades del área de tratamiento, y en Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEN-07-03 INPDSCEC-07-05
	14	Realiza identificación del paciente preguntando su nombre y fecha de nacimiento. Efectúa preparación del paciente: revisa indicación médica de Terapia eléctrica, autorización consentimiento informado del procedimiento, valoración correspondiente a medicina interna, ayuno, coloca bata, y toma de signos vitales vigilancia de presión arterial, requisita Formato INPDSCEC-07-03 Registros de enfermería en pacientes que reciben terapia eléctrica verifica que lleve brazalete de (pacientes con inicio de tratamiento de terapia eléctrica no se canaliza, por valoración anestésica), en pacientes subsecuentes se canalizara por el turno nocturno.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**15**	Solicita al paciente de acuerdo a programación de Terapia eléctrica, al área de enfermería de hospital.	
	16	Traslada al paciente en silla de ruedas debidamente preparado con documentación completa Formato INPDSCEC-07-03 Registros de enfermería en pacientes que reciben terapia Eléctrica.	
Subdirección de Hospitalización (Personal médico, anestesiólogo, personal de Enfermería área de TEC)	**17**	Recibe paciente, realiza su identificación, preguntando su nombre, edad y fecha de nacimiento, coteja con los datos del brazalete de identificación, proporciona preparación física (posición adecuada al TEC) verifica permeabilidad de la vena. Verifica tiempo fuera “Time Out” paciente, sitio, procedimiento correctos. Verifica tiempo fuera “Time Out” corroborando el buen funcionamiento del equipo y la existencia de los medicamentos necesarios.	
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de Hospital)	**18**	Verifica y prepara el aparato de TEC (tiempo fuera “time out”). Prepara el paciente (limpia frente, coloca electrodos).	
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**19**	Verifica tiempo fuera “time out” previo la aplicación de la anestesia en cada sesión de TEC: a) Identificación del paciente.- preguntando su nombre y fecha de nacimiento, coteja con los datos del brazalete de	

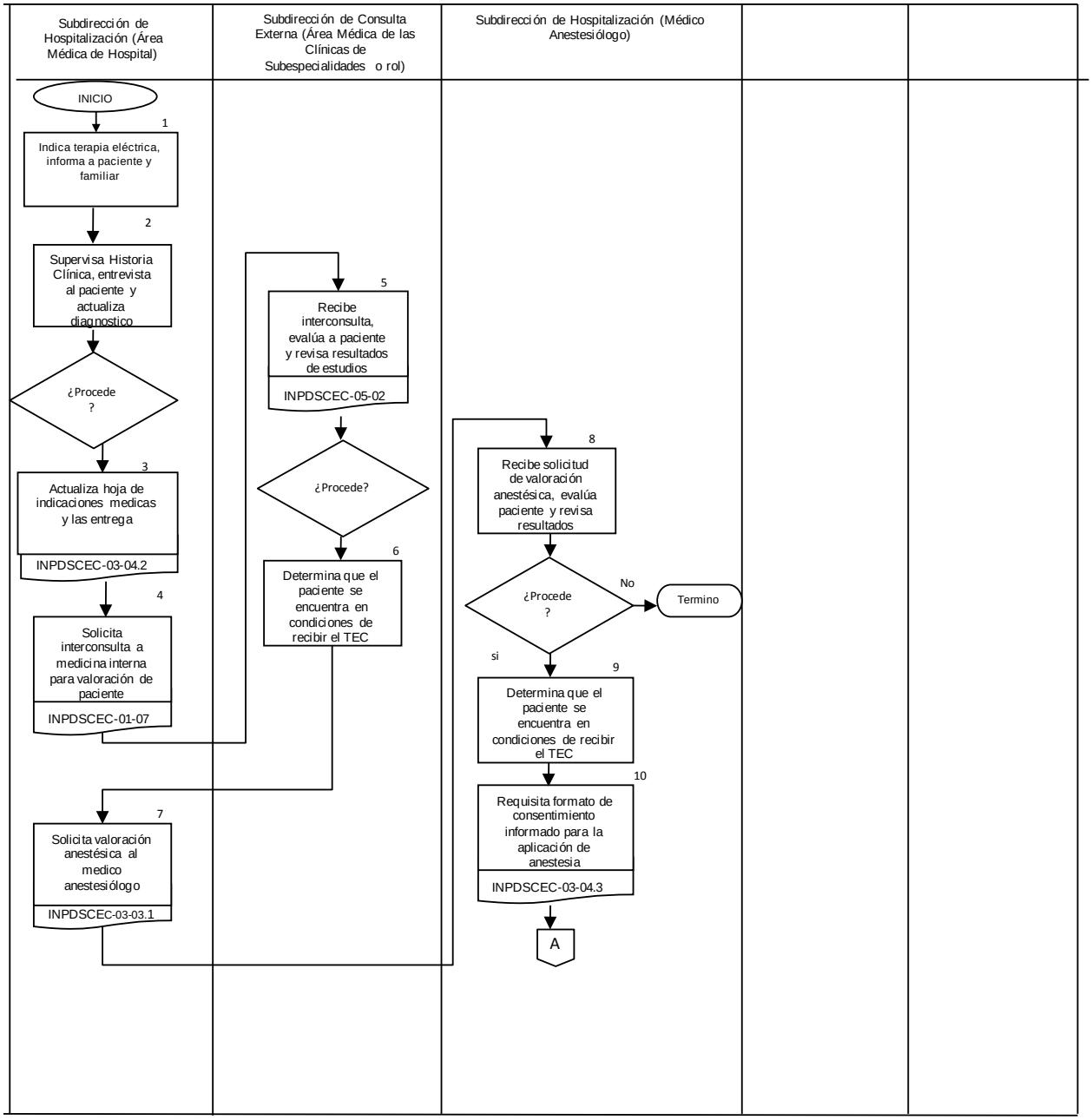
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		identificación, b) El buen funcionamiento del equipo electro-médico y que se cuente con los medicamentos y el material necesario. c) Verifica que se le retiraron todas las prótesis removibles. Aplica procedimiento de anestesia, comunica al médico tratante que puede iniciar el procedimiento de TEC.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Hospital-Médico Residente)	**20**	Conecta cables, selecciona voltaje y aplica descarga.	
	21	Registra en expediente del paciente Formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de terapia eléctrica y Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución y en libreta de TEC, el tiempo de descarga electroencefalográfica y/o movimientos tónico clónicos en una de las extremidades del paciente y en su caso los incidentes que hubiera.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-03.4
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**22**	Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y en Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de registro de anestesia.	INDPSCEC-01-05 INPDSCEC-03-03.2
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería de TEC)	**23**	Traslada al paciente al área de recuperación y vigilan hasta la estabilización de signos vitales y estado de conciencia.	
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**24**	Evalúa paciente en el área de recuperación hasta la estabilización post TEC e instruye al médico residente y la enfermera del área de TEC, que el paciente puede ser trasladado a su habitación.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería de TEC)	**25**	Retira canalización y registra incidentes y entrega paciente al Área de Enfermería Hospital.	
	26	Verificar que todo paciente que reciba TEC, cuente con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel y mordedera, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas. Verificar que el personal de enfermería lleve a cabo la limpieza y desinfección del material reusable mencionado con alkazime y almacenaje en bolsa de plástico de estos dispositivos, etiquetado con nombre y fecha de nacimiento del paciente, la fecha en que se inicio el uso de los dispositivos y observaciones, de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería. Verificar el aseo y desinfección con alkazime de cada paciente por separado de dicho material por parte del área de enfermería. Verificar el personal médico y al personal de enfermería en el área de TEC que en caso de que el material y dispositivos reusables presenten desgaste o quebraduras, se desechen y se utilice material y/o dispositivos nuevos.	
Subdirección de	**27**	Recibe paciente del área de TEC, registra signos en	INPDSCEC-07-04

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

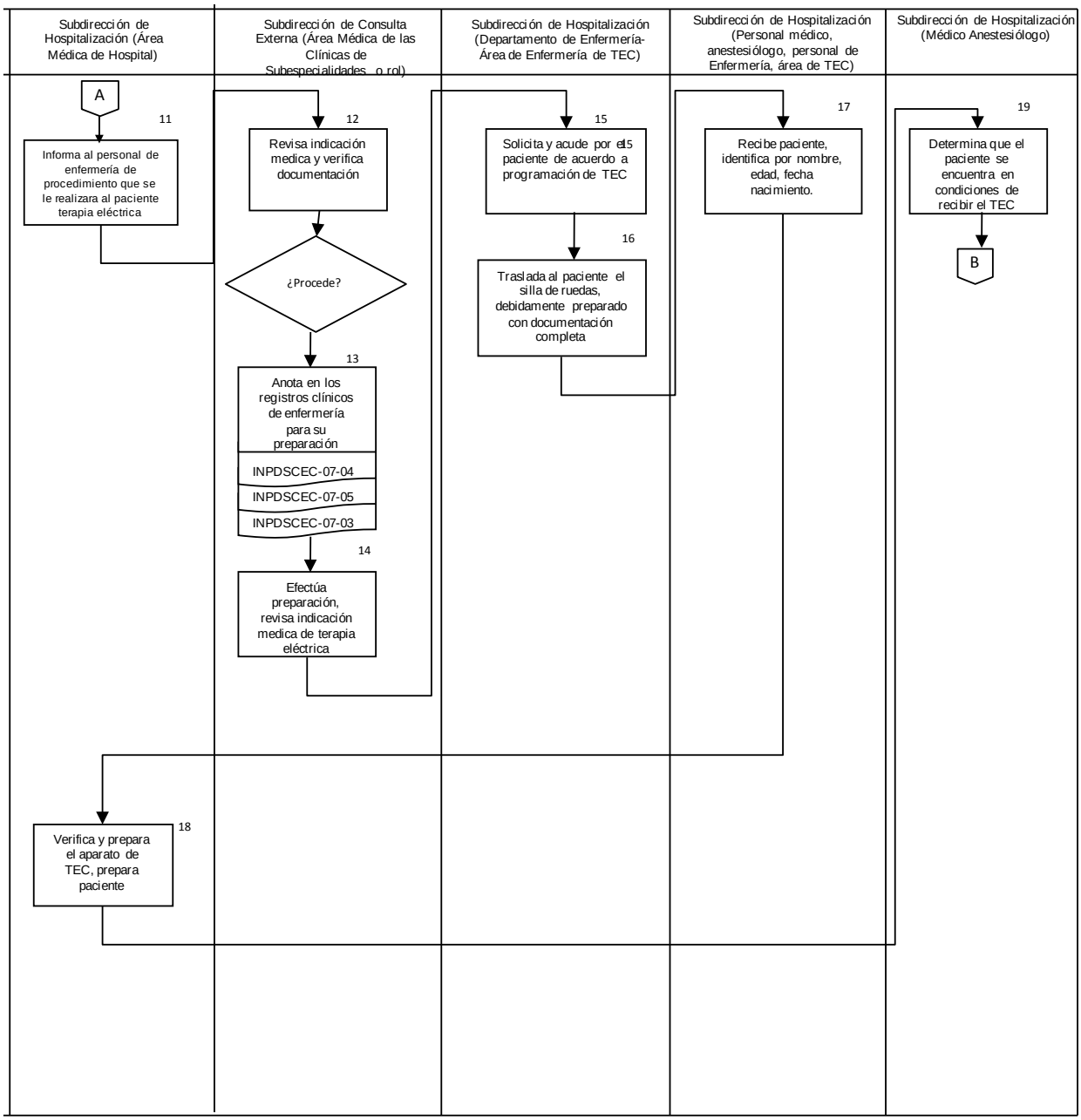
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)		Formato INPDSCEC-07-04Registros Clínicos de Enfermería y en Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería lo traslada a su unidad.	INPDSCEC-07-05
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

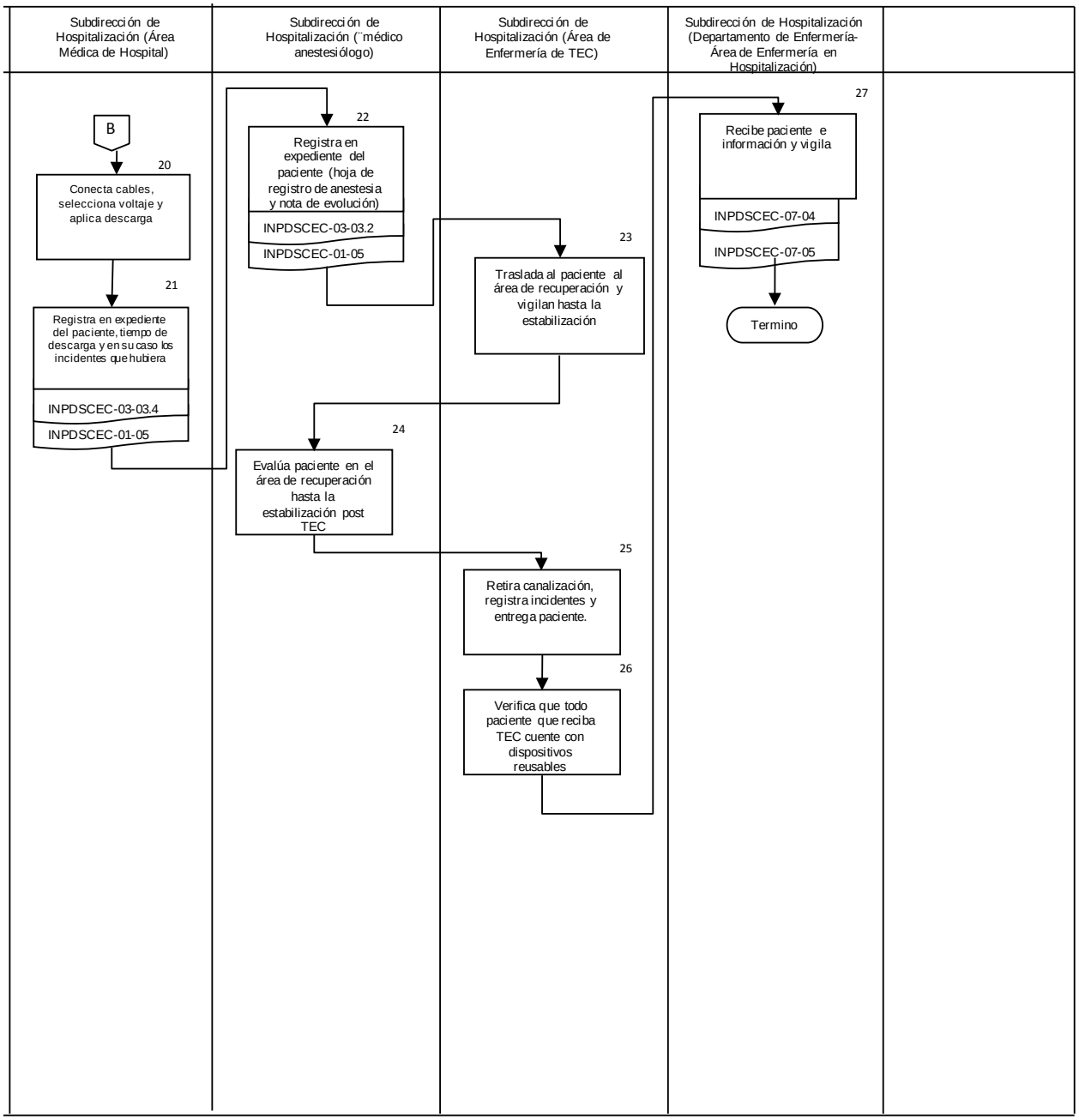
6. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

8. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

9. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **TEC:** Terapia eléctrica.

8.2 **Monitorizar al paciente** Refiere vigilar durante el periodo de tiempo de recuperación del paciente la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tensión arterial, (signos vitales) oxímetro.

8.3 **Movimientos Tónico Clónicos:** Se refiere a las contracciones musculares que tiene el paciente después de la terapia eléctrica en las extremidades.

8.4 **Cuasi falla:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna. Las quasi fallas nos permiten tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros.

- Errores en el registro de la información en los documentos del expediente clínico.
- Errores en la prescripción en las indicaciones médicas.
- Errores en la elaboración de recetas.
- Errores en las solicitudes de laboratorio y/o gabinete

8.5 **Evento adverso** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica y otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

- Intento de suicidio de leve a moderada letalidad.
- Autolesiones leves a moderadas.
- Agresión en contra de terceros que no deja lesiones.
- Daño a las instalaciones y/o equipo por conducta agresiva.
- Error en la prescripción médica que genera molestias leves a moderadas en el paciente.
- Error en la transcripción de indicaciones.
- Error en la ministración de medicamentos.
- Efectos secundarios de los medicamentos que generan malestar moderado en el paciente.

8.6 **Evento centinela** : Involucra la presencia de heridas física o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que

todos los eventos centinela son eventos adversos graves, pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinela.

- Suicidio Consumado
- Intento suicida de alta letalidad que deje secuelas físicas permanentes
- Agresión en contra de terceros que genere lesiones que tardan en sanar: pacientes, familiares, cuidadores, visitantes, personal de la Institución, personal subrogado.
- Efectos secundarios de los medicamentos que pueden ser idiosincráticas que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente.
- Error en la prescripción médica que pone en riesgo la vida e integridad del paciente.
- Adquirir infección nosocomial

10. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

11. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de evolución.
10.3 Formato INPDSCEC-01-07 Nota de Interconsulta.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-07 Nota de Interconsulta.
10.5 Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Servicio de Anestesia/Valoración Anestésica.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Servicio de Anestesia/Valoración Anestésica.
10.7 Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia.
10.9 Formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de Terapia Eléctrica (TEC)
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.2 Registro de Terapia Eléctrica (TEC).
10.11 Formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica.
10.13 Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento Informado para la Aplicación de Anestesia.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento Informado para la Aplicación de Anestesia.
10.15 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.17 Formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica.
10.19 Formato INPDSCEC-07-04-Registros Clínicos de Enfermería.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04-Registros Clínicos de Enfermería.
10.21 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.22 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.23 Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.24 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.

10.25 Formato INPDSCEN-07-06.- Reporte de Eventos Adversos.

10.26 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-06.- Reporte de Eventos Adversos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

4. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN TERAPIA RECREATIVA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar los lineamientos para que el paciente hospitalizado, acuda al Servicio de Terapia Recreativa, con el propósito de coadyuvar al tratamiento y mejora de su salud mental.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización, a la Subdirección de Consulta Externa al Departamento de Psicoterapia y al Área de Enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico se encuentren hospitalizados y requieran de terapia recreativa a fin de complementar el tratamiento médico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el Manejo del paciente en terapia recreativa**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Derecho del Paciente y su familia (PFR)

- ✓ ACC.2 mecanismo estructurado de comunicación durante las transiciones de tiempo.
- ✓ ACC.2.1 Interconsulta

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Supervisar el adecuado manejo hospitalario efectuado de parte de las áreas médicas, de enfermería y de terapia recreativa a los pacientes.
- Supervisar que en días hábiles de lunes a jueves en horario de 10:30 a 13:00 horas y viernes de 11:00 a 13:00 horas (días habiles), el personal de terapia recreativa realice actividades con fines recreativos y de socialización, en las áreas asignadas para tal fin dentro del Instituto, con los pacientes hospitalizados que estén en condiciones de realizar dichas actividades.
- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos y resiedntes que deben evaluar al paciente hospitalizado e indicar a travez del fomato notra de evolución, siel paciente está en condiciones médicas y psiquiátricas de asistir a terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa que verifique con el personal de enfermería la lista de salida de pacientes autorizados por el personal médico para participar en la terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa para que vigile la seguridad de todos los pacientes a su cargo durante la terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa para que vigile el buen uso de los materiales y herramientas que utilice el paciente durante la terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa para que traslade a los pacientes, una vez concluida la terapia recreativa, al tratamiento en donde se encuentre hospitalizado.

- Instruir al personal de la terapia recreativa para que verifique con el personal de enfermería la lista de regreso al tratamiento de los pacientes que salieron para participar en la terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa para que observe, registre, y evalúe en días hábiles de lunes a jueves en horario de 10:30 a 13:00 horas y viernes de 11:00 a 13:00 horas (días habiles), el desempeño del paciente en la terapia recreativa.
- Instruir al personal de la terapia recreativa para que reporte por escrito semanalmente cada viernes a la Subdirección de Hospital las actividades realizadas y sobre las eventualidades sucedidas en la terapia recreativa.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Adscrito será responsable de:

- Evaluar el personal medico adscrito y residente al paciente hospitalizado y autoriza a través del formato Nota de evolución e Indicaciones Médicas para que acuda a Terapia Recreativa., si el paciente está en condiciones médicas y psiquiátricas de asistir a terapia recreativa. **Ver proceso ACC.2**
- Asistir a los tratamientos con los pacientes asignados invitar a cada uno de ellos proporcionándoles información sobre el objetivo de la terapia Re-creativa, la importancia de su participación en el proceso de atención, así como sus beneficios a alcanzar y aclara las dudas que pudieran surgir al respecto.
- El personal médico de las áreas de tratamiento en hospital deberá evaluar la condición médica de los pacientes hospitalizados, a fin de identificar los riesgos que pudieran afectar las actividades a llevarse a cabo durante la sesión de terapia recreativa, para evaluar y determinar si el paciente está en condición de participar en dicha terapia, por lo que el personal médico determina que no se hace necesario el proceso de enlace de continuidad de la atención, para el traslado, entrega y recepción de pacientes en el área de terapia recreativa. **Ver Proceso ACC.2**
- El personal médico deberá solicitar, en caso de que juzgue necesaria una evaluación especializada al paciente según su condición médica, una interconsulta al Departamento de Psicoterapia, con el propósito de priorizar sus necesidades de salud. **Ver Proceso ACC.2.1**
- Elaborar el Formato Nota de Interconsulta en caso de paciente que requiere una interconsulta, donde se consignen:
  - ✓ Datos del paciente.
  - ✓ Área o servicio interconsultante.
  - ✓ Fecha y hora de solicitud.
  - ✓ Signos vitales.
  - ✓ Motivo de la consulta.
  - ✓ Diagnóstico y problemas clínicos.
  - ✓ Tratamiento actual.
  - ✓ Nombre, sello y firma del médico que solicita la interconsulta, especialidad y cédula profesional. **Ver proceso ACC.2.1**
- Verificar que el personal de la terapia recreativa identifique con precisión al paciente solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados.

3.3 La Subdirección de Hospital a través del Área Terapia Recreativa será responsable de:

- Verificar con el personal de enfermería la lista de salida de pacientes autorizados por el personal médico para participar en la terapia recreativa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Realizar en días hábiles de lunes a jueves en horario de 10:30 a 13:00 horas y viernes de 11:00 a 13:00 horas (días habiles), actividades con fines recreativos y de socialización, en las áreas asignadas para tal fin dentro del Instituto, con los pacientes hospitalizados que estén en condiciones de realizar dichas actividades,
- Vigilar la seguridad de todos los pacientes a su cargo durante la terapia recreativa.
- Vigilar el buen uso de los materiales y herramientas que utilice el paciente durante la terapia recreativa.
- Trasladar a los pacientes, una vez concluida la terapia recreativa al tratamiento en donde se encuentre hospitalizado.
- Verificar con el personal de enfermería la lista de regreso al tratamiento de los pacientes que salieron para participar en la terapia recreativa.
- Observar, registrar, y evaluar en días hábiles de lunes a viernes en horario de 10:30 a 13:30 horas, el desempeño del paciente en la terapia recreativa.
- Reportar por escrito semanalmente cada viernes a la Subdirección de Hospital las actividades realizadas y sobre las eventualidades sucedidas en la terapia recreativa.
- Notificar si hubo algún evento que amerite un riesgo para el paciente al personal de enfermería y al personal médico.
- En caso de un evento de mayor riesgo para el paciente, trasladarlo inmediatamente a su tratamiento, notificar al personal de enfermería y al personal médico.
- Registrar los eventos en la bitácora de Terapia Re-creativa y reportarlo verbalmente en la entrega de guardia.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable:

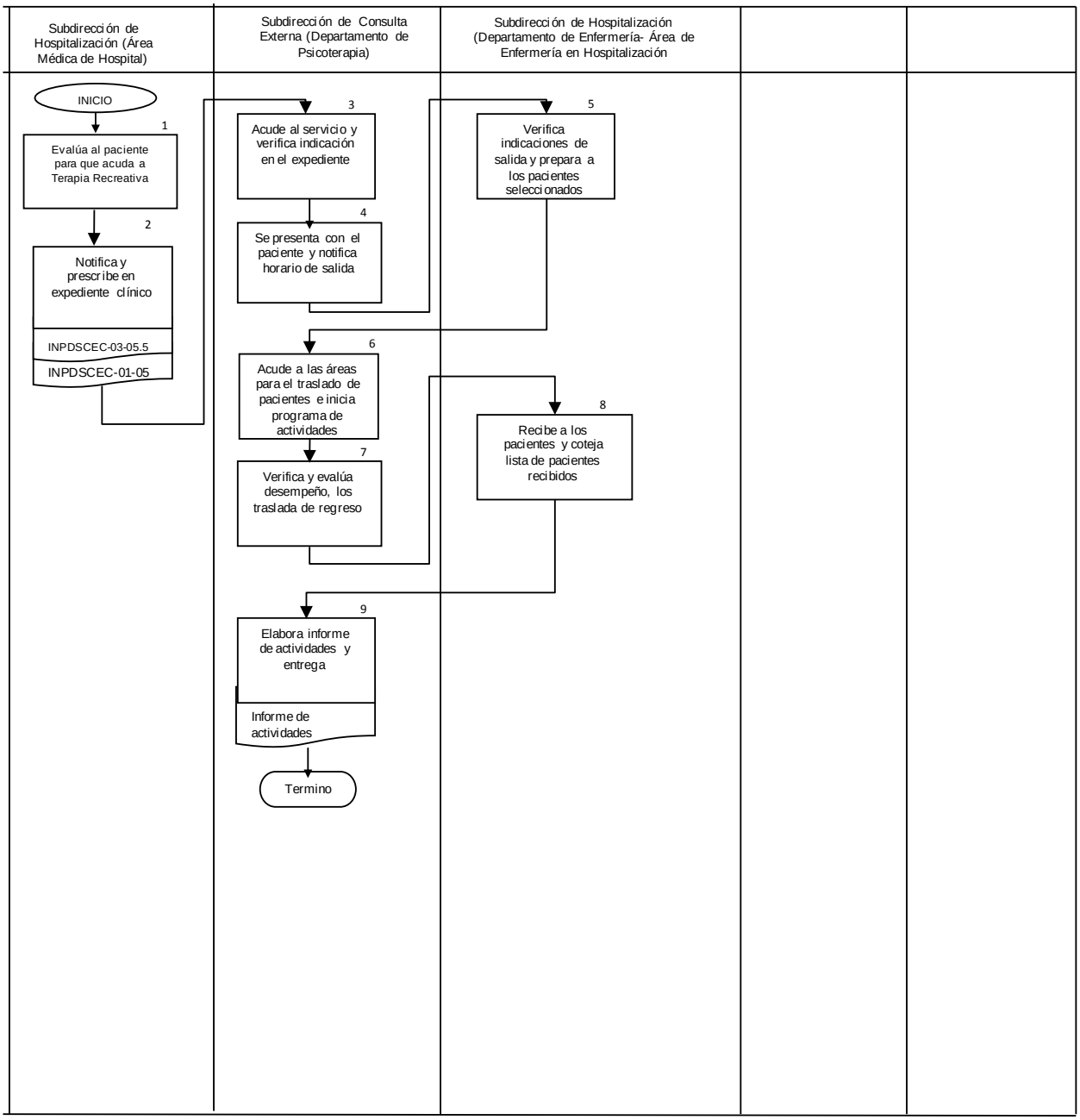
- Verificar las indicaciones de salida de pacientes para el área de terapia recreativa.
- Preparar a los pacientes para su asistencia a terapia recreativa según horarios preestablecidos.
- Verificar lista de salida y de entrada de pacientes al hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Evalúa al paciente hospitalizado para que acuda a Terapia Recreativa. Procede: Si: Continua siguiente actividad. No. Termina Procedimiento.	
	2	Notifica y prescribe en el formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas y en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución la autorización para que acuda a Terapia Recreativa.	INPDSCEC-03-05.5 INPDSCEC-01-05
Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Psicoterapia)	**3**	Acude al servicio de hospitalización y verifica indicación de salida en formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas y en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución.	
	4	Se presenta con el paciente dando su nombre completo y cargo, entrevista al paciente y notifica horario de salida.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**5**	Verifica indicaciones de salida de pacientes del área para terapia recreativa y prepara e identifica con nombre completo y fecha de nacimiento a los pacientes seleccionados para que acudan a la terapia recreativa.	
Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Psicoterapia)	**6**	Acude a las áreas asignadas para el traslado de pacientes a terapia recreativa e inicia y desarrolla programa de actividades de terapia recreativa y realiza vigilancia estrecha de los pacientes.	
	7	Verifica y evalúa el desempeño del paciente, concluye la sesión, traslada a los pacientes de regreso al área de hospitalización y los entrega al área de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería de Hospital)	**8**	Recibe a los pacientes y coteja lista de pacientes recibidos.	
Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Psicoterapia)	**9**	Elabora informe de actividades de la sesión realizada y entrega a la Subdirección de Hospitalización.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Informe semanal de Terapia Recreativa	Indefinido	Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Psicoterapia)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Reporte de actividades:** Se analiza lo sucedido durante las actividades del día y se elabora el informe.

8.2 **Terapia Recreativa** Tiene como metas promover, desarrollar, restaurar y mantener las habilidades necesarias para desempeñar las actividades cotidianas con el fin de prevenir la disfunción.

8.3 **Programa de Terapia Recreativa** Se diseñan para facilitar el máximo uso de la función para estar a la par con los requerimientos del medio laboral, social, personal y doméstico de las personas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

10.2 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

10.3 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.

10.4 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. PROCEDIMIENTO PARA EL PERMISO TERAPEUTICO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Otorgar al paciente la salida, para que la familia observe su comportamiento fuera de la institución, con el propósito de valorar la mejoría en el entorno social.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización, al Departamento de Enfermería y al Departamento de Trabajo Social.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que, por su condición médica son candidatos de gozar de un permiso terapéutico para fines de su tratamiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el permiso terapeutico**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

- ✓ MISP.5 Programa integral de higiene de manos.

II. Estándares centrados en el paciente

<u>Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)</u>

- ✓ ACC.2 Mecanismo estructurado de comunicación durante las transiciones de tiempo (Entrega de Guardia)
- ✓ ACC.3 Proceso para el egreso de pacientes
- ✓ ACC.3 Proceso para el permiso terapéutico.

<u>Atención de Pacientes (COP)</u>

- ✓ COP.4 Proceso para documentar las indicaciones.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Un día a la semana, el miércoles, en la entrega de guardia, los médicos adscritos determinan qué pacientes serán egresados por mejoría y cuáles pacientes saldrán de permiso terapéutico por horas o por días y las fechas correspondientes con el fin de planear su seguimiento y manejo, quedando enterado el personal médico adscrito y residentes, Jefa de Servicio de Enfermería, Coordinadora de Trabajo Social, Personal de la Terapia Recreativa y Nutrición. **Ver Proceso ACC.2**
- Instruir alpersonal médico psiquiatra adscrito para otorgar permiso terapéutico devera considerar:
  - ➢ *Permiso Terapeutico:*a partir de la segunda semana de hospitalización, por días o por horas de acuerdo a la valoración clínica diaria realizada por el médico residente y el pase

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

de visita semanal realizado por el médico residente y por el médico psiquiatra adscrito al servicio de hospital, siempre y cuando el paciente presente mejoría clínica.

- *Permiso Terapeutico Largo:*a partir de la tercera semana de hospitalización, por días, de jueves a domingo, considerado permiso prealta, de acuerdo a la valoración clínica diaria realizada por el médico residente y el pase de visita semanal realizado por el médico residente y por el médico psiquiatra adscrito al servicio de hospital, siempre y cuando el paciente presente mejoría clínica.**Ver proceso ACC.3**

- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos para únicamente ellos puedan otorgar y firmar el INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, siempre y cuando el paciente presente mejoría clínica. **Ver proceso ACC.3**
- Instruir a los médicos residentes de primer año para que requisiten el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados. **Ver proceso ACC.3**
- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos a firmar en original y copia el formato INPDSCEC-03-05.3 las Indicaciones de Egreso Hospitalario y el Recordatorio de Toma de Medicamentos por permiso terapéutico. **Ver proceso ACC.3**
- Supervisar a los medios adscritos y a los médicos residentes de Hospital para que especifiquen la indicación del permiso terapéutico en el expediente clínico del paciente en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente y en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas. **Ver proceso COP.10**
- Instruir al personal medico residente que: **Ver proceso ACC.3 y COP.10**
  - Registren y reporten a la Subdirección de Hospital todos los permisos terapéuticos por días y por horas otorgados.
  - Entreguen las papeletas de permiso terapéutico a los servicios de enfermería, de Trabajo Social, de farmacia y de caja, conservando una en el expediente clínico del paciente firmado de recibido por cada uno de estos servicios.
  - Entreguen original de las Indicaciones de Egreso Hospitalario y del Recordatorio de Toma de Medicamentos al paciente y/o al familiar. La copia deberá quedar en el expediente con la firma de recibido del paciente y/o familiar responsable.
  - Informen y entreguen al servicio de trabajo social el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados por días o por horas 48 a 24 horas antes del mismo.
  - Informe al familiar al que se entrega al paciente que, si durante el permiso terapéutico el paciente cursa con cualquier complicación, sea traído de regreso inmediatamente al servicio de hospital.
  - Acudan al llamado del personal de enfermería para entrevistar al paciente a su regreso del permiso terapéutico.
  - Elaboren el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente el estado en el que el paciente regresa del permiso terapéutico, describiendo cualquier eventualidad que haya sucedido durante el mismo.
- Instruir al personal médico para NO otorgar permiso terapéutico la primera semana de hospitalización.
- Instruir al personal médico para NO otorgar permisos terapéuticos durante toda la estancia hospitalaria, en caso de pacientes que cursen con abuso de sustancias y en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
- Supervisar que los médicos psiquiatras adscritos otorguen los permisos terapéuticos por días o por horas de acuerdo a la evolución del paciente.

- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos para otorgar permiso terapéutico por días o por horas únicamente si el paciente cuenta con la red de apoyo familiar necesaria para su cuidado durante el permiso.
- Firmar en original y copia el formato INPDSCEC-03-05.3 Indicaciones de Egreso Hospitalario y el Recordatorio de Toma de Medicamentos por permiso terapéutico.
- Reportar a la Dirección de Servicios Clínicos en el informe mensual todos los permisos terapéuticos por días y por horas otorgados.
- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos para dar la orden de permiso terapéutico por días o por horas 48 a 24 horas antes del mismo.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social para que quede constancia ante el familiar al que se entrega al paciente para el permiso terapéutico por días o por horas, que la institución NO se hace responsable de cualquier consecuencia que se derive de la conducta del paciente durante el permiso.
- Verificar a los médicos residentes de primer año informen verbalmente al siguiente día hábil en entrega de guardia a las 8 am, de cualquier eventualidad que haya sucedido a los pacientes durante el permiso terapéutico
- Instruir al personal de enfermería para que avise a los médicos residentes de primer año del regreso del paciente de permiso terapéutico antes de que éste ingrese a su habitación.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Residente será responsable de:

- Especificar la indicación del permiso terapéutico del paciente en el formato INPDSCEC-03-05.5 Nota de Evolución correspondiente y en el formato indicaciones médicas INPDSCEC-01-05.
- Requisitar el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados. **Ver proceso ACC.3**
- Dejar constancia en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución de que se informa al familiar al que se entrega al paciente para el permiso terapéutico por días o por horas, que la institución NO se hace responsable de cualquier consecuencia que se derive de la conducta del paciente durante el permiso. **Ver proceso ACC.3**
- Llenar en original y copia el formato INPDSCEC-03-05.3 Indicaciones de Egreso Hospitalario y el Recordatorio de Toma de Medicamentos por permiso terapéutico. **Ver proceso ACC.3**
- Entregar las papeletas de permiso terapéutico a los servicios de enfermería, de Trabajo Social, de farmacia y de caja, conservando una en el expediente clínico del paciente firmado de recibido por cada uno de estos servicios.
- Informar al familiar al que se entrega al paciente que si durante el permiso terapéutico el paciente cursa con cualquier complicación, sea traído de regreso inmediatamente al servicio de hospital.
- Registrar y reportar a la Subdirección de Hospital todos los permisos terapéuticos por días y por horas otorgados.
- Informar y entregar al servicio de trabajo social la papeleta de permiso terapéutico por días o por horas 48 a 24 horas antes del mismo.
- Solicitar al personal de enfermería avise a los médicos residentes de primer año del regreso del paciente de permiso terapéutico antes de que éste ingrese a su habitación.
- Acudir al llamado del personal de enfermería para entrevistar al paciente a su regreso del permiso terapéutico.

- Elaborar en el formatoINPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente el estado en el que el paciente regresa del permiso terapéutico, describiendo cualquier eventualidad que haya sucedido durante el mismo. **Ver proceso ACC.3**
- Informar verbalmente al siguiente día hábil en entrega de guardia a las 8 am, de cualquier eventualidad que haya sucedido a los pacientes durante el permiso terapéutico.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable:

- Preparar a los pacientes para el permiso terapéutico.
- Recibir del familiar del paciente el formato INPDSCTS-06-07 volante de salida, a fin de verificar la autorización del Área de Trabajo Social. **Ver proceso ACC.3**
- Entregar al familiar medicamentos en el formato INPDSCEN-07-02 Control de Medicamentos Ingreso y Egreso de Pacientes. **Ver proceso ACC.3**
- Efectuar las anotaciones en el formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería; en formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería y en el formato INPDSCEN-07-03 Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento. **Ver proceso ACC.3**
- Cerrar la habitación en presencia del paciente, informando que sus pertenencias quedan resguardadas, por el cierre de la misma. **Ver proceso ACC.3**
- Realizar entrevista al paciente que regresa de permiso terapéutico identificando los eventos relevantes vividos durante este y anotar los relevantes que refiera el paciente en el formato de observaciones de enfermería. **Ver proceso ACC.3**

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Trabajo Social será responsable:

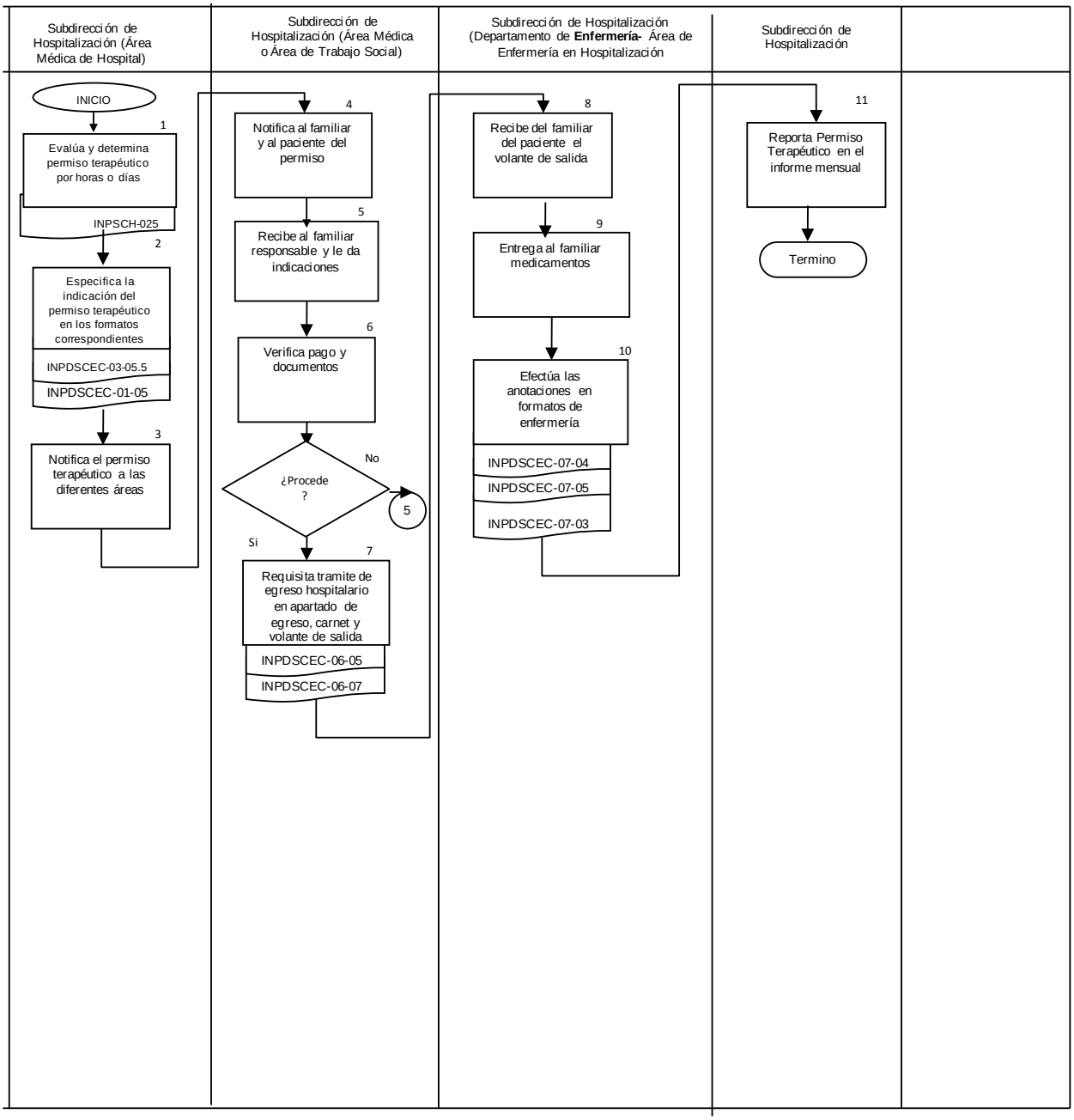
- El familiar responsable debe presentarse con el paciente, en la fecha y hora señalada al término de su permiso terapéutico. En caso de no cumplir con esta disposición el paciente será dado de alta y no será posible su reingreso al hospital en un lapso de 6 meses solo se le brindará atención en el servicio de Consulta Externa o Atención Psiquiátrica Continúa. **Ver proceso ACC.3**
- Iniciar el trámite de permiso terapéutico previa notificación médica, indicando fecha del mismo de 48 a 24 horas antes.
- Notificar al familiar responsable con 24 horas de anticipación el permiso terapéutico de su paciente refiriéndole lugar, día y hora en que debe presentarse a realizar trámite.
- Aplicar el procedimiento de prórroga de pago en caso de adeudo.
- Verificar que la documentación Carta Compromiso para pacientes y familiares y el formatoINPDSCEC-06-01 Estudio Socioeconómico se encuentre debidamente requisitada y completa así como los formatos según corresponda el caso por improcedencia de pago y/u otras eventualidades, (formato INPDSCEC-06-06 Nota de Insolvencia Económica, Paragaré, Carta Compromiso etc.). **Ver proceso ACC.3**
- Registrar datos de permiso terapéutico en libretas de servicio, anotar en libreta de control.
- Indicar al familiar responsable o representante legal que debe liquidar el total o el 50% del adeudo que se tenga por la hospitalización. En casos de incumplimiento de esta disposición y en los casos en que no hayan realizado pagos o el adeudo sea considerable, se debe firmar carta compromiso y pagaré. De no ser así queda suspendido el permiso terapéutico.
- En caso de que el familiar y el paciente no se presente al término del permiso, trabajo social se comunicará con el familiar responsable e indaga los motivos por los cuales el paciente no regreso al hospital, de tener una justificación adecuada se prorroga el permiso en caso contrario se le pide al familiar que se presente a dar de baja a su paciente otorgándole un plazo de 72 hrs. Para proceder a la baja. **Ver proceso ACC.3**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Evalúa y determina permiso terapéutico al paciente por horas o días de acuerdo a su mejoría y requisita Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados.	INPSCH-025
	2	Especifica la indicación del permiso terapéutico en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y en Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
	3	Notifica el permiso terapéutico al Área de Trabajo Social, Área de Enfermería, Área de Caja de Hospital y Farmacia.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica o Área de Trabajo Social)	**4**	Notifica al familiar y al paciente del permiso terapéutico.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área de Trabajo Social)	**5**	Recibe al familiar responsable en fecha y hora señalada del permiso e indica pase al Área de Caja de Hospital a liquidar el adeudo total o parcial, o firma de carta compromiso. En caso de adeudo aplica procedimiento de prórroga de pago.	
	6	Verifica pago y documentos. Procede: Si: Continua actividad siguiente No. Regresa a la actividad 5	
	7	Requisita Formato INPDSCEC-06-05 Tramite de ingreso-egreso hospitalario en apartado de egreso, carnet y Formato INPDSCTS-06-07 Volante de salida, entrega al familiar el carnet y volante de egreso enviándolo al área correspondiente (TI a TV).	INPDSCEC-06-05 INPDSCTS-06-07
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**8**	Recibe del familiar del paciente el formato INPDSCTS-06-07 volante de salida y verifica el mismo.	
	9	Entrega al familiar el formato INPDSCEN-07-02 Control de Medicamentos Ingreso y egreso de pacientes, retira brazalete y entrega medicamentos del paciente al familiar.	
	10	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-04 Registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería y en Formato INPDSCEN-07-03 el Reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEN-07-03
Subdirección de Hospitalización	**11**	Reporta Permiso Terapéutico en el Informe Mensual.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Informe semanal de Terapia Recreativa	Indefinido	Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Psicoterapia)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Permiso terapéutico:** Procedimiento de salida y regreso del paciente al hospital de acuerdo a la valoración médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.3 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5Indicaciones Médicas.
10.5 Formato INPDSCEC-06-05 Ingreso-Egreso Hospitalario
10.6 Instructivo de llenado.- Formato. INPDSCEC-06-05 Ingreso-Egreso Hospitalario
10.7 Formato INPDSCEC-07-04.Registros Clínicos de Enfermería.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.
10.9 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.11 Formato INPDSCTS-06-07 Volante de Salida.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.11 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCTS-06-07 Volante de Salida.
10.12 Formato INPDSCE- INPDSCEN-07-02.- Control de Medicamentos Ingreso y Egreso de Pacientes.
10.13 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-02.- Control de Medicamentos Ingreso y Egreso de Pacientes.
10.14 Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.
10.15 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.
10.16 Formato INPSCH-025.- Autorización Médica de Permiso Terapéutico.
10.17 Instructivo de llenado.- Formato INPSCH-025.- Autorización Médica de Permiso Terapéutico

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Definir el procedimiento administrativo para el trámite de egreso a fin de determinar la posible alta del paciente y contar con disponibilidad hospitalaria.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización, al Departamento de Trabajo Social y al Área de Enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico se encuentren hospitalizados y sean sujetos de ser egresados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdireccion de Hospitalización que participa en el procedimiento para el egreso hospitalario, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad:

  I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

  - ✓ MISP.5 Programa integral de higiene de manos.

  II. Estándares cenrados en el paciente

  Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)

  - ✓ ACC.3 Para el egreso de pacientes.
  - ✓ ACC.4.1 Para el traslado de pacientes para continuar su atencion en otro establecimiento.

3.1 El personal de salud de la Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Cumplir con las recomendaciones establecidas en Sistema de Prevención y Control de Infecciones, entre las cuales se encuentran: **MISP.5**
  1. Llevar a cabo permanente la Campaña está en tus manos.
  2. Detectar y controlar las infecciones nosocomiales.
  3. Realizar búsqueda intencionada de casos de infecciones nosocomiales.
  4. Identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes y personal propio.
  5. Detectar, registrar, atender y reportar las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes: gastrointestinales, respiratorias, urinarias, dermatológicas, en heridas y por dispositivos invasivos.
  6. Aplicar correctamente las técnicas universales.
- Instruir al personal médico a entregar la documentación del egreso hospitalario 48 horas antes del mismo, requisitando la información en el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que se indica el egreso del paciente.
- Instruir al personal médico residente a brindar indicaciones de egreso hospitalario en el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico adscrito para revisar que el contenido del expediente clínico se encuentre revisado, en orden y completo. Una vez que el mismo se encuentre listo, el médico deberá entregarlo a la Subdirección de Hospitalización.
- Revisar y entregar la Subdirección de Hospital el expediente clínico del paciente al Archivo Clínico, en un lapso no mayor a 3 días después del egreso del paciente.
- Entregar el expediente clínico del paciente al Área de Archivo Clínico en un lapso no mayor a tres días después del egreso del paciente.
- Instruir al personal médico a notificar a los familiares responsables de manera inmediata los egresos por alta voluntaria, traslado, abandono de unidad o defunción.
- Instruir al personal médico residente de primer año que al egreso del paciente deberá entregar al familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y Rayos X.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a acudir a la Agencia del Ministerio Público a rendir declaración (en caso que así sea solicitado), cuando el paciente sea egresado por abandono del servicio de hospital sin autorización médica o en caso de egreso por defunción por suicidio.

POLITICAS EGRESO POR MEJORÍA

- El personal médico de la Subdirección de Hospitalización deberá: **Ver Proceso ACC.3**
  - Determinar si el paciente está en condiciones para ser egresado por mejoría, de acuerdo al cuadro clínico y la evolución del mismo.
  - Llenar el Formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen Alta Hospitalaria, el Formato INPDSCEC-03-05.3 Indicaciones de Egreso Hospitalario/Recordatorio de Toma de Medicamentos en original y copia, en el resumen de alta se consigna el tipo de egreso, el tratamiento con el cual egreso, los estudios practicados, nombre, firma y cedula profesional del médico adscrito, médico residente y nombre, firma y parentesco del familiar responsable, asimismo en las indicaciones al egreso y el recordatorio de la toma de medicamentos se consigna la autorización para salir de alta por mejoría, las indicaciones a seguir, los cuidados que el familiar responsable se compromete a realizar, toma de medicamentos durante el permiso, recabando la firma de autorización médica.
  - Entregar al familiar responsable y/o al paciente que se va de alta, original del Formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria, estudios de imágenes, Formato INPDSCEC-03-05.3 Indicaciones de Egreso Hospitalario/Recordatorio de Toma de Medicamentos, para cubrir la continuidad de su atención en el hogar; recabando en la copia firma de recibido del paciente y/o familiar responsable, y anexando la misma en el expediente clínico del paciente.
  - Programar una cita en los servicios de Consulta Externa para el paciente que se va de alta por mejoría, en un tiempo máximo de diez días hábiles después del egreso hospitalario, con el objetivo de dar continuidad al tratamiento y rehabilitación del paciente, consignando la fecha de la cita, módulo, consultorio y nombre del médico.
  - Elaborar el Formato INPDSCEC-03.02 Nota de Egreso en original y copia, donde se consignan:
    a) Datos de identificación del paciente.
    b) Diagnostico al ingreso y el motivo del egreso.
    c) Diagnostico al egreso.
    d) Resumen de la evolución y su estado actual.
    e) Manejo de medicamentos durante su estancia hospitalaria.
    f) Estudios de laboratorio y gabinete practicados.
    g) Problemas clínicos pendientes en su caso.
    h) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.

i) Pronóstico y la cita en consulta externa.
j) Nombre completo y firmas de los médicos responsables.

- Instruir a los médicos psiquiatras adscritos a la Subdirección de Hospital para que los jueves durante la entrega de guardia a las 8 horas, determinen que pacientes de acuerdo al cuadro clínico y a la evolución están en condiciones de egresar por mejoría.
- Instruir al personal médico residente de primer año para que elabore el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados 48 horas antes de que el paciente sea egresado; dicho formato deberá firmarse por el médico adscrito responsable y lo entregará al personal de Trabajo Social, enfermería, farmacia, caja y al área de nutrición, dejando un acuse de recibido en el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar y entregar debidamente requisitadas las recetas de los medicamentos que requiera el paciente.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que se indica el egreso por mejoría del paciente.

POLITICAS EGRESO POR REFERENCIA O TRASLADO A OTRA INSTITUCIÓN

- Anexar, el personal médico de la Subdirección de Hospitalización, los resultados o la interpretación de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente en su caso, al Formato de Referencia y Contrarreferencia, con el fin de que sean referidos juntos con el paciente y contribuir en la continuidad de su atención en la unidad médica a la que es referido. **Ver proceso ACC.4.1.3**
- Instruir a los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital a firmar el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, autorizando el egreso del paciente que de acuerdo al cuadro clínico y a la evolución se determina que requiere el traslado a otra unidad médica. **Ver proceso ACC.4.1.3**
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar la nota de evolución INPDSCEC-01-05 en la que se especifica porqué se indica el egreso por traslado del paciente. **Ver proceso ACC.4.1.3**
- Instruir al personal médico designado en el traslado del paciente a otra unidad médica, registrar en la nota de evolución cualquier condición especial que presentará el paciente, así como todo cambio en el estado del mismo durante el traslado. **Ver proceso ACC.4.1.3**
- Contar con la ambulancia que cumpla con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondiente, asi como también debe contar con los medicamentos psiquiátricos necesarios para hacer frente a las contingencias y emergencias para satisfacer las necesidades de los pacientes en materia de psiquiatría y salud mental. **Ver proceso ACC.4.1.3**

EGRESO VOLUNTARIO

- Instruir a los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital a firmar el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, autorizando el egreso voluntario del paciente. De acuerdo al cuadro clínico y a la evolución se determina que el paciente NO está en condiciones de egresar por mejoría, por ello se especifica que es un egreso voluntario.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que si el paciente o el familiar responsable solicitan el egreso voluntario, se procederá al mismo una vez que se hayan realizado los trámites en trabajo social y la caja de hospitalización.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que si el paciente o el familiar responsable solicitan el egreso voluntario, se procederá al mismo en día hábil de lunes a viernes y durante el horario de caja de 7 a 19 horas, para que el familiar responsable realicé los trámites correspondientes en Trabajo Social y la caja de hospitalización.

- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 de Nota de Evolución en la que se especifica el motivo del paciente y/o familiar responsable para solicitar su egreso voluntario.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar por duplicado el Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por Alta Voluntaria, las cuales se integran en el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal médico a elaborar en caso de egreso voluntario en original y copia del formato INPDSCEC-03-05.4 Solicitud de Egreso Voluntario y Resumen Clínico Completo del internamiento y evolución y tratamiento farmacológico del paciente El original se entrega al familiar y la copia queda en el expediente firmada por el paciente y/o familiar responsable.
- En caso de que el paciente y/o familiar responsable soliciten alta por egreso voluntario, el personal médico elaborará y entregará el Formato INPDSCEC-03-05.4 Solicitud de Egreso Voluntario / Resumen Clínico Completo, que incluye: diagnostico, tratamiento y estudios que se le practicaron, mismo que deberá ser firmado por el paciente y familiar responsable. Este formato se entregará en original al paciente y/o familiar responsable y en el expediente quedará una copia firmada por el paciente y/o familiar responsable.
- Instruir al personal médico residente de primer año que al egreso voluntario del paciente, deberá entregar al paciente y/o familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y Rayos X.
- Instruir al personal médico de que en caso de egreso voluntario si el paciente lo requiere puede recibir atención en los Servicios de Atención Psiquiátrica Continua y de Consulta Externa, pero no se procederá a su hospitalización en la Institución en los seis meses posteriores al egreso voluntario.
- Instruir al personal médico de que en caso de egreso voluntario no se elaboran ni se entregan recetas al paciente, únicamente el personal de enfermería entrega al familiar responsable las cajas de los medicamentos del paciente.

EGRESO POR ABANDONO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA (FUGA EQUIVALENTE A CÓDIGO ROSA)

- Instruir al personal médico, al personal de enfermería y al resto del personal de salud, a que inmediatamente que detecten el abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica por parte de cualquier paciente, darán aviso a:
  - Personal de Vigilancia Extensión 5242.
  - Personal médico adscrito de la Subdirección de Hospital. En primer lugar al médico adscrito encargado del área.
  - Subdirección de Hospital Extensión 5231.
- Instruir al personal de vigilancia que al recibir aviso de que un paciente abandono la unidad hospitalaria sin autorización médica, debe cerrar todos los accesos a las instalaciones, avisando a los usuarios la situación, solicitando su comprensión. Se le informará al personal de vigilancia el nombre del paciente, número de expediente y el personal de vigilancia preguntará a todas las personas que salgan de la institución su nombre y verificará que no porten el brazalete del paciente hospitalizado.
- Instruir al personal de salud que la búsqueda del paciente es exclusivamente dentro de las instalaciones a la institución.
- Instruir al personal de vigilancia que si localizan al paciente dentro de las instalaciones, darán aviso al personal médico de la Subdirección de Hospitalización a la extensión 5438 o por radio comunicación y el personal médico trasladará al paciente a su habitación. En caso de que el personal médico localice al paciente dentro de la institución, lo llevará directamente a su habitación.

- Instruir al personal de salud acudir al llamado del personal de vigilancia para trasladar al paciente a su habitación.
- Instruir al personal médico adscrito y personal médico residente que si no se localiza al paciente en la hora siguiente al abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica solicite al personal de trabajo social se comunique con el familiar responsable informando que el paciente abandono la unidad y no se le ha localizado, solicitándole su apoyo para localizarlo.
- Instruir al personal de trabajo social solicitar al familiar responsable que en cuanto localice al paciente lo notifique a la institución, reportando el estado del mismo, y de ser posible regresar al paciente si él lo acepta a la institución en un plazo no mayor a 24 horas.
- Instruir al personal de trabajo social a elaborar Nota Informativa del Abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, en la que se consigne el abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, puntualizando la fecha, hora en que se detectó y quien lo detectó. En caso de que no se haya localizado deberá colocarse en la nota que se intentó localizar al paciente por espacio de una hora sin éxito y que trabajo social informó al familiar responsable.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, en la que se consigne que posterior al abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica se localizó al paciente dentro de las instalaciones, describiendo las condiciones del paciente y las indicaciones correspondientes.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, en la que se consigne que posterior al abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, el familiar responsable informó que se localizó al paciente, puntualizando si el paciente va a regresar o no a la Institución.
- Elaborar el egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica cuando el paciente haya permanecido más de 24 horas fuera de la Institución o cuando el paciente haya sido localizado por sus familiares y no esté de acuerdo en regresar a la institución.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar por duplicado el Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, las cuales se integran en el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal de trabajo social para que se comunique con el familiar responsable para infromar que tendrá dos días hábiles para concluir el trámite de egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, informando que los días que tarde en realizar el trámite, se acumularán en el saldo del paciente.
- Instruir a los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital a firmar el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, notificando que se trata de un egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica. De acuerdo al cuadro clínico y a la evolución se determina que el paciente NO está en condiciones de egresar por mejoría, por ello se especifica que es un egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica.
- Instruir al médico residente de primer año para que elabore el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, puntualizando que es un egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, para el seguimiento de los trámites administrativos correspondientes. Deberá estar firmado por el médico adscrito responsable y lo entregarán al Área de Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Caja y al área de nutrición, dejando un acuse de recibido en el expediente clínico del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico residente de primer año que al egreso del paciente por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica, deberá entregar al familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y Rayos X del paciente.
- Instruir al personal de trabajo social que en caso de que el familiar responsable avise que el paciente no llegó a su domicilio en las siguientes 24 horas al abandono del servicio, la Institución deberá notificar al Ministerio Público.
- Instruir al personal médico residente de primer año para que elabore el Formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial, mismo que deberá estar firmado por el médico que la elabora y el médico adscrito responsable del área. Posteriormente, será entregada al área de Trabajo Social quienes la llevarán a la agencia del Ministerio Público correspondiente.
- Instruir al personal médico de que en caso de egreso por abandono del servicio de hospital sin autorización médica, si el paciente lo requiere puede recibir atención en los Servicios de Atención Psiquiátrica Continua y de Consulta Externa, pero en los siguientes seis meses a su egreso no podrá hacer uso del servicio de Hospitalización si así lo requiriera.
- Instruir al personal de trabajo social que las pertenencias del paciente quedarán bajo resguardo de trabajo social por 10 días, después de lo cual se desecharán.

POLITICAS EGRESO POR DEFUNCIÓN

a) Por Condición Médica o Causa Natural

- Instruir al personal médico determine el tipo de defunción del paciente.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que se puntualice el egreso por defunción, especificando la fecha, hora del deceso, la(s) causa(s) del mismo, nombre completo, cédula profesional y firma del médico que elabora el formato.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar por duplicado el Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por defunción, las cuales se integran en el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a dar aviso al familiar responsable solicitando su presencia.
- Instruir al personal médico para que informe al familiar responsable la defunción del paciente y causas de la misma.
- Instruir al médico residente para que entregue al familiar responsable el formato Receta Médica INPSC-058 membretado por la Institución con nombre del paciente, edad y fecha de nacimiento, número de expediente, causa del fallecimiento, fecha y hora del deceso. El documento debe contar con nombre completo, número de cédula profesional y firma del médico que lo elabora.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a orientar al familiar responsable sobre los trámites a seguir para solicitar el certificado de defunción en la instancia correspondiente.
- Instruir al médico residente a cargo deberá proporcionar su identificación oficial original (credencial de elector) al familiar responsable para que acuda a la Oficina de Trámites Funerarios a solicitar certificado de defunción. El familiar regresará a la Institución para que el médico residente a cargo elabore el certificado de defunción.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a orientar al familiar responsable para que regrese al Instituto con el formato de certificado de defunción para que el médico residente de primer año proceda a su llenado.
- Instruir al personal médico residente para requisitar correctamente el certificado de defunción y entregarlo al familiar responsable.

- Instruir al personal médico residente de primer año para que entregue al familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y la radiografía de tórax del paciente.
- Instruir al personal de enfermería para la preparación y entrega del cadáver al familiar responsable.
- Instruir a los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital a firmar el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados notificando que se trata de un egreso por defunción.
- Instruir al médico residente de primer año para que elabore el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, por egreso por defunción, para el seguimiento de los trámites administrativos correspondientes. Entregar formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, a Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Caja, dejando una copia con firmas de acuse de recibido en el expediente clínico del paciente.
- Elaborar el personal médico residente de primer año el Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados especificando egreso por defunción, para el seguimiento de los trámites administrativos correspondientes, el cual estará firmado por el personal médico adscrito.
- El médico residente de primer año entregará formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, a Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Caja, dejando una copia con firmas de acuse de recibido en el expediente clínico del paciente.

b) Por Suicidio

- Elaborar el personal médico residente de primer año el Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que conste egreso por defunción por suicidio, especificando la forma de suicidio, fecha, hora del deceso y condiciones en las que se encontró el cuerpo del paciente. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que elabora el formato.
- Elaborar el personal médico residente de primer año por duplicado el Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por defunción por suicidio, las cuales se integran en el expediente clínico del paciente.
- Avisar el personal médico y el personal de trabajo social al familiar responsable solicitando su presencia.
- Informar el personal médico al familiar responsable de la defunción por suicidio del paciente.
- En caso de egreso por defunción por suicidio, Trabajo Social o el médico residente a cargo darán aviso telefónico al Ministerio Público para que la autoridad correspondiente se presente a certificar el fallecimiento. A partir del momento en que se constate la defunción por suicidio el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró y la habitación debe permanecer cerrada hasta la llegada del Ministerio Público.
- Requisitar el personal médico deberá requisitar el Formato INPDSCEC-21 de Notificación Ministerial, en original y dos copias (copia para el Asesor Jurídico del Instituto, para el Departamento de Trabajo Social y para el expediente clínico del paciente).
- Explicar el personal médico, de trabajo social y de enfermería al familiar responsable que el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró y la habitación debe permanecer cerrada hasta la llegada del Ministerio Público.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a acudir a la Agencia del Ministerio Público a rendir declaración en caso que así lo solicite la autoridad competente en caso de egreso por defunción por suicidio.

- Instruir al personal médico residente para requisitar correctamente el certificado de defunción y entregarlo al familiar responsable.
- Instruir al personal médico residente de primer año para que entregue al familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y la radiografía de tórax del paciente.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Trabajo Social será responsable:

- Informar al familiar responsable que el paciente será dado de alta precisando la fecha.
- Entregar al familiar responsable las pertenencias en resguardo, en caso de que se le hayan retirado durante su estancia hospitalaria.
- Informar al familiar responsable sobre el saldo actual pendiente de pago, con el propósito de orientarlo y sugerirle el pago parcial o total.
- Informar al familiar responsable del alta del paciente y orientar pase a la caja para liquidar el adeudo o en su caso manifiestar la imposibilidad de pago y el personal de Caja deberá indicar al familiar regrese al área trabajo social.
- Recibir al familiar y elaborar nota de insolvencia económica y solicitar acuda al Área de Vinculación con los Servicios Clínicos y Cuentas por Cobrar. **Ver Proceso ACC.3**
- Orientar al familiar sobre los procedimientos a seguir en cada uno de los casos.
- Iniciar el trámite de egreso previa notificación médica, indicando fecha y motivo de egreso 24 horas antes del trámite de egreso, en el caso de que éste sea programado.
- Efectuar los egresos programados en los siguientes horarios:
  a) Lunes a jueves de 9:00 a 10:00 a. m. y de 17:00 a 18:00 horas.
  b) Viernes de 11:00 a 13:00 horas y de 16:00 a 18:00 horas.
- Autorizar todos los trámites de egreso fuera del horario establecido.
- Notificar a los familiares responsables de manera inmediata los egresos por alta voluntaria, traslado, abandono de unidad o defunción.
- Indicar al familiar responsable o representante legal que debe liquidar el total o el 50% del adeudo que se tenga por la hospitalización. En casos de incumplimiento de esta disposición y en los casos en que no hayan realizado pagos o el adeudo sea considerable, se debe firmar carta compromiso y pagaré.
- Aplicar el procedimiento de prórroga de pago en los casos de abandono de unidad, traslado o alta voluntaria en los que no se haya realizado el pago.
- Elaborar y entregar el volante de salida INPDSCTS-06-07 al familiar para su entrega al personal de enfermería.
- Registrar datos de egreso en libretas de servicio, anotar en libreta de control y enviar al servicio de Archivo Clínico.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable:

- Anotar en la hoja de observaciones de enfermería la fecha y hora del alta a quien se entrega al paciente medicamentos pertenencias, plan de alta etc. **Ver Proceso ACC.3**
- Informar y entregar las indicaciones y recordatorio de toma de medicamentos al paciente y a sus familiares, informándole sobre la importancia de seguir las indicaciones sobre el uso adecuado de sus medicamentos y las contraindicaciones al mezclarlos con otros medicamentos o ciertos alimentos que afecten su salud.
- Entregar y registrar al egreso del paciente hospitalizado el tríptico del plan de alta al paciente que egresa resaltando los cuidados relevantes y el apego al tratamiento.
- Recibir notificación de egreso, verificar con indicación médica y proceder de conformidad al tipo de egreso: mejoría, referencia a otra institución, por alta voluntaria, abandono de las

instalaciones sin autorización médica y defunción (condición médica o causa natural y por suicidio).

- Anotar el movimiento de egreso en el Formato INPDSCEN-07-03 de Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Nutrición será responsable:

- Evaluar el estado nutricional de paciente al egreso y elaborar plan de alimentación por equivalentes que le será proporcionado. **Ver Proceso ACC.3**
- Elaborar indicaciones dietéticas para el paciente que se egresa y entregarlas a la enfermera responsable.

3.5 La Subdirección de Consulta Externa a través del Área de Archivo Clínico será responsable de:

- Verificar que los expedientes clínicos y los formatos de evaluación sean devueltos en un plazo no mayor de 72 horas.

3.6 La Dirección de Servicios Clínicos a través de la Coordinación Administrativa será responsable de:

- Entregar la notificación ministerial en la agencia correspondiente y remitir copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y al Asesor Jurídico del Instituto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) EGRESO POR MEJORIA

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Evalúa y determina egreso de paciente por mejoría.	
	2	Escribe la indicación del egreso por mejoría tanto en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso y Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas. Elabora Formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03.2 INPDSCEC-03-05.5 INPSCH-025
	3	Notifica el egreso por mejoría al Área de Trabajo Social, Área de Enfermería, Ärea de Nutrición y Área de Caja de Hospital.	
	4	Notifica al familiar del egreso por mejoría del paciente indicando fecha y hora, tipo de egreso y trámite de egreso según corresponda, e indica acuda al área de trabajo social a efectuar los trámites administrativos. Informa al paciente y al familiar diagnóstico de egreso, resultado de estudios, tratamiento a seguir y pronóstico a corto plazo. Elabora y adjunta formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso Hospitalario al expediente clínico. Elabora a petición expresa por escrito del paciente y el familiar, resumen clínico y entrega a la secretaria de la subdirección del hospital quien lo entrega al interesado.	
	5	Entrega al familiar Indicaciones de Egreso Hospitalario y Recordatorio de Toma de Medicamentos, estudios de rayos X INPDSCEC-03-05.3 y formato ~~INPSC-058~~ Receta Médica. Anota en Formato de Recordatorio de Toma de Medicamento: fecha, hora de cita del paciente en Consulta Externa, especificando consultorio y nombre del médico que atenderá al paciente.	INPDSCEC-03-05.3 ~~INPSC-058~~
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social)	**6**	Recibe al familiar responsable e indica pase al Área de Caja de Hospital a liquidar el adeudo total o parcial, o firma Formato INPDSCEC-06-07 Volante de Salida. Solicitud de carta compromiso y Formato INPDSCEC-06-06 Nota de insolvencia económica. En caso de adeudo aplica procedimiento de prórroga de pago.	INPDSCEC-06-07 INPDSCEC-06-06
	7	Verifica pago y documentos. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Regresa a la actividad 6.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
	8	Requisita Formato INPDSCEC-06-05 Ingreso egreso hospitalario, Formato INPDSCTS-06-07 carnet y entrega al familiar el carnet, volante de salida enviándolo al área correspondiente.	INPDSCEC-06-05 INPDSCTS-06-07
Subdirección de Hospitalización (Área de Nutrición)	**9**	Aplica evaluación nutricional de egreso, conforma plan de alimentación por equivalentes y entrega al paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**10**	Recibe del familiar el Formato INPDSCTS-06-07 Volante de salida.	
	11	Entrega al familiar medicamentos en el formato INPDSCEN-07-02 Control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes, plan de alta y pertenencias, retira brazalete y entrega paciente al familiar.	
	12	Efectúa baja del sistema hospitalario hospitalario “Health Centre” y Efectúa las anotaciones en Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería y en Formato INPDSCEN-07-03 Reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEN-07-03
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería en Hospitalización	**13**	Notifica a la Jefa de Servicio del alta por mejoría del paciente, retira los registros de enfermería del archivo denominado concentrado registros clínicos de enfermería y entrega a la Jefa de Servicio	
Subdirección de Hospitalización	**14**	Recibe Expediente Clínico del área médica y verifica cumpla con la Norma 004. Recibe e integra concentrado de registros de Enfermería y Estudio Socioeconómico de Trabajo Social al Expediente Clínico y entrega al archivo clínico.	
	15	Reporta Egreso especificando el Motivo del mismo en el Informe Mensual.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

B) EGRESO POR REFERENCIA O TRASLADO A OTRA UNIDAD MÉDICA

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	1	Revisa la información médica del paciente en el expediente clínico.	
	2	Evalúa situación médica del paciente y le informa que en base a su padecimiento, es necesario que sea referido a otra unidad para su atención médica e informa al área de enfermería y al área de trabajo social.	
	3	Requisita Formato INPDSCEC-01-06 Nota referencia/ contrarreferencia de pacientes del Instituto y plantea caso al Titular del Área o médico adscrito.	INPDSCEC-01-06
	4	Recibe al paciente, evalúa caso y verifica. Procede: Si: Continua actividad siguiente. No. Regresa a la actividad 1.	
	5	Autoriza referencia, firma formato y devuelve al médico.	
	6	Realiza enlace interinstitucional con la unidad de atención médica correspondiente, en coordinación con el Departamento de Trabajo Social, verifica la presencia del familiar y en caso de que no se logre el enlace, documenta la nota de referencia y le entrega a trabajo social.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social)	7	Recibe la nota de referencia, orienta al familiar responsable acerca de la referencia del paciente a otra unidad de atención médica y solicita firmas de recibido en la nota de referencia.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	8	Orienta en caso de que no haya servicio de trabajo social, al familiar responsable acerca de la referencia del paciente a otra unidad de atención médica y solicita firmas de recibido en la nota de referencia.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social)	9	Registra en el sistema hospitalario “Health Centre” la referencia, y en el control interno de trabajo social.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	10	Prepara físicamente (si lo requiere), al paciente recibe del familiar el Formato INPDSCTS-06-07 Volante de salida.	INPDSCTS-06-07
	11	Entrega al familiar medicamentos con Formato INPDSCEN-07-02 control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes y orienta sobre el trámite a seguir.	
	12	Efectúa baja del sistema hospitalario “Healt Centre”, efectúa las anotaciones en registros clínicos de enfermería INPDSCEC-07-04 y en observaciones de enfermería INPDSCEC-07-05 y en el reporte diario de supervisión INPDSCEC-07-03.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEC-07-03.
Subdirección de Hospitalización (Área de	13	Informa a la Jefa de Servicio, retira los registros de enfermería del archivo denominado concentrado de registros clínicos de enfermería y entrega.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Enfermería)			
Subdirección de Hospitalización (Jefe de Servicio de Enfermería)	**14**	Verifica que no falte ningún registro y entrega a la Subdirección de Hospitalización en el formato recepción y entrega del expediente de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización	**15**	Recibe concentrado de registros clínicos de enfermería y se encarga de entregar al archivo clínico.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**16**	Incorpora formatos en expediente clínico del paciente y devuelve al Área de Archivo Clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**17**	Recibe expediente, revisa, ordena y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

C) EGRESO VOLUNTARIO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica en Hospitalización)	**1**	Médico residente de primer año informa al médico adscrito a la Subdirección de Hospital de la solicitud verbal de egreso voluntario del paciente y/o familiar.	
	2	Médico residente de primer año y/o médico adscrito informan a trabajo social, solicitan se comunique telefónicamente con el familiar responsable para avisar de la solicitud del paciente de egreso voluntario, indicando se presente.	
	3	Médico residente y/o médico adscrito: - Explican al paciente y/o familiar los riesgos de egreso voluntario en un intento de convencer al paciente permanezca hospitalizado. - Explican al paciente y/o familiar si insisten en el egreso voluntario los criterios administrativos del mismo. No ingreso hospitalario en los 6 meses siguientes al egreso voluntario.	
	4	Requisita Formato INPDSCEC-03-05.4 Solicitud de Egreso Voluntario, y recaba firmas en anverso del formato en original y copia. Elabora Resumen Clínico en reverso del formato en original y copia.	INPDSCEC-03-05.4
	5	Notifica al personal de enfermería y al personal de Trabajo Social del egreso voluntario.	
	6	Entrega formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, especificando que se trata de un egreso voluntario, a: enfermera a cargo del tratamiento (TI a TV), trabajadora social a cargo del tratamiento, servicio de Caja, farmacia intrahospitalaria, una copia al expediente clínico.	INPSCH-025
	7	Notifica al familiar que puede realizar los trámites correspondientes de egreso voluntario. -Informa al familiar acudir a la Subdirección de Consulta Externa para tramitar cita subsecuente. -Entrega al paciente y/o familiar original de Resumen Clínico e integra copia al expediente clínico del paciente. -Entrega al familiar estudios de gabinete (telerradiografía de tórax e imagen cerebral). -Elabora Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso especificando que se trata de un egreso voluntario y la integra al expediente clínico del paciente.	INPDSCEC-03.2
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería en	**8**	Recibe del familiar del paciente el Formato INPDSCTS-06-07 Volante de Salida.	INPDSCTS-06-07
	9	Entrega al familiar medicamentos con formato INPDSCEN-07-02 Control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes y folleto plan de alimentación por	

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Hospitalización)		equivalentes.	
	10	Efectúa baja del sistema hospitalario “Health Centre” especificando que se trata de egreso voluntario.	
	11	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-04 Registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería y en Formato INPDSCEN-07-03 Reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEN-07-03
	12	Recopila los registros de enfermería del archivo denominado concentrado de registros clínicos de enfermería, verifica que no falte ninguno y entrega a la Jefa de Servicio y/o responsable.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Jefe de Servicio de Enfermería de Hospital)	**13**	Verifica que no falte ningún registro y entrega a la Subdirección de Hospitalización en el formato recepción y entrega del expediente de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización	**14**	Recibe registros, incorpora formatos en expediente clínico del paciente y devuelve al Área de Archivo Clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**15**	Recibe expediente, revisa y ordena.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

D) EGRESO POR ABANDONO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA SIN AUTORIZACION MEDICA (CÓDIGO ROSA FUGA DE PACIENTES)

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Hospital)	**1**	Informa del abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica al área médica y a la Jefa de Servicio y/o responsable de turno.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**2**	Indica a los médicos y a vigilancia para que se realice la búsqueda del paciente en la Institución.	
	3	Recibe de vigilancia el resultado de la búsqueda del paciente en la Institución y confirma la fuga. Procede: No. Termina procedimiento Si: Continua actividad siguiente	
	4	Notifica al Departamento de Trabajo Social el abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica y las especificaciones del caso y registra en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución los pormenores del evento.	INPDSCEC-01-05
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social)	**5**	Inicia localización del familiar y le solicita que utilice sus recursos para la búsqueda del paciente fuera de la institución e informe el resultado de manera inmediata y solicita al familiar la presencia en la Institución.	
	6	Recibe reporte del familiar, localiza paciente: Procede: No continua en la siguiente actividad **(Termina Procedimiento)** Si. a) En caso de que el paciente sea localizado y regrese al Instituto, indica pase al Área de Atención Psiquiátrica Continúa, para revaloración clínica. **(Termina Procedimiento)** b) En caso de el paciente sea localizado y no regrese al Instituto, sugiere vía telefónica, continúe con su tratamiento o acuda a otra unidad médica.	
	7	Informa al área médica de la no localización del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**8**	Recibe del área de trabajo social informe de no localización del paciente. Recibe al familiar del paciente, informa del abandono hospitalario y explica pormenores del evento y situación médica del paciente. Elabora Formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial turna al Área de Trabajo Social para su seguimiento e indica al familiar pase con el área de enfermería para lo correspondiente. Elabora formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapeutico o Alta de Pacientes Hospitalizados, por egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin	INPDSCEC-21 INPSCH-025

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		autorización médica, entrega las papeletas de egreso a Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Caja, dejando una copia con firmas de acuse de recibido en el expediente clínico del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área de Trabajo Social)	**9**	Recibe Formato Autorización médica de Alta de pacientes hospitalizados verifica saldo, recibe familiar del paciente, informa del abandono, solicita efectué tramite de egreso, y acuda al área médica de hospital, para recibir informe médico y tramite a seguir. Elabora Formato INPDSCTS06-07 Volante de salida.	INPDSCTS-06-07
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**10**	Tramita el envío de la notificación ministerial con la Coordinación Administrativa de la Dirección de Servicios Clínicos.	
Dirección de Servicios Clínicos (Coordinación Administrativa)	**11**	Entrega la notificación ministerial a la Agencia del Ministerio Público, remite copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y Asesor Jurídico.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Hospital)	**12**	Recibe del familiar del paciente el Formato INPDSCTS-06-07 Volante de salida, entrega medicamentos mediante Formato INPDSCEN-07-02 Control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes, si no se encuentra el familiar entrega al Área de Trabajo Social.	
	13	Efectúa baja del sistema hospitalario “Health Centre”.	
	14	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-04 Registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería y en Formato INPDSCEN-07-03 Reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEN-07-03
	15	Recopila registros de enfermería del archivo denominado concentrado registros clínicos de enfermería, entrega a Jefa de Servicio.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Jefe de Servicio de Enfermería de Hospital)	**16**	Verifica que no falte ningún registro y entrega a la Subdirección de Hospitalización en el formato recepción y entrega del expediente de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**17**	Incorpora formatos en expediente clínico del paciente y devuelve al Área de Archivo Clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**18**	Recibe expediente, revisa y ordena.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

E) EGRESO POR DEFUNCION (POR CONDICIÓN MÉDICA O CAUSA NATURAL)

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**1**	Determina defunción y tipo de la misma notifica al Área de Enfermería y al Departamento de Trabajo Social, para localización de familiar responsable en caso de que no se encuentre presente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería en Hospitalización)	**2**	Recibe notificación de egreso por defunción efectúa aislamiento de cadáver, y toma de electrocardiograma.	
	3	Efectúa procedimiento de amortajamiento (anota datos de identificación en etiqueta grande se pega en el tórax del paciente interna y externamente).	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social o Área Médica de Hospital)	**4**	Localiza y recibe al familiar responsable, orienta acuda al Área Médica, para recibir informes.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**5**	Recibe al familiar notifica tipo de deceso y detalles. Solicita al familiar identifique el cadáver del paciente. Recibe informe verbal del familiar de identificación del cadáver. Orienta sobre dónde debe acudir por el formato de certificado médico, entrega receta con los datos del paciente e identificación oficial original del médico, e indica regrese para llenado de certificado de defunción.	
	6	Recibe familiar con formato de certificado de defunción, requisita certificado de defunción y entrega al familiar del paciente, e indica pase al área de enfermería y de trabajo social para seguimiento. Solicita al familiar contrate el servicio funerario.	
	7	Elabora formato de autorización médica de egreso por defunción y entrega al área de enfermería, trabajo social y a caja para el seguimiento administrativo. Elabora Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que conste egreso por defunción e integra al expediente clínico. Elabora Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por defunción e integra al expediente clínico.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03.2
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**8**	Recibe formato Autorización médica de egreso por defunción, verifica saldo recibe familiar del paciente, solicita efectué tramite de egreso. Reitera al familiar contrate el servicio funerario.	
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**9**	Recibe pago o elabora pagaré, entrega al usuario comprobante de pago o en su caso pagaré y orienta acuda al Área de Trabajo Social.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**10**	Verifica comprobante de pago o firma de pagaré. Procede: Si: Continua actividad siguiente No. Regresa a la actividad 7.	
	11	Autoriza el egreso administrativo, elabora formato de volante de salida y entrega al familiar responsable e indica pase al área de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería en Hospitalización)	**12**	Recibe formato de autorización médica de egreso por defunción, volante de salida, entrega al familiar medicamentos en Formato INPDSCEN-07-02 Control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes, y orienta al familiar el trámite a seguir.	
	13	Efectúa las anotaciones describiendo el evento en el Formato INPDSCEC-07-04 Registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería y en Formato INPDSCEN-07-03 Reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEN-07-03
	14	Recopila registros de enfermería del archivo denominado concentrado de registros clínicos de enfermería, verifica que no falte ninguno, integra Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de cadáver al familiar responsable a la llegada del servicio funerario. Entrega concentrado de registros clínicos de enfermería a la Jefa de Servicio y/o responsable del turno.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Jefe de Servicio de Enfermería de Hospital)	**15**	Revisa los registros de enfermería y entrega a la Subdirección de Hospital en el formato recepción y entrega de expediente de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**16**	Entrega documentación de trabajo social a la Subdirección de Hospitalización para integrar en expediente clínico del paciente.	
Subdirección de Hospitalización	**17**	Recibe concentrado de registros clínicos de enfermería y trabajo social, entrega al área de archivo clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**18**	Recibe expediente, integra documentos y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

F) EGRESO POR DEFUNCION (POR SUICIDIO)

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Hospital)	**1**	Notifica del suceso al médico responsable y a la jefa del servicio y/o responsable del servicio.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**2**	Acude al lugar del evento, determina y documenta la defunción por el suicidio del paciente e instruye al Área de Enfermería el seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de Hospital)	**3**	Realiza aislamiento del cadáver, cierra y sella el área ante el evento de suicidio consumado, hasta la presencia del Ministerio Público.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**4**	Notifica la defunción por el suicidio del paciente al Departamento de Trabajo Social, y solicita en caso de que no se encuentre presente el familiar solicita se localice.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**5**	Localiza al familiar responsable y solicita se presente en el área médica de manera inmediata en caso de no encontrarse en la Institución.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**6**	Recibe al familiar (en caso de que no haya estado presente), e informa y detalla la defunción por suicidio del paciente. Informa al familiar que el caso es médico legal y solicita espere indicaciones del Ministerio Público. Elabora Formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial y entrega al área de trabajo social para su seguimiento.	INPDSCEC-21
	7	Elabora formato de autorización médica de egreso por defunción por suicidio y entrega al área de enfermería, trabajo social y a caja para el seguimiento administrativo. Elabora Formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que conste egreso por defunción por suicidio e integra al expediente clínico. Elabora Formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por defunción por suicidio e integra al expediente clínico.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03.2
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**8**	Recibe formato de Notificación Ministerial INPDSCEC-21 y turna a la Coordinación Administrativa de la Dirección de Servicios Clínicos. Recibe Formato INPDSCSH-025 Autorización médica de egreso por defunción por suicidio.	INPDSCEC-21
Dirección de Servicios Clínicos (Coordinación Administrativa)	**9**	Recibe notificación ministerial y entrega a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, remite copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y al Asesor	

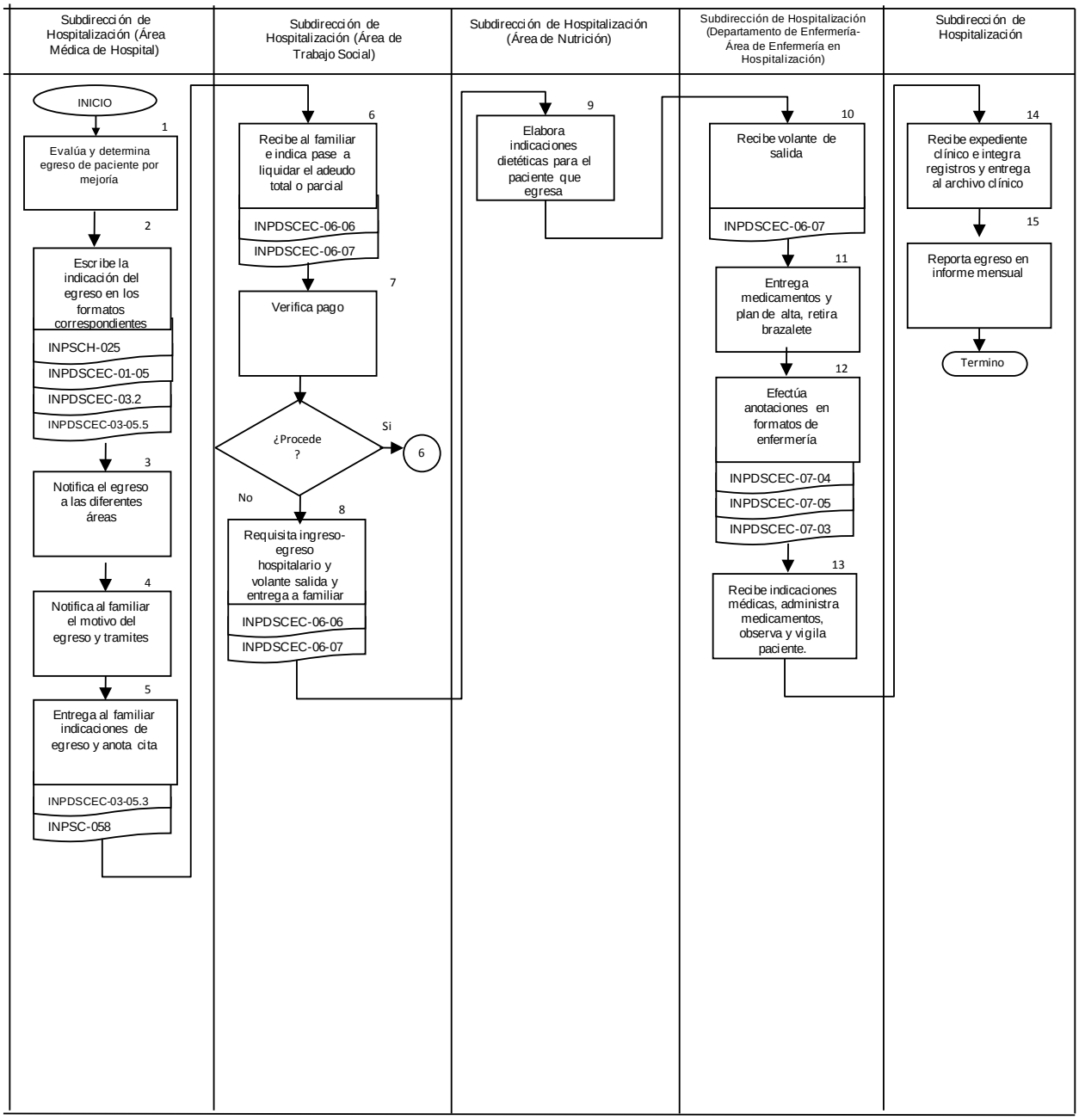
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		Jurídico del Instituto para su conocimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**10**	Recibe copia de notificación ministerial y archiva en Jefatura de Trabajo Social y expediente clínico.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**11**	Recibe al Ministerio Público, le muestra el área donde se encuentra el cadáver y proporciona la información solicitada para el seguimiento correspondiente.	
	12	Solicita al familiar responsable pase a identificar el cadáver, recibe informe verbal del familiar responsable de identificación del cadáver.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**13**	Verifica saldo del paciente en el sistema, solicita al familiar responsable efectué tramite de egreso e indica pase a pagar a la caja o firma de pagaré.	
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**14**	Recibe pago o elabora pagaré, entrega al usuario comprobante de pago o en su caso pagaré y orienta acuda al Área de Trabajo Social.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**15**	Verifica comprobante de pago o firma de pagaré. Procede: Si: Continua actividad siguiente No. Regresa a la actividad 13.	
	16	Autoriza el egreso administrativo, elabora Formato INPDSCTS-06-07 Volante de salida y entrega al familiar responsable e indica pase al área de enfermería.	INPDSCTS-06-07
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de Hospital)	**17**	Entrega cadáver al ministerio público, requisita formato INPDSCEC-07-06.	INPDSCEC-07-06
	18	Recibe formato de autorización médica de egreso por defunción por suicidio, volante de salida y entrega al familiar medicamentos en el formato control de medicamentos ingreso y egreso de pacientes y orienta al familiar el trámite a seguir.	
	19	Efectúa baja del sistema hospitalario, efectúa las anotaciones Formato INPDSCEC-07-04 Registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería y en el reporte diario de actividades del área de tratamiento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05
	20	Retira las hojas de registros de enfermería del archivo denominado concentrado de registros clínicos de enfermería, anexa hoja de entrega de cadáver INPDSCEC-07-06 y entrega a la Jefa de Servicio.	INPDSCEC-07-06
Subdirección de Hospitalización (Departamento de	**21**	Efectúa revisión de los registros clínicos de enfermería y entrega a la subdirección de hospitalización en el formato recepción y entrega del expediente de	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Enfermería Jefa de Servicio de Enfermería)		enfermería.	
Subdirección de Hospitalización	**22**	Recibe registros clínicos de enfermería y de trabajo social y se encarga de entregar al archivo clínico.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

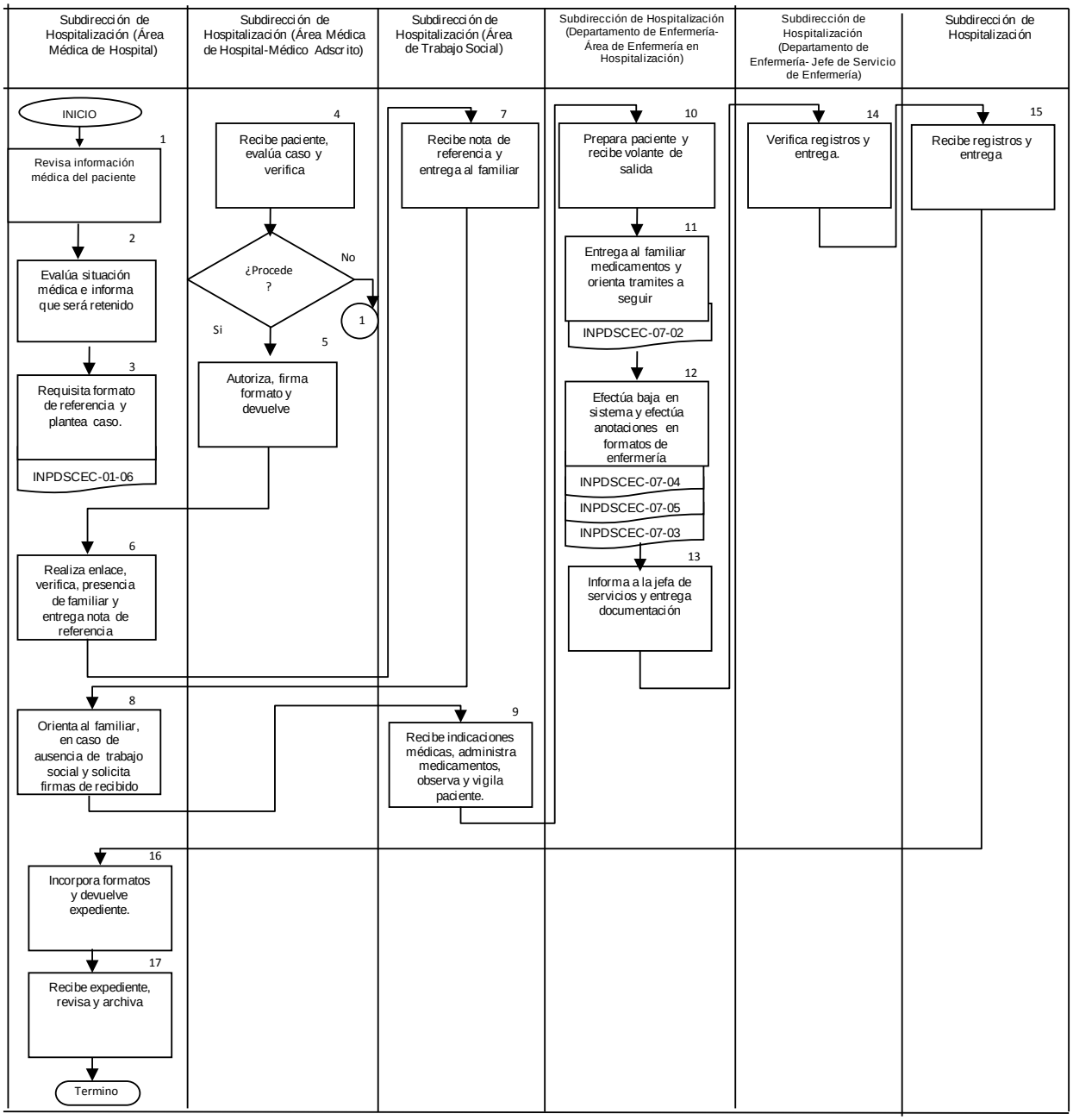
4. DIAGRAMA DE FLUJO

PROCEDIMIENTO EGRESO POR MEJORÍA EN HOSPITAL



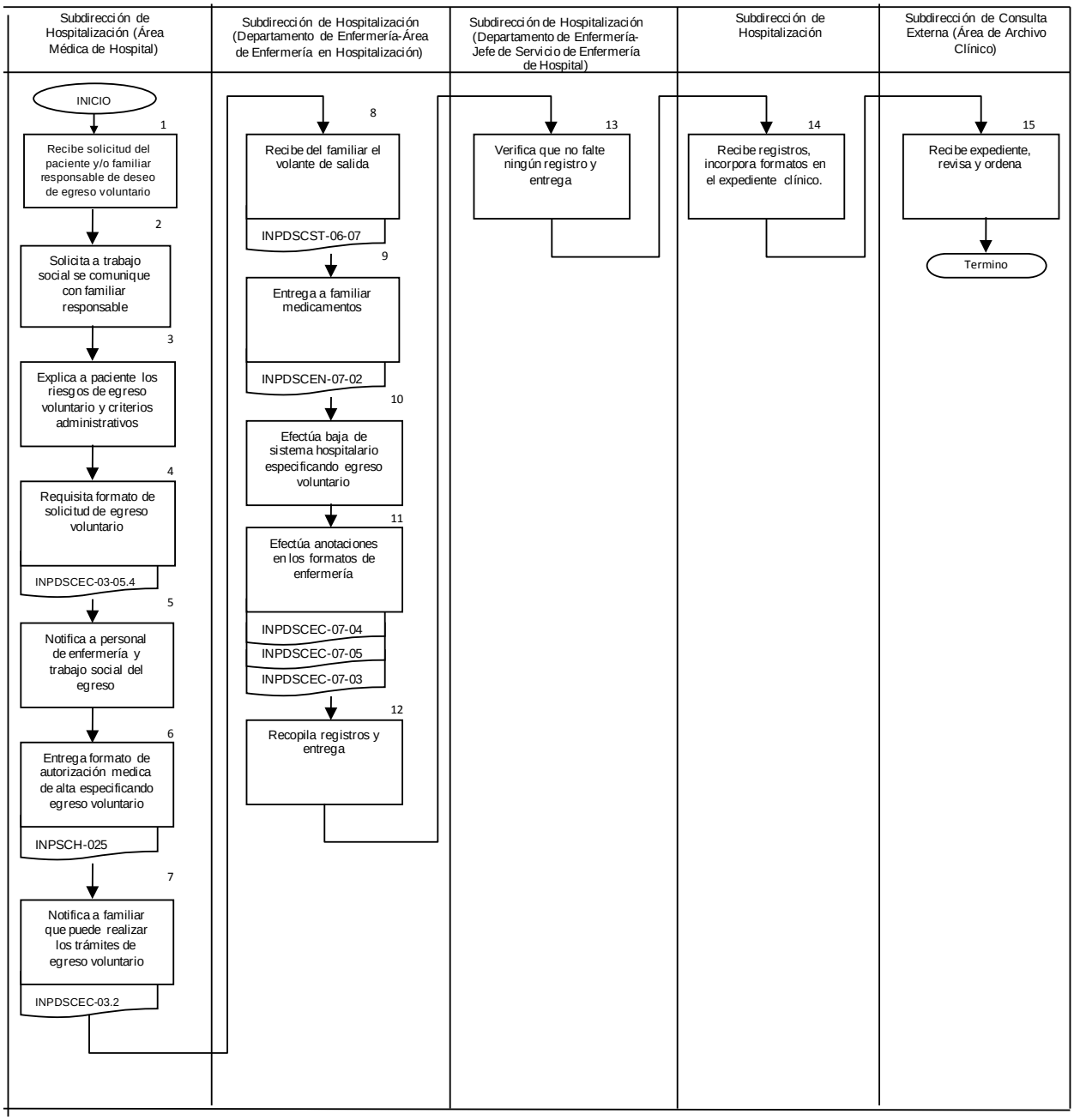
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR REFERENCIA O TRASLADO



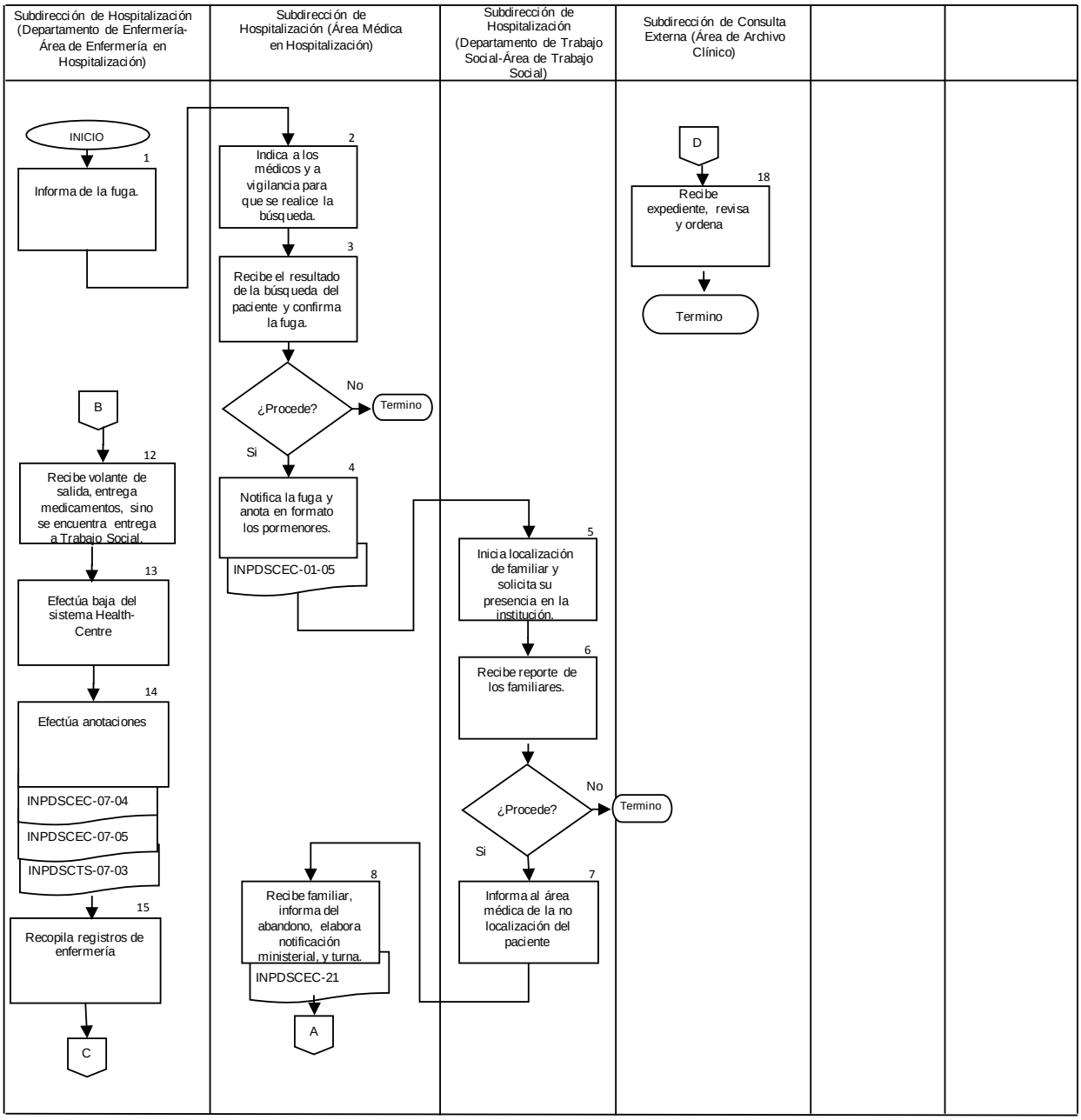
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO VOLUNTARIO



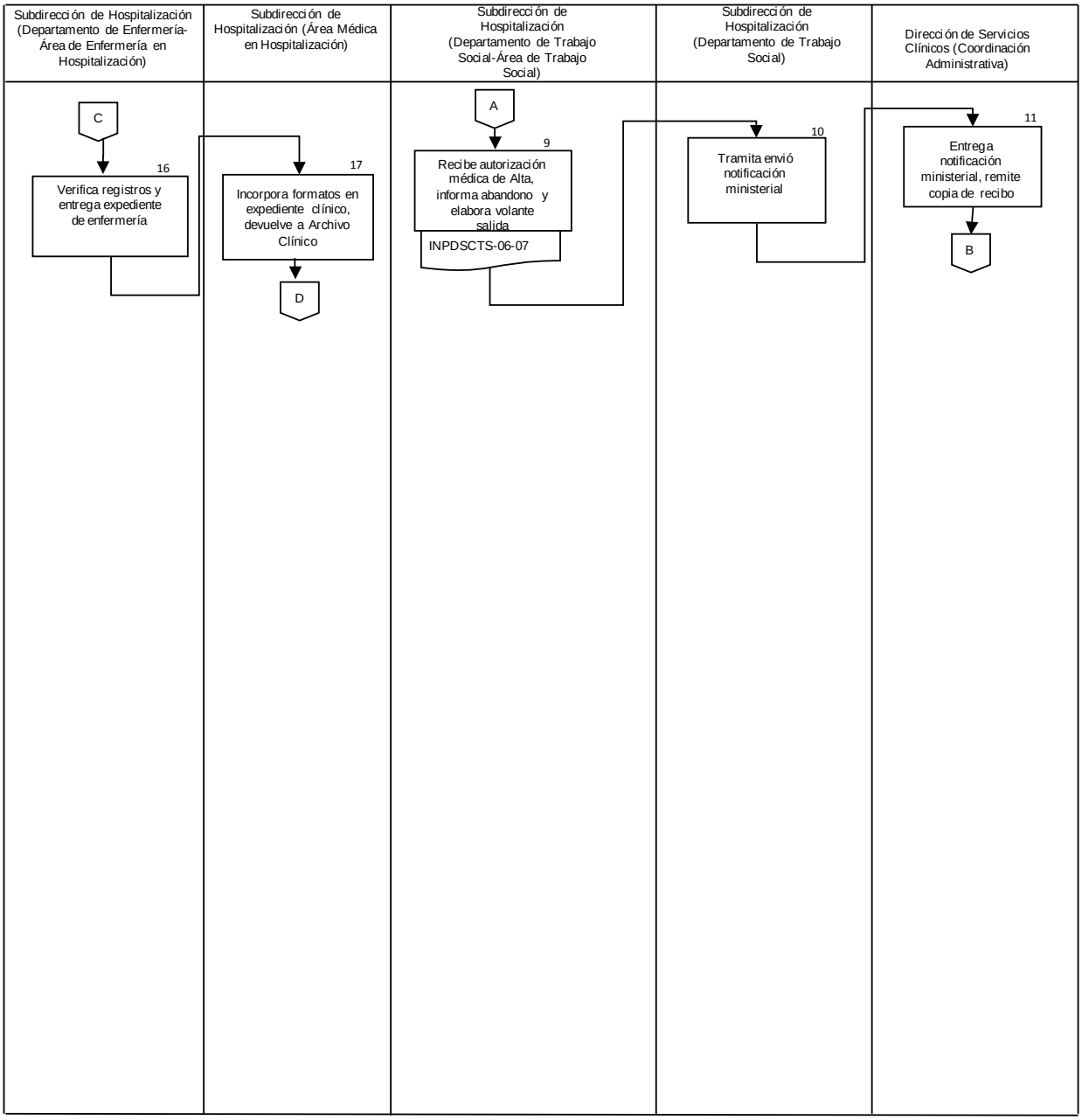
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR ABANDONO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

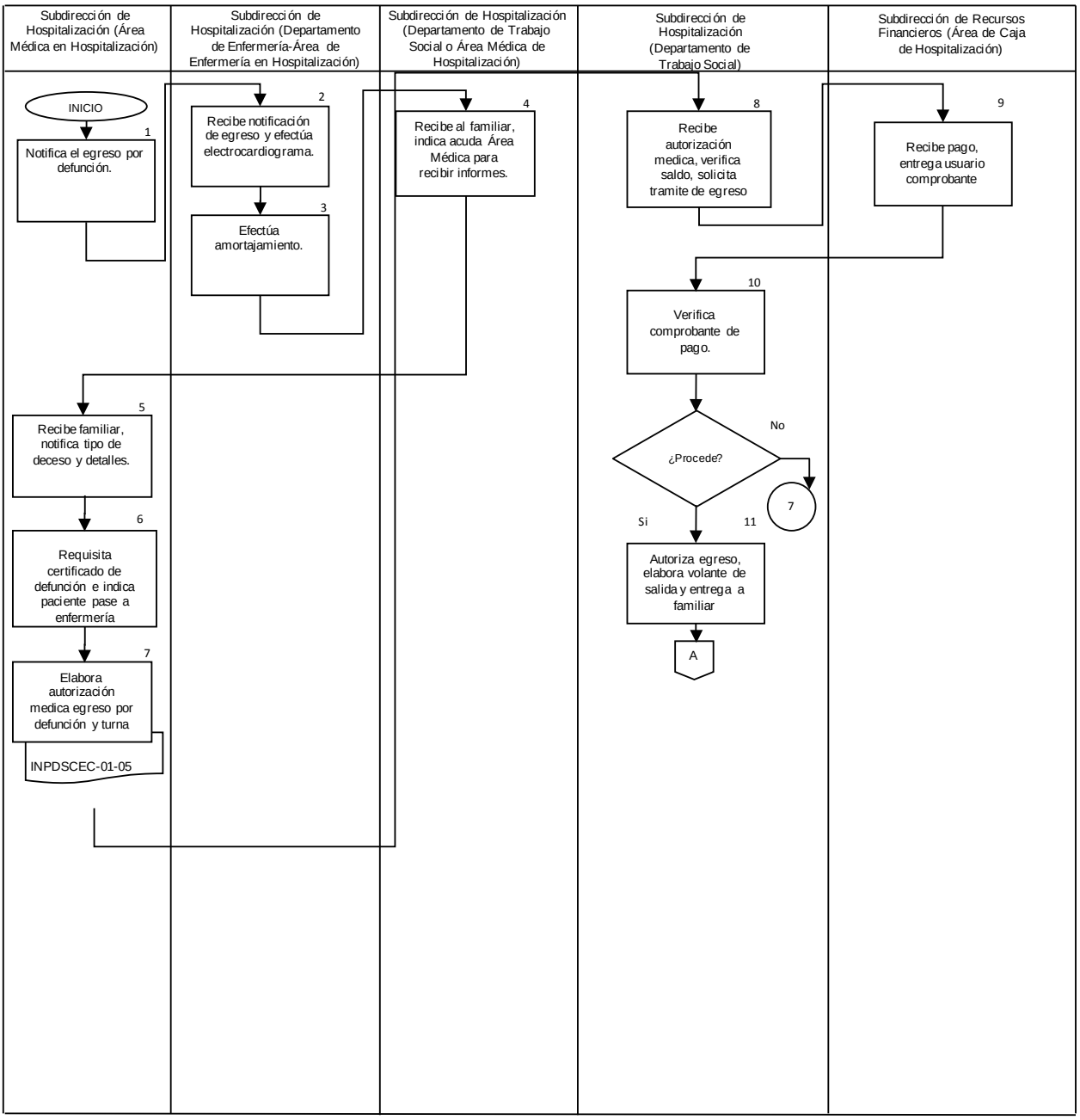
EGRESO POR ABANDONO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA



Nota: Para mayor claridad de este procedimiento, se acordó que las Áreas Responsables, serán ubicadas en el diagrama de flujo siguiendo la secuencia en que se mencionen en el procedimiento.

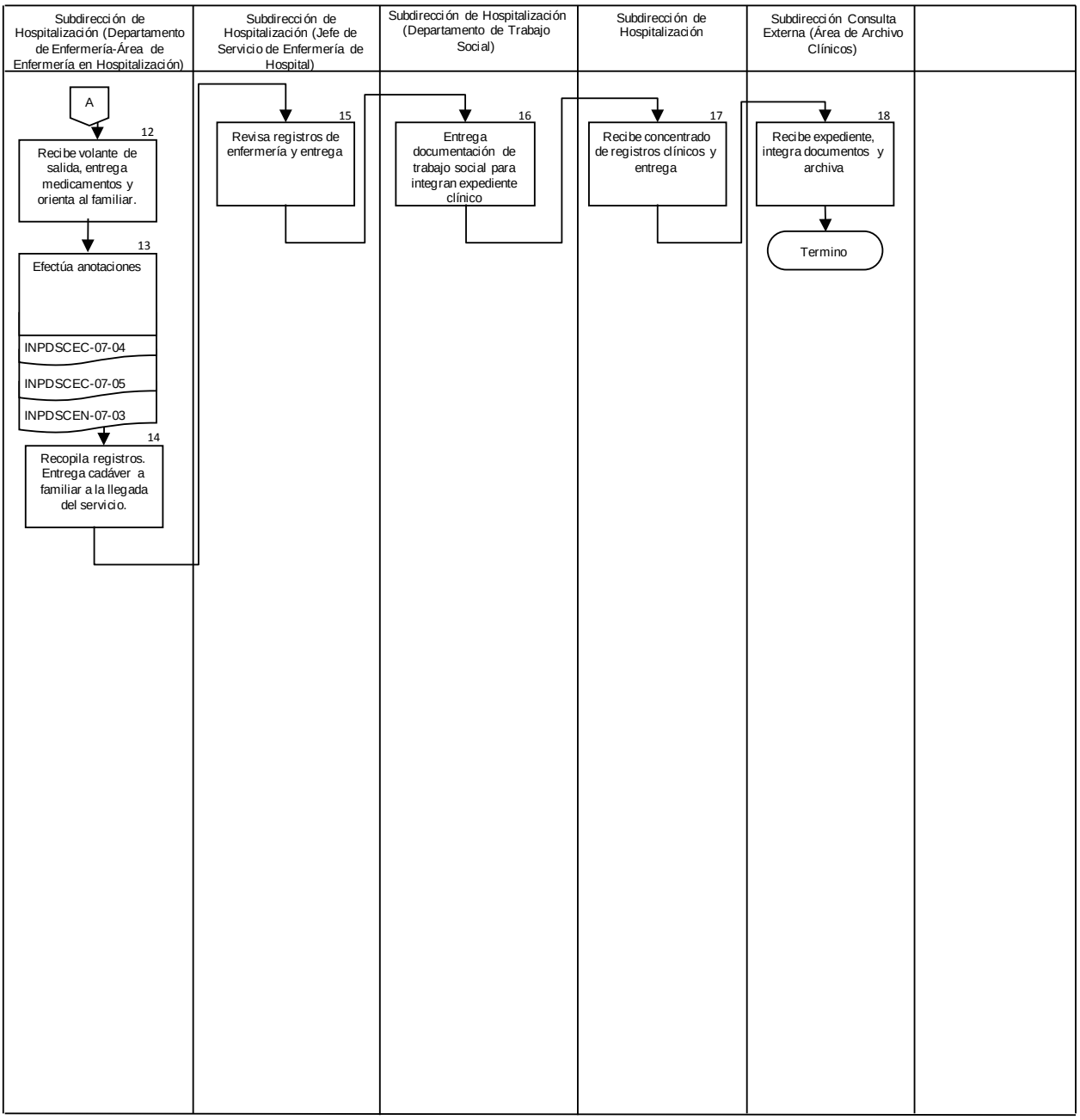
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR DEFUNCIÓN EN HOSPITAL.
A) CONDICION MEDICA O CAUSA NATURAL



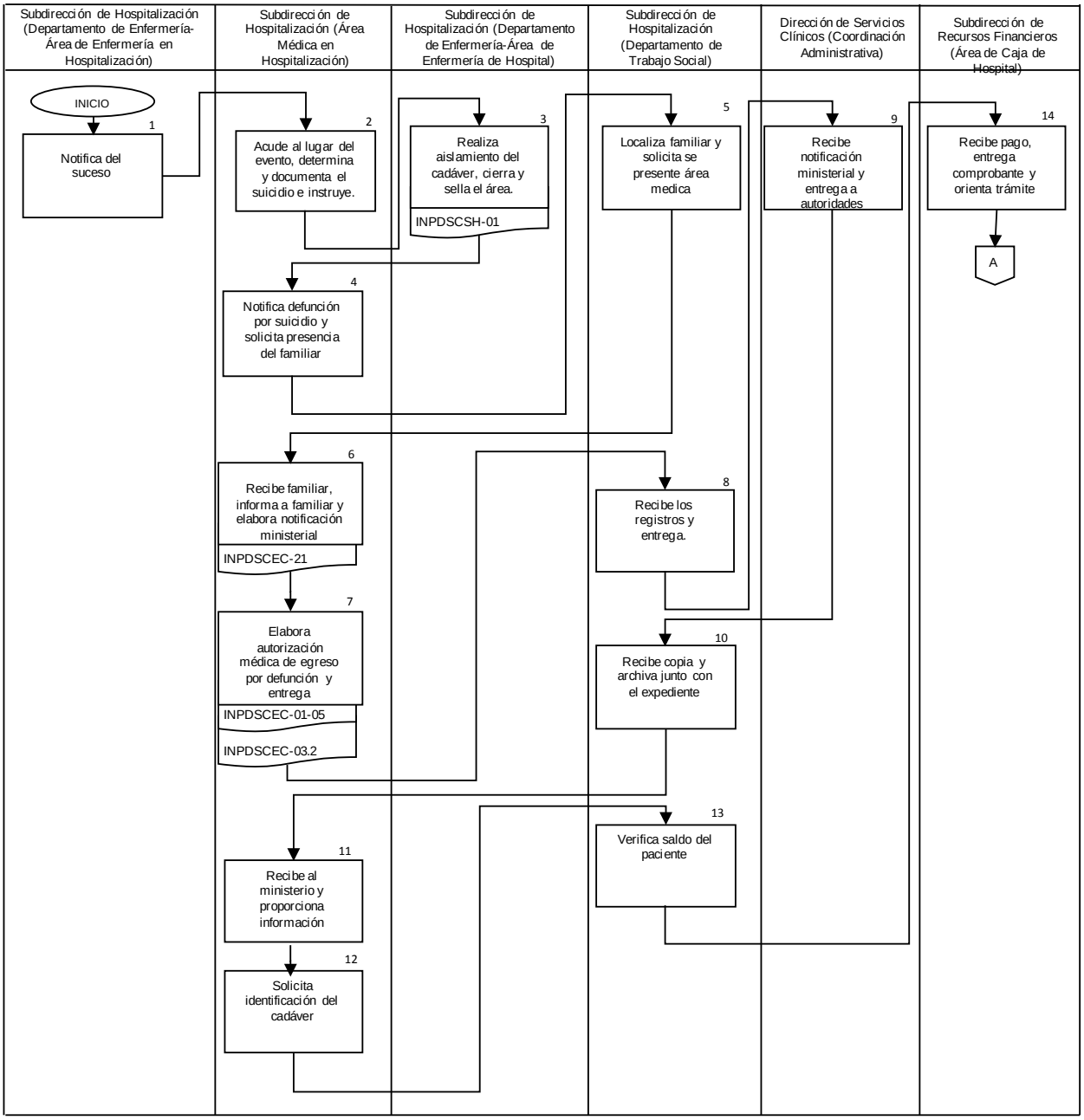
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR DEFUNCIÓN EN HOSPITAL.
A) CONDICION MEDICA O CAUSA NATURAL



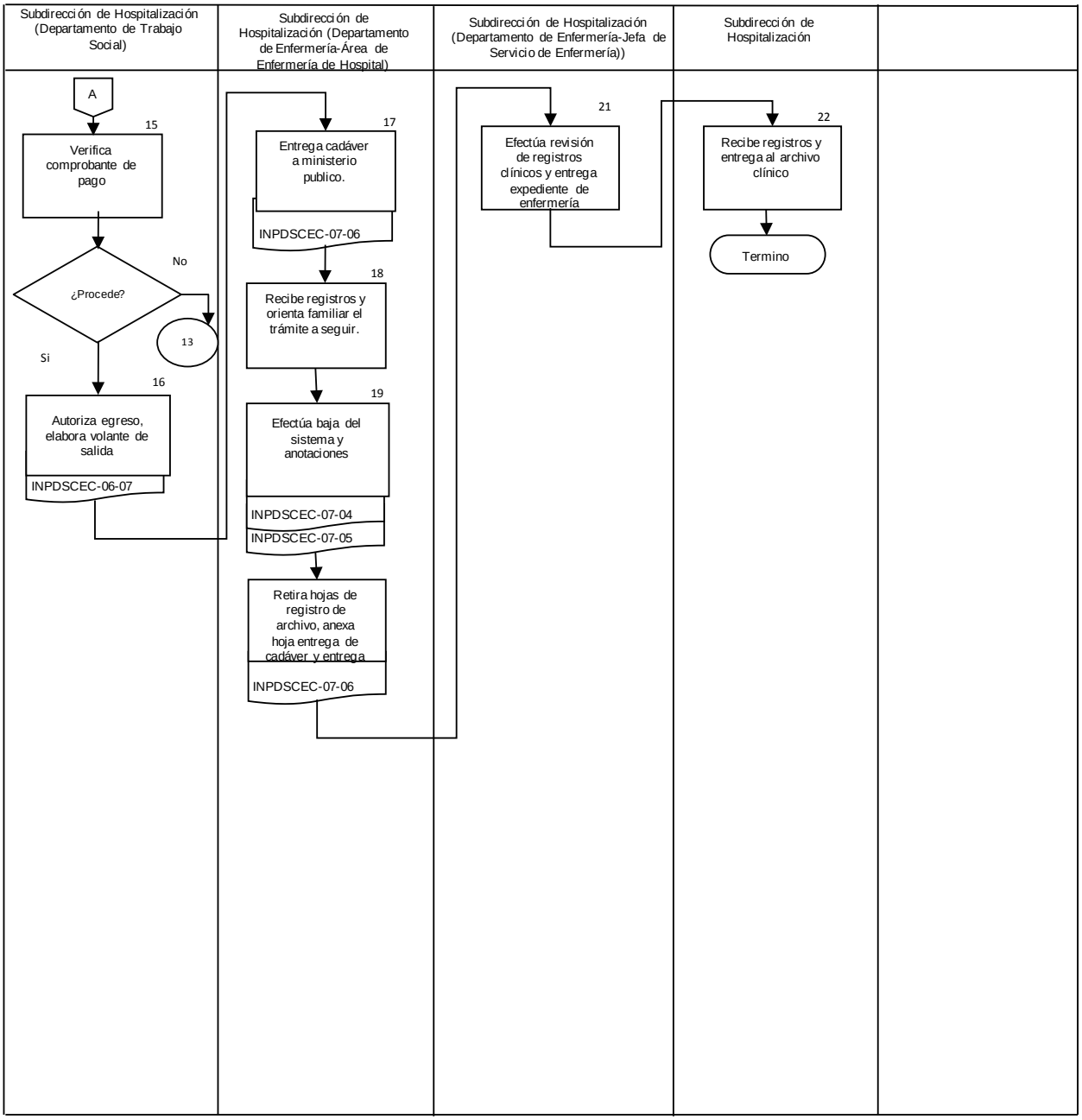
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR DEFUNCIÓN EN HOSPITAL.
B) DEFUNCION POR SUICIDIO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

EGRESO POR DEFUNCIÓN EN HOSPITAL.
B) DEFUNCION POR SUICIDIO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

6. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

7. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Egreso hospitalario** al acto del paciente que abandona la estancia hospitalaria por los siguientes motivos: Mejoría, fin de estudios, referencia o traslado, abandono (fuga), defunción, permiso terapéutico.

8.2 **Egreso por Mejoría:** El paciente egresa por mejoría cuando los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital autorizan el egreso del paciente hospitalizados de acuerdo al cuadro clínico y a la evolución favorable que ha tenido el paciente. Los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital determinan que el paciente está en condiciones de egresar por mejoría

8.3 **Egreso por Referencia o (Traslado):** Los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital determinen si algún paciente cursa con una condición médica que requiere manejo en otra Institución y si procede el egreso por traslado. De acuerdo al cuadro clínico y a la evolución los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital determinan que el paciente requiere el traslado a otra unidad médica.

8.4 **Egreso Voluntario**: Es un derecho del paciente decidir si desea o no permanecer hospitalizado. Si el paciente y/o el familiar responsable solicitan el egreso voluntario se procede al mismo. De acuerdo al cuadro clínico y a la evolución los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital determinan que el paciente NO está en condiciones de egresar por mejoría, por ello se especifica que es un egreso voluntario.

8.5 **Egreso por Abandono del Servicio de Hospital sin autorización médica:** Se procede al egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica cuando el paciente haya permanecido más de 24 horas fuera de la Institución o cuando el paciente haya sido localizado por sus familiares y no esté de acuerdo en regresar a la institución. De acuerdo al cuadro clínico y a la evolución los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital determinan que el paciente NO está en condiciones de egresar por mejoría, por ello se especifica que es un egreso por abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

8.6 Egreso por Defunción:

a) Por condición médica o causa natural: El personal médico de la Subdirección de Hospital determina clínicamente la defunción del paciente por causa natural y procede al egreso por defunción por causa natural.

b) Por suicidio: El personal médico de la Subdirección de Hospital determina clínicamente la defunción del paciente por suicidio, notifica al ministerio público y procede al egreso por defunción por suicidio

8.7 **Trámite funerario**. El personal médico y/o el personal de trabajo social instruyen al paciente a acudir a la oficina de trámites funerarios para realizar trámite para obtener certificado de defunción.

8.8 **Servicio funerario**. El personal de trabajo social y/o el personal médico solicitan al paciente contrate el servicio funerario correspondiente.

8.9 **Notificación ministerial.** El personal médico requisita notificación ministerial. La institución envía notificación ministerial al ministerio público dando aviso de defunción de un paciente por suicidio y espera trámite administrativo.

8. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

9. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.9 Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia/Contrarreferencia.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia/ Contrarreferencia.
10.5 Formato INPDSCEC-03.02 Nota de Egreso.
10.29 Formato INPDSCEC-03-05.3Indicaciones de Egreso Hospitalario.
10.30 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.3Indicaciones de Egreso Hospitalario
10.31 Formato INPDSCEC-03-05.4 Solicitud de Egreso Voluntario.
10.32 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.4 Solicitud de Egreso Voluntario.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.02 Nota de Egreso.
10.7 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas
10.23 Formato INPDSCEC-06-06 Nota de insolvencia económica.
10.24 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-06-06 Nota de insolvencia económica.
10.25 Formato INPDSCEC-06-07.- Solicitud de carta compromiso.
10.26 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-06-07.- Solicitud de carta compromiso.
10.11 Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04Registros Clínicos de Enfermería.
10.13 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.15 Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de Cadáver.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de Cadáver.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.17 Formato INPDSCEN-07-02.- Control de Medicamentos Ingreso y Egreso de Pacientes.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-02.- Control de Medicamentos Ingreso y Egreso de Pacientes.
10.19 Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-03.- Reporte Diario de Actividades del Área de Tratamiento.
10.21 Formato INPDSCTS-06-05.- Hoja de Ingreso-Egreso Hospitalario.
10.22 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCTS-06-05.- Hoja de Ingresos-Egreso Hospitalario.
10.27 Formato INPDSCTS-06-07 Volante de Salida.
10.28 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCTS-06-07 Volante de Salida.
10.33 Formato INPDSCEC-21.- Notificación Ministerial.
10.34 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-21.- Notificación Ministerial.
10.35 Formato INPDSCNU-08-13 Plan de Alimentación.
10.36 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCNU-08-13 Plan de Alimentación.
10.37 Formato INPSCH-025.- Autorización Médica de Alta de Pacientes Hospitalizados.
10.38 Instructivo de llenado.- Formato INPSCH-025.- Autorización Médica de Alta de Pacientes Hospitalizados.
10.39 Formato INPSC-058 Receta Médica.
10.40 Instructivo de llenado.- Formato INPSC-058.- Receta Médica.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINÚA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar atención de calidad de forma eficiente y oportuna a los usuarios del Servicio de Atención Psiquiátrica Continúa con el propósito de estabilizar su salud en materia de psiquiatría o en su caso proponer la hospitalización o referir a otra unidad para la atención de su padecimiento.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización, a la Subdirección de Consulta Externa y a la Subdirección de Recursos Financieros.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico acudan al servicio del Área de Atención Psiquiátrica Continúa del Instituto.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para la Atención Psiquiátrica Continua**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP. 1 Proceso identificación del paciente
- ✓ MISP. 2 Proceso para emisión de indicaciones verbales y telefónicas

II. Estándares Centrados en el paciente

<u>Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)</u>

- ✓ ACC.1.1 Proceso Aceptación de pacientes
- ✓ ACC.1.2 Proceso priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades de atención inmediatas
- ✓ ACC. 2 Proceso Mecanismo estructurado de comunicación
  c) Enlace para la continuidad de la atención

<u>Derecho del Paciente y su Familia (PFR)</u>

- ✓ PFR.1.4 Proceso proteger a pacientes de agresiones físicas.
- ✓ PRF.1.5 Prcoeso brindar protección adicional a los pacientes vulnerables
- ✓ PFR. 6 Proceso para obtener un consentimiento informado

<u>Atención de Pacientes (COP)</u>

- ✓ COP.4 Proceso para emitir una indicación

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

<u>Manejo y udo de los medicamentos MMU</u>

- ✓ MMU. 6 De la prescripción y transcripción de los medicamentos
- ✓ MMU. 7 De la distribución, dispensación y preparación de los medicamentos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Observar las recomendaciones determinadas por el Comité de Detección y control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN), las cuales son: **MISP. 5**
  a) Lavarse las manos antes atender al paciente.
  b) Verificar que el personal médico, de enfermería y de laboratorio se haya lavado las manos antes de explorar, hacer curaciones, manipular dispositivos, tomar muestras, y administrar medicamentos al paciente
  c) Verificar que el paciente se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.
  d) Verificar que el paciente no comparta sus alimentos con otros pacientes.
  e) Verificar que el paciente no preste sus objetos de uso personal a otros pacientes.
- Instruir al personal, médico adscrito, médico residente y de enfermería, conocer y aplicar las políticas y procedimientos descritos en el Plan de Medicación Institucional, a fin de garantizar la correcta y puntual administración de los medicamentos a los pacientes.
- Instruir al personal médico que las recetas elaboradas en el servicio de APC, únicamente son para pacientes que reciben consulta en dicho servicio, quedando estrictamente prohibido la expedición de estas sin que el paciente sea atendido.
- Verificar que en el Área de Atención Psiquiátrica Continua se proporcione atención los 365 días del año de las 8:00 a las 21:00 horas. **ACC.1.1**
- Instruir al personal de salud y personal administrativo que en días hábiles de lunes a viernes y en horario de 8:00 a 21:00 horas los pacientes que soliciten atención en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) se registren, preferentemente acompañados de un familiar responsable en la ventanilla de registro de pacientes. **ACC.1.1**
- Instruir al personal de salud y personal de vigilancia que en días no hábiles sábados, domingos y días festivos en horario de 8:00 a 21:00 horas, los pacientes que soliciten atención en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) se registren directamente en dicho servicio con el personal de enfermería o con el personal médico. **ACC.1.1**
- Instruir al personal médico a informar al paciente y al familiar el resultado de los estudios de laboratorio y/o gabinete solicitados. **ACC.1.3**
- Instruir a los médicos residentes para que determinen en estos casos, si la persona es susceptible de ser atendida en el Instituto y/o si debido a su gravedad y con el propósito de que ésta tenga la atención oportuna, elaborará el formato de INPDSCEC-01-06 Referencia y Contrarreferencia para que sea llevado a otra unidad de atención médica. **ACC. 4.1**
- Instruir al personal médico para que reciba del personal de enfermería el formato de consulta de Atención Psiquiátrica Continúa y registrar en el sistema de control hospitalario las consultas otorgadas en horario no hábil.
- Instruir al personal de vigilancia para que NO se permita la entrada al servicio de Atención Psiquiátrica Continua a: **PFR. 1.4**
  - Personas que acudan bajo efectos de drogas o intoxicación alcohólica.
  - Personas que porten armas.
  - Personas que asistan en contra de su voluntad.
  - Personas que presenten agitación y/o agresividad.
- Instruir a los médicos residentes para que atiendan el llamado del personal de vigilancia quien da aviso al personal médico cuando acuden personas sin carnet y/o no tienen expediente, personas que acuden solas, personas que acuden en estado de intoxicación, personas que acuden en condición médica delicada (inconscientes, ingesta de fármacos, obnubilados, cortes,

intento suicida de moderada a alta letalidad), personas que acuden y se muestran violentos físicamente. **PFR.1.4.**

- Instruir que si el paciente requiere de intérprete o traductor, en caso de que hable otro idioma, otra lengua, sea sordo ó mudo se informe a trabajo social, para que realice las gestiones correspondientes en apoyo al paciente, para garantizar la disponibilidad de intérprete o traductor de acuerdo al directorio elaborado por trabajo social, para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios. **PFR.1.5**
- Instruir al personal médico explique e Informe, al paciente y/o familiar en que consiste el consentimiento informado, en donde se precisan los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo y los riesgos implícitos en los mismos. Estableciéndose que el paciente y el familiar responsable quedan enterados y autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, como para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y paramédico, equipo o instalaciones del instituto, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física. **PFR. 6**
- Instruir al personal médico que cuando el consentimiento es otorgado por el familiar responsable se documenta en el expediente clínico del paciente, en el contexto de la normatividad vigente. **PFR.6**
- Instruir al personal médico del Servicio de APC que se debe tamizar y detectar este tipo de poblaciones (pacientes de alto riesgo o vunerables) con el propósito de canalizarlas a las clínicas de subespecialidades correspondientes para intensificar su atención, que contribuya al tratamiento y manejo adecuado del paciente.
- Instruir al personal médico del Servicio de APC identifique desde la evaluación inicial a los pacientes de quienes se sospecha una dependencia a las drogas y/o el alcohol, con el propósito de llevar a cabo evaluaciones iniciales mas exhaustivas que contribuyan al tratamiento y manejo adecuado del paciente, a fin de tamizar y detectar este tipo de pacientes para canalizar a las clínicas correspondientes para intensificar su atención. **AOP. 5**
- Instruir al personal médico que en los casos en que el paciente no esté en condiciones de aceptar voluntariamente la administración de un medicamento por vía oral o parenteral en el área de APC, indicar el personal médico el medicamento necesario si el familiar responsable debidamente identificado acepta y firma, autorizando la misma, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Instruir al área de registro de pacientes que entregue a todo paciente y/o usuario que asiste a la institución, el documento de protección de datos personales, donde se establece que la información que se genere con motivos de la prestación de los servicios del instituto, será protegida conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Publica Gubernamental, los Lineamientos para el manejo y protección de datos personales y demás normatividad aplicable en materia. **MCI. 2**
- Conocer y respetar los derechos a la información de los pacientes, con base en el cumplimiento a las políticas de confidencialidad y de protección de datos personales, establecidas en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás normatividad aplicable en materia. **MCI. 2**
- Instruir al personal médico calificado a elaborar e incorporar al expediente clínico el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua a todo paciente y/o usuario que acude al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, a través del formato Atención Psiquiátrica Continua que incluye los datos personales, la evaluación del TRIAGE, número de expediente, fecha y hora de inicio de la atención, ficha de identificación, examen físico, examen mental, el motivo de la consulta, los antecedentes (diagnostico y tratamientos previos), el padecimiento actual, la exploración física y neurológica, el diagnostico multiaxial, los resultados de los estudios en su caso, el tratamiento, la educación para la salud, el pronóstico, y a donde se refiere

(preconsulta, C.E. subsecuente, hospital, otra unidad), fecha y hora de fin de la atención, nombre completo, cédula profesional y firma del médico responsable y su especialidad y nombre completo y firma del paciente y del familiar responsable, dichos formatos deberán incorporarse en el expediente clínico del paciente. **MCI.16**

- Instruir al personal médico de entregar al término de la atención en APC toda la documentación que se genere durante la atención del paciente al Archivo Clínico. **MCI. 16**
- Instruir al personal médico para regresar al Archivo Clínico el expediente de todo paciente subsecuente al término de la atención, en días hábiles de lunes a viernes de 7:00 a 21:00 horas. **MCI. 16**
- Instruir al personal médico que si se trata de un paciente de primera vez sin número de expediente en el INPRFM, en dicho espacio se debe escribir “Sin registro S/R”.
- Instruir al personal de enfermería a llenar una nota de requisición por el medicamento correspondiente.
- Instruir al personal médico que indica el medicamento a elaborar receta del medicamento indicado, señalando si se dispensó media tableta, una tableta o más tabletas o si se aplicó una o más ampolletas. El médico debe entregar la receta al personal de enfermería. **MMU. 6**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que para cada medicamento dispensado a un paciente en APC debe existir una requisición elaborada por el servicio de enfermería y una receta elaborada por el médico quien prescribe la indicación. **MMU. 7**
- Instruir al personal de la Farmacia Intrahospitalaria a surtir al personal de enfermería de APC los medicamentos solicitados. **MMU. 7**
- Informar el personal de enfermería, en el caso de días y horas no hábiles al personal de vigilancia, para que acuda con el paciente a retirar los objetos de valor no permitidos y se resguarden los mismos.
- Instruir al personal médico para que registre el evento adverso en nota de evolución correspondiente en el expediente clínico del paciente, describiendo el mismo, los hallazgos de la exploración, resultados de estudios (si los hubiere) e indicaciones de manejo.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Adscrito será responsable de:

- Cumplir con los estándares establecidos para la atención de pacientes hospitalizados.
- Cumplir con la Ley General para el Control del Tabaco, quedando terminante prohibido fumar en todas las instalaciones del Instituto al personal de salud, los pacientes, familiares, cuidadores y visitantes.
- Conocer que la atención de los usuarios en el servicios de Atención Psiquiátrica Continua, se dará de acuerdo a los horarios siguientes:
  - En días hábiles de lunes a viernes en el turno matutino el médico psiquiatra adscrito al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa supervisará las consultas.
  - En la tarde y noche de lunes a viernes, fines de semana y días festivos, según el rol de guardias del mes, un médico psiquiatra adscrito que estará disponible vía telefónica, para que en caso de cualquier duda médica, psiquiátrica o administrativa, el residente de cuarto año jefe de guardia se comunique con él y según el caso el médico psiquiatra adscrito proporcione las indicaciones telefónicas necesarias a fin de resolver la emergencia correspondiente.
- Supervisar que el área de APC, cuente con acrílicos alusivos a los derechos de los pacientes, al reglamento de hospital, así como los mecanismos para efectuar quejas y sugerencias. **PFR.5**

- Dar a conocer que la información referente al Servicio de APC respecto a horario, triage, mecanismo de quejas y sugerencias, puede ser consultada por los pacientes y por el personal en la página web del Instituto y en el tríptico de APC.
- Considerar para su atención en el Área de Atención Psiquiátrica Continúa debido a la especialidad y a la infraestructura, los siguientes padecimientos, atendiendose de acuerdo a la guía clínica de Atención Psiquiátrica Continúa:
  a) Manejo del paciente con Ideación o Intento Suicida, dar contención psicoterapéutica y/o farmacológica, determinar si el paciente requiere o no hospitalización, si no se llenan los criterios administrativos otorgar Nota de Referencia. Si el paciente no requiere hospitalización enviar a Preconsulta si es paciente de primera vez o a Consulta Externa si es paciente subsecuente. Si el paciente realizó intento suicida y requiere manejo médico dar el formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrareferencia. Todo ello con el objetivo de prevenir el riesgo de autolesión y de intento suicida.
  b) Manejo del paciente con Delirium. Otorgar Nota de Referencia a hospital general solicitando la estabilización del paciente con indicación de contrarreferencia.
- Aplicar el sistema de referencia administrativa en días y horas no hábiles, a los usuarios que por la necesidad terapéutica de su padecimiento requieran de atención en otra unidad médica del Sector Salud, a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas. **ACC.4.1**
- Solicitar al Archivo Clínico, el expediente de todo paciente subsecuente, en días hábiles de lunes a viernes de 7:00 a 21:00 horas.
- Corroborar que el personal de enfermería a llene una nota de requisición por el medicamento correspondiente.
- Elaborar debidamente todas los formatos INPSC-058 Receta Médica otorgadas con: nombre completo del paciente, número de expediente, diagnóstico, nombre comercial y químico del medicamento, presentación, dosis, número de cajas prescritas, por cuánto tiempo va a tomar el paciente el medicamento, nombre completo del médico que elabora la receta, con cédula profesional y firma.
- Indicar al personal de enfermería solicite al servicio de comedor agua y alimentos para el paciente, de acuerdo al tiempo que éste permanezca en el Servicio de APC.
- Conocer que de lunes a viernes de 8:00 a 14 horas el médico adscrito al servicio de APC supervisa las indicaciones médicas de los médicos residentes de tercer año y de primer año que rotan por el servicio. De 14:30 a 8:00 horas del día siguiente, sábados, domingos y días festivos el residente de cuarto año Jefe de Guardia es quien las supervisa.
- Informar a los pacientes de primera vez que acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (no calificada) en horas y días no hábiles, que deberá presentarse en el día hábil inmediato siguiente a realizar los trámites correspondientes para su registro y recibir atención de preconsulta.
- Registrar todas las consultas otorgadas en la Libreta de Atención Psiquiátrica Continua.
- Corroborar que todas las consultas otorgadas fueron anotadas en la Libreta de APC y hacer entrega al Archivo Clínico de todos los formatos INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua, de los pacientes atendidos en el Servicio de APC el siguiente día hábil en horario de 8:00 a 21:00 horas.
- Contar con capacitación para el manejo de extintores.
- Difundir al personal salud de la Institución:
  - Programa de Hospital Seguro que realice simulacros periódicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Centro de Operaciones en Caso de Desastre (COE), que cuenta para mantener comunicación con autoridades de la Secretaría de Salud con teléfono con línea directa y con computadora con conexión a internet.
- Plan Nacional de preparación para la respuesta ante desastre o contingencia sanitaria. El plan incluye el "blindaje" de la Dirección de Servicios Clínicos en caso de contingencia sanitaria.
- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Comité de Control y Detección de Infecciones Nosocomiales (CODECIN).
- Subcomité de atención en caso de desastre que realice simulacros periódicos.
- Subcomité de Seguridad del Paciente.
- Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI).
- Manual de seguridad de los trabajadores.
- Manual de procedimientos de emergencia de protección civil.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Personal Médico Residente será responsable de:

- Conocer los criterios para la Aceptación de Pacientes en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua. **Ver proceso ACC.1.1**
  - Se proporciona los 365 días del año en horario de 8:00 a 21:00 horas.
  - Tener 13 años cumplidos.
  - Presentarse voluntariamente a solicitar atención psiquiátrica.
  - Registrarse, acompañado de familiar o tutor responsable.
  - El caso de usuarios y/o pacientes mayores de edad, deberán presentarse preferentemente acompañados de un familiar responsable.
  - En caso de ser menor de edad (13 a 17 años) debe estar acompañado de un adulto (18 o más años) que porte identificación oficial, pueden ser los padres, hermanos, familiares de segundo grado o conocidos del paciente quienes deberán acompañar al menor de edad durante todo el tiempo que éste permanezca en el servicio de APC.
  - Presentar carnet si es paciente de la Institución.
  - Para pacientes de primera vez presentar identificación oficial.
  - El servicio de APC atiende a pacientes con trastorno psiquiátrico que requiere intervención psiquiátrica oportuna en los casos que ameriten atención inmediata.
  - Determinar el personal médico que el paciente es portador de un primer brote o una exacerbación aguda de un trastorno psiquiátrico, susceptible de ser atendido y controlado en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continúa en un tiempo promedio de 30 a 120 minutos.
  - Determinar el personal médico mediante la aplicación de Triage Psiquiátrico si la necesidad de atención del usuario corresponde a un Trastorno Psiquiátrico de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 en el capítulo F Trastornos Mentales y del Comportamiento.
  - Los usuarios/as con trastornos psiquiátricos de moderados a severos que a juicio del personal médico tratante en el servicio de preconsulta y consulta subsecuente requieran atención en el área de APC se recibirán para darles la atención que corresponda.
  - Es requisito indispensable que el médico tratante de preconsulta o consulta externa:
    a) Elabore nota de preconsulta, nota de evolución subsecuente o historia clínica en expediente clínico especificando las razones por las que el paciente requiere atención en APC.
    b) Explique al paciente y familiar las mismas
    c) Requisite formato de enlace para la continuidad de la atención

- Aplicar el triage psiquiátrico a todos los usuarios y/o pacientes que acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC), para clasificar la condición en que se encuentra el paciente, evaluar su cuadro clínico y determinar el tipo urgencia médica, a fin de iniciar la atención y el tratamiento correspondiente, en un periodo de tiempo no mayor a 15 minutos a partir de la llegada del usuario. **Ver proceso ACC.1.2**
- El triage psiquiátrico está basado en un código de colores para identificar de mayor a menor la severidad del cuadro clínico. Los tres primeros colores tienen prioridad en la atención por tratarse de cuadros clínicos severos. **Ver proceso ACC.1.2**
  a) Los pacientes calificados con color marrón y rojo deberán atenderse de manera inmediata:
  - Los pacientes clasificados como **marrón** corresponden a urgencias médicas que requieren manejo de soporte básico vital, paciente inconsciente y paciente confuso con ABC inestable, pacientes con condiciones médicas complicadas y graves; deberán atenderse de manera inmediata; una vez estabilizados deberán ser referidos a otra unidad de salud.
  - Los pacientes clasificados con color **rojo** corresponden a urgencias psiquiátricas con riesgo alto: pacientes con intoxicación o abstinencia por sustancias que deberán atenderse de manera inmediata; una vez estabilizados deberán ser referidos a otra unidad de salud. Y pacientes con agitación y/o agresividad heterodirigida, quienes pueden requerir aplicación de medicamento en forma voluntaria o involuntaria y/o restricción física.

  b) Los pacientes con color **amarillo** corresponden a: pacientes con gesto, ideación o intento suicida, pacientes con agitación no agresiva, quienes pueden atenderse dentro de los quince a treinta minutos posteriores a la aplicación del triage y el manejo que requieren es estabilización.
  c) Los pacientes con color **verde** corresponden a urgencias psiquiátricas con riesgo mínimo, pacientes con efectos secundarios motores, pacientes con hostilidad y negativismo, quienes podrán atenderse de treinta a sesenta minutos posteriores a la aplicación del triage y el manejo que requieren es contención.
  d) Los pacientes con color **blanco** corresponden a pacientes con urgencia "subjetiva" (pacientes con síntomas primordialmente físicos o primordialmente emocionales) y urgencia "sentida" (motivos personales, administrativos, o de horario) con riesgo nulo, quienes podrán atenderse de sesenta o más minutos posteriores a la aplicación del triage.
- Elaborar, el Formato Enlace para Continuidad de la Atención, cuando determine que el paciente debe ser trasladado para la continuidad de su atención a otro servicio dentro de las Instalaciones del INPRFM: **Ver proceso ACC.2**
  a. De Preconsulta a APC
  b. De Consulta Externa a APC
  c. De APC a Hospital
  d. De Hospital a un servicio auxiliar del diagnóstico
  e. De Hospital a TEC,

  El Formato Enlace para Continuidad de la Atención, cuenta los siguientes apartados:
  a) Datos de generales del paciente (Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, área de tratamiento, cama, fecha de ingreso, No de expediente y médico tratante)
  b) Condición que guarda el paciente (Condición del paciente; diagnostico, alergias, riegos y vulnerabilidad, estudios y tratamientos).
  c) Situación actual (Signos vitales, estado mental, estado físico, recomendaciones y actividades pendientes, antecedentes y enfermedades que circunscribe).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

d) Comunicación al enlace (Persona que entrega, personal que recibe, fecha y hora y personal del enlace)

- Proporcionan contención verbal al paciente o usuario en estado de agitación o agresividad, para que sea trasladado o atendido en el área de APC. **Ver proceso PFR.1.4**
- Dejar registrado, en el Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, para el servicio de APC en el Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua, que se trata de un paciente vulnerable (menores de edad, mayores de 60 años y/o con discapacidad física o mental, etc.) con la finalidad de que se determinen las necesidades, el servicio y el tipo de atención a otorgar al paciente; anexando los formatos en el expediente clínico. **Ver proceso PFR.1.5**
- Deberá recabar la firma del familiar responsable, en el Formato Consentimiento Informado correspondiente: **Ver proceso PFR.6**
  - En caso de que el paciente sea menor de edad.
  - En caso de que el paciente no esté en condiciones de firmar en forma voluntaria el consentimiento informado, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
  - En caso de que el paciente acuda solo y requiera intervención involuntaria y no sea posible obtener la autorización del paciente por incapacidad. Sí el caso lo amerita, utilizar la aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física, y firmando como testigos en el Consentimiento Informado, el personal de salud que intervenga conforme a lo dispuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y anexándolo al expediente clínico.
- Proporcionar el personal de salud calificado a los usuarios y/o pacientes de la institución, la atención uniforme y de calidad donde el acceso y la idoneidad de la atención y el tratamiento no dependan de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, dentro de los horarios establecidos por la institución, con niveles comparables a todos los pacientes a fin de cubrir de manera uniforme las necesidades especificas de cada paciente, dependiendo de su estado clínico.
- Proporcionar trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.
- Proporcionar contención verbal a los pacientes fumadores que así lo requieran.
- Indicar al personal de enfermería administre chicles de nicotina a los pacientes que así lo requieran.
- Conocer, identificar, informar y registrar por escrito los eventos adversos que puedan presentarse en la atención de los pacientes hospitalizados: cuasifalla, evento adverso y evento centinela.
- Conocer que la atención de los usuarios en el servicios de Atención Psiquiátrica Continua, se dará de acuerdo a los horarios siguientes:
  - En días hábiles de lunes a viernes en el turno matutino el médico psiquiatra adscrito al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa supervisará las consultas.
  - En la tarde y noche de lunes a viernes, fines de semana y días festivos, según el rol de guardias del mes, un médico psiquiatra adscrito que estará disponible vía telefónica, para que en caso de cualquier duda médica, psiquiátrica o administrativa, el residente de cuarto año jefe de guardia se comunique con él y según el caso el médico psiquiatra adscrito proporcione las indicaciones telefónicas necesarias a fin de resolver la emergencia correspondiente.
- Consultar al médico adscrito de Atención Psiquiátrica Continúa en turno matutino, en caso de cualquier duda que se tenga sobre el manejo de algún paciente en particular o en la toma de

decisiones para canalizar al paciente a preconsulta, consulta externa u hospitalización; o para otorgar referencia a otra unidad médica.

- Consultar durante la guardia en la tarde y noche de lunes a viernes, fines de semana y días festivos, cualquier duda que se tenga sobre el manejo de algún paciente en particular o en la toma de decisiones para canalizar al paciente a preconsulta, consulta externa u hospitalización o para otorgar referencia a otra unidad médica, a los médicos psiquiatras adscritos según el rol de guardias telefónicas.
- Identificar con precisión al paciente solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua.
- Entregar al paciente y/o al familiar responsable el tríptico de APC, donde se precisan los mecanismos para efectuar quejas y sugerencias.
- Entregar al paciente y/o al familiar responsable tríptico de Ética Hospitalaria donde se precisan los Derechos de los Pacientes.
- Proporcionar atención médica inmediata a los pacientes que requieran atención de emergencia, e indicar que posteriormente podrá pasar a la ventanilla de registro de pacientes a proporcionar la información correspondiente.
- Tamizar y detectar este tipo de poblaciones /paciente de alto riesgo) con el propósito de canalizarlas a las clínicas de subespecialidades correspondientes para intensificar su atención, que contribuya al tratamiento y manejo adecuado del paciente.
- Identificar desde la evaluación inicial a los pacientes de quienes se sospecha una dependencia a las drogas y/o el alcohol, con el propósito de llevar a cabo evaluaciones iniciales mas exhaustivas que contribuyan al tratamiento y manejo adecuado del paciente, a fin de tamizar y detectar este tipo de pacientes para canalizar a las clínicas correspondientes para intensificar su atención.
- Llevar a cabo el siguiente manejo en las mujeres en edad fértil:
  a) Consignar la fecha de última menstruación,
  b) Otorgar información a la paciente y al familiar responsable respecto a los riesgos de un embarazo no planeado en cuanto al trastorno psiquiátrico y en cuanto al tratamiento farmacológico que reciben, advirtiéndoles que deben informar al médico tratante si planean un embarazo o si estuvieran embarazadas.
  c) Identificar si utilizan un método anticonceptivo y cuál es, en caso de que la paciente utilice anticonceptivos orales otorgar información acerca de las posibles interacciones farmacológicas entre éstos y los tratamientos psicofarmacológico que la paciente recibe.
  d) Otorgar información a la paciente y al familiar responsable acerca de los métodos de planificación familiar disponibles y señalen las posibles interacciones medicamentosas entre los anticonceptivos orales y el tratamiento psicofarmacológico que recibe la paciente.
- Considerar para su atención en el Área de Atención Psiquiátrica Continúa debido a la especialidad y a la infraestructura, los siguientes padecimientos, atendiendose de acuerdo a la guía clínica de Atención Psiquiátrica Continúa:
  a) Manejo del paciente con síndrome psicótico agudo.
  b) Manejo del paciente con síndrome afectivo agudo en fase depresiva o en fase de manía.
  c) Manejo del paciente con Ataque de Pánico.
  d) Manejo del paciente con Ideación o Intento Suicida, dar contención psicoterapéutica y/o farmacológica, determinar si el paciente requiere o no hospitalización, si no se llenan los criterios administrativos otorgar Nota de Referencia. Si el paciente no requiere hospitalización enviar a Preconsulta si es paciente de primera vez o a Consulta Externa si es paciente subsecuente. Si el paciente realizó intento suicida y requiere manejo médico dar

el formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrareferencia. Todo ello con el objetivo de prevenir el riesgo de autolesión y de intento suicida.

e) Manejo del paciente con Delirium. Otorgar Nota de Referencia a hospital general solicitando la estabilización del paciente con indicación de contrarreferencia.
f) Manejo del paciente con Síndrome de Abstinencia del Alcohólico.
g) Manejo del paciente con Acatisia.
h) Manejo del paciente con Distonía Aguda.
i) Manejo del paciente que estando dentro de la Institución presentara agitación psicomotriz y/o agresividad, de acuerdo al procedimiento estipulado.

- Atender el llamado del personal de vigilancia quien da aviso al personal médico cuando acuden personas sin carnet y/o no tienen expediente, personas que acuden solas, personas que acuden en estado de intoxicación, personas que acuden en condición médica delicada (inconscientes, ingesta de fármacos, obnubilados, cortes, intento suicida de moderada a alta letalidad), personas que acuden y se muestran violentos físicamente.
- Determinar en estos casos, si la persona es susceptible de ser atendida en el Instituto y/o si debido a su gravedad y con el propósito de que ésta tenga la atención oportuna, elaborar Formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrarreferencia para que sea llevado a otra unidad de atención médica.
- Informar al paciente y/o familiar responsable que debido a la condición médica o psiquiátrica del paciente, se requiere el egreso por referencia a otra unidad médica del Sector Salud, a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas.
- Aplicar el sistema de referencia administrativa en días y horas no hábiles, a los usuarios que por la necesidad terapéutica de su padecimiento requieran de atención en otra unidad médica del Sector Salud, a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas.
- Recibir del personal de enfermería el formato de consulta de Atención Psiquiátrica Continúa y registrar en el sistema de control hospitalario las consultas otorgadas en horario no hábil.
- Informar al paciente y al familiar en que consiste el formato INPDSCEC-03-06.2 Consentimiento Informado de Atención Psiquiátrica Continua, registrando fecha y hora, en donde se precisan los objetivos y procedimientos a llevarse a cabo y los riesgos implícitos en los mismos. Estableciendose que el paciente y el familiar responsable quedan enterados y autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, como para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y paramédico, equipo o instalaciones del instituto, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física.
- Otorgar formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrarreferencia, en caso de que el paciente y el familiar en forma voluntaria se rehúsen a firmar el formato INPDSCEC-03-06.2 Consentimiento Informado de Atención Psiquiátrica Continua, NO otorgar la consulta a fin priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas.
- Otorgar la atención si el familiar debidamente identificado firma autorizando la misma, en los casos en los que el paciente no esté en condiciones de firmar en forma voluntaria el formato INPDSCEC-03-06.2 Consentimiento Informado de Atención Psiquiátrica Continua documentandolo en el expediente clínico del paciente, en el contexto de la normatividad vigente.
- Indicar el medicamento necesario si el familiar responsable debidamente indentificado acepta y firma, en los casos en que el paciente no esté en condiciones de aceptar voluntariamente la

administración de un medicamento por vía oral o parenteral, se deberá documentar en el expediente clínico del paciente, en el contexto de la normatividad vigente.

- Solicitar al Archivo Clínico, el expediente de todo paciente subsecuente, en días hábiles de lunes a viernes de 7:00 a 21:00 horas.
- Elaborar e incorporar al expediente clínico de todo pacientes y/o usuario que acude al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, a través del formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua que incluye los datos personales, la evaluación del TRIAGE, el motivo de la consulta, los antecedentes (diagnostico y tratamientos previos), el padecimiento actual, la exploración física y neurológica, el diagnostico multiaxial, los resultados de los estudios en su caso, el tratamiento, la educación para la salud, el pronóstico, y a donde se refiere (preconsulta, C.E. subsecuente, hospital, otra unidad), nombre completo y firma del médico responsable y su especialidad y nombre completo y firma del paciente y del familiar responsable.
- Informar al paciente y/o al familiar el diagnóstico, el tratamiento y si se requiere de estudios de laboratorio o gabinete o de interconsulta con otro servicio dentro de la propia institución o en otra unidad médica.
- Elaborar debidamente requisitadas todas las solicitudes de estudios de laboratorio y/o gabinete, en caso de que el cuadro clínico que presenta el paciente así lo requiera.
- Informar al paciente y al familiar el resultado de los estudios de laboratorio y/o gabinete solicitados.
- Conocer que si se requiere de algún medicamento en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) se cuenta con un stock de medicamentos, un carro rojo con material y medicamentos incluidos medicamentos de alto riesgo que son electrolitos séricos debidamente identificados y un desfibrilador en APC.
- Conocer que existe un listado de medicamentos disponibles en el stock de Medicamentos de APC y de material en el carro rojo de APC.
- Conocer que el personal de enfermería resguarda el stock de Medicamentos y el carro rojo de APC y es el único personal autorizado para tomar los medicamentos necesarios, registrar su salida y dispensarlos al paciente, de acuerdo a las indicaciones médicas.
- Conocer que queda estrictamente prohibida la expedición de recetas a pacientes que se presentan en el Servicio de APC solicitando únicamente la expedición de las mismas.
- Elaborar y se entregar recetas a los pacientes a los que se otorga consulta que queda registrada como tal en el Servicio de APC, si se trata de un paciente de primera vez sin número de expediente en el Instituto, en dicho espacio se debe escribir “Sin registro S/R”.
- Elaborar una receta por cada uno de los medicamentos controlados prescritos pertenecientes a los Grupos II y III.
- Especificar en la prescripción de medicamentos controlados el número de cajas/frascos con el número de comprimidos, tabletas o cápsulas por caja, que debe ser surtido al paciente. Por ejemplo en el caso de prescripción de un antibiótico “Ciprofloxacino 500 mg. surtir una caja con 14 comprimidos”.
- Corroborar que el personal de enfermería a llene una nota de requisición por el medicamento correspondiente.
- Elaborar receta del medicamento indicado, señalando si se dispensó media tableta, una tableta o más tabletas o si se aplicó una o más ampolletas y entregar la receta al personal de enfermería.
- Elaborar el formato INPSC-058 Receta Médica para la reposición de los medicamentos tomados del stock y/o del carro rojo de APC, el personal de enfermería entrega la nota de requisición con la receta correspondiente al Servicio de Farmacia Intrahospitalaria

- Elaborar debidamente todas los formatos INPSC-058 Receta Médica otorgadas con: nombre completo del paciente, número de expediente, diagnóstico, nombre comercial y químico del medicamento, presentación, dosis, número de cajas prescritas, por cuánto tiempo va a tomar el paciente el medicamento, nombre completo del médico que elabora la receta, con cédula profesional y firma.
- Conocer que si el paciente lo amerita podrá permanecer en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) hasta que se resuelva el cuadro clínico motivo de la atención, si está en espera de la llegada de familiar, de cuidador o de ser hospitalizado de acuerdo a las siguientes medidas de seguridad:
  a) Permanecerá en una de las dos camas del servicio de APC.
  b) Con las medidas de seguridad correspondientes como uso de barandales.
  c) Si se requiere se aplicará restricción física.
- Elaborar en caso de pacientes que permanecen en el servicio de APC el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas cada sesenta minutos o menos si el paciente así lo requiere, registrando fecha, hora, signos vitales, anotando la información médico psiquiátrica pertinente, hasta el momento de finalizar la atención en el servicio y anexar al expediente clínico. **Ver proceso COP. 4**
- Informar al paciente y al familiar el motivo por el que el paciente permanece en el servicio de APC.
- Indicar al personal de enfermería solicite al servicio de comedor agua y alimentos para el paciente, de acuerdo al tiempo que éste permanezca en el Servicio de APC.
- Anotar fecha y hora de término de la atención en APC en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución de APC en caso de pacientes que permanecen en el servicio de APC, especificando el diagnóstico, resultados de estudios (si los hubiere), tratamiento (indicaciones al término de la atención en APC), educación para la salud, pronóstico, a donde se envía al paciente, nombre completo, cédula profesional y firma.
- Anotar fecha, hora e indicaciones al término de la atención en APC en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas, en caso de pacientes que permanecen en el servicio de APC por más de sesenta minutos, indicando nombre completo, cédula profesional y firma.
- Informar a los pacientes de primera vez que acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (no calificada) en horas y días no hábiles, que deberá presentarse en el día hábil inmediato siguiente a realizar los trámites correspondientes para su registro y recibir atención de preconsulta.
- Entregar al término de la atención en APC toda la documentación que se genere durante la atención del paciente al Archivo Clínico.
- Regresar al Archivo Clínico el expediente de todo paciente subsecuente al término de la atención, en días hábiles de lunes a viernes de 7:00 a 21:00 horas.
- Registrar todas las consultas otorgadas en la Libreta de Atención Psiquiátrica Continua.
- Egresar del servicio de APC al paciente si está en condiciones; aun y cuando el personal de trabajo social no pueda contactar con el familiar, se procederá al mismo, entregando resultados de estudios, indicaciones y recetas correspondientes.
- Contar con capacitación para el manejo de extintores.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Departramento de Enfermería será responsable:

- Identificar al paciente previo al momento de la administración de medicamentos, verificando su nombre completo y fecha de nacimiento, mismos que corroborará contra el brazalete de identificación (rojo en caso de pacientes hospitalizados y de color de acuerdo al triage a los

pacientes y usuarios en APC) que deben portar en la muñeca. No se administrarán medicamentos a ningún paciente sin brazalete de identificación. **Ver proceso MISP.1**

- El personal de enfermería deberá, realizar la evaluación de enfermería a todo paciente y/o usuario que acude al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, a través del formato Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, que incluye: datos personales, código de TRIAGE determinado por del médico de APC que proporciona la atención, control hemodinámico, valoración de la integridad física de la piel, registro de medicamentos, observaciones de enfermería, orientación en información general al paciente/familiar, evaluación de enfermería, plan de cuidados de enfermería, registro de medicamentos y soluciones parenterales, evaluación y escala de dolor, evaluación de riesgo de caídas, sujeción física en su caso y consentimiento informado, hora de egreso del servicio, envío a (preconsulta, consulta externa, hospitalización-cama, u otra unidad de salud)y nombre del personal de enfermería que lo atendió, dichos formatos deberán incorporarse en el expediente clínico del paciente. **Ver proceso ACC.1.2**
- Colaborar con los médicos especialistas y residentes en la atención medica psiquiátrica.
- Efectuar llenado del formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua estancia corta, si el paciente permanece más de 90 minutos se efectuara el llenado de estancia prolongada. incluyendo: datos personales, código de TRIAGE, médico que proporciona la atención, hora de atención, turno, control hemodinámico, valoración de la integridad física de la piel, registro de medicamentos, observaciones de enfermería, orientación en información general al paciente/familiar, evaluación de enfermería, plan de cuidados de enfermería, registro de medicamentos y soluciones parenterales, evaluación y escala de dolor, evaluación de riesgo de caídas, sujeción física en su caso y consentimiento informado, hora de egreso del servicio, envío a (preconsulta, consulta externa, hospitalización-cama, u otra unidad de salud)y nombre del personal de enfermería que lo atendió, dichos formatos deberán incorporarse en el expediente clínico del paciente.
- Efectuar toma de signos vitales a todo usuario que acude a consulta en el área de APC.
- Identificar y notificar al personal médico correspondiente cuando se detecten casos no conocidos de violencia familiar para proporcionar atención integral y/o cuando hay evidencia de que la integridad física o la vida del paciente corre peligro.
- Aplicar protocolo para la prevención de caídas a pacientes a los usuarios que solicitan atención en el área de APC y hospitalización.
- Aplicar el protocolo establecido de agresividad y agitación emitido por la subdirección medica del instituto..
- Recibir el stock de medicamentos y material diariamente en cada uno de los turnos y solicitar mediante el formato INPSCE-029 de Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Trabajo Social será responsable de:

- Recibir la nota de referencia e informar al paciente y aplicar la referencia administrativa (efectuar los trámites correspondientes con otras unidades médicas) de lunes a viernes de 8:00 a 20:00.
- Autorizar la consulta de APC, previo llenado del formato INPDSCEC-06-08 de Autorización de pago Posterior de Estudios y Entrega de Resultados.
- Autorizar en su caso si el paciente o el familiar tuvieran dificultad para cubrir la cuota la atención y se haga el cargo correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

3.6 La Dirección de Servicios Clínicos a través del Área de Registro de Pacientes será responsable de:

- Recibir al paciente en días y horas hábiles y registrar en el sistema de control de servicios clínicos.
- Turnar a la caja de servicios clínicos, para que efectúe el pago correspondiente.

3.7 La Subdirección de Consulta Externa a través del Área de Archivo Clínico será responsable de:

- Verificar que los expedientes clínicos y las hojas de evaluación sean entregados de acuerdo a los plazos siguientes:
  - Los formatos de consulta de Atención Psiquiátrica Continua otorgadas en viernes, serán entregadas al Archivo Clínico en un plazo no mayor a 72 hrs.
  - Los formatos de consulta de Atención Psiquiátrica Continua otorgadas en sábado, serán entregadas al Archivo Clínico en un plazo no mayor a 48 hrs.
  - Los formatos de consulta de Atención Psiquiátrica Continua otorgadas en domingo, serán entregadas al Archivo Clínico en un plazo no mayor a 24 horas.
  - Los formatos de consulta de Atención Psiquiátrica Continua otorgadas en día hábil de lunes a jueves, serán entregadas al Archivo Clínico al día siguiente, en un plazo no mayor a 24 horas.

3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Área de Caja será responsable de:

- Recibir el pago en días hábiles de lunes a viernes de 7 a 20 horas.
- Efectuar los cargos correspondientes a la atención medica proporcionada en horarios en que no se cuenta con servicio de caja de hospital, el día hábil siguiente a los servicios proporcionados.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

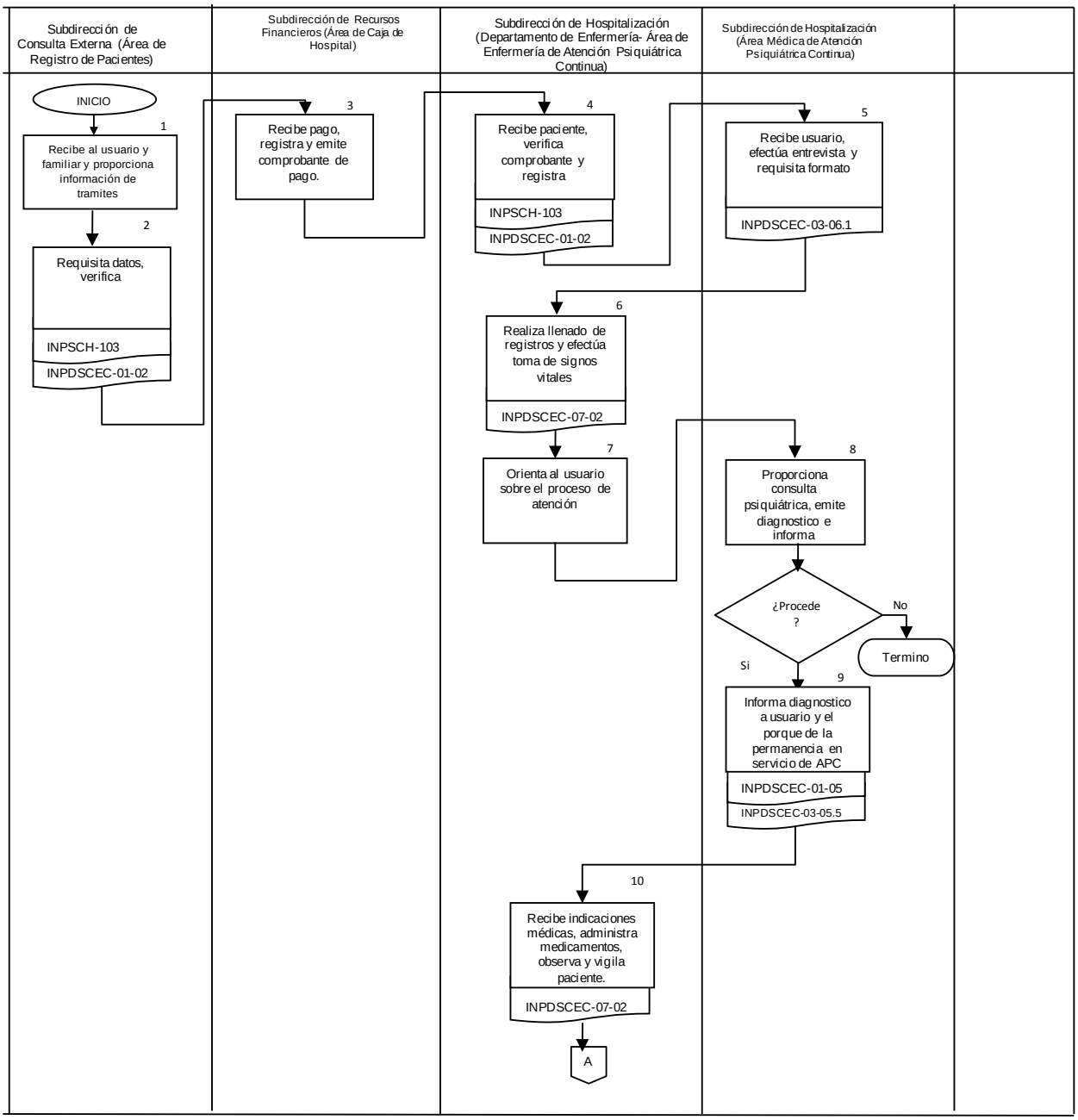
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe al usuario y familiar responsable, le proporciona información sobre los trámites para el servicio de Atención Psiquiátrica Continúa.	INPSCH-103 INPDSCEC-01-02
	2	Requisita datos del paciente a) Si es paciente del instituto verifica registro y entrega al usuario Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua, e indica pase a caja a pagar el servicio. b) Si no es paciente del instituto, registra, asigna expediente entrega al usuario Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua, e indica pase a caja a pagar el servicio.	
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**3**	Recibe del usuario el pago, verifica número de expediente asignado, registra el pago de consulta de Atención Psiquiátrica Continúa, emite comprobante y lo entrega al usuario.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**4**	Recibe paciente Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua, verifica comprobante de pago, registra en la libreta de control de consultas de atención psiquiátrica continua, en caso de días inhábiles y pacientes de primera vez, proporciona ficha de registro para su requisitado, avisa al médico responsable.	INPSCH-103 INPDSCEC-01-02
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Recibe usuario, efectúa entrevista, requisita Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua (efectúa triage, asigna color, anota calificación, e informa al personal de enfermería para su seguimiento de acuerdo a triage.	INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**6**	Realiza llenado de Formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en atención psiquiátrica continua y coloca brazalete transitorio (de acuerdo al color del triage, y efectúa toma de signos vitales.	INPDSCEC-07-02
	7	Orienta al usuario sobre el proceso de atención y tiempo de atención (de acuerdo al color y/o calificación de triage).	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**8**	Proporciona consulta psiquiátrica emite diagnostico, e informa al personal de enfermería el seguimiento del paciente. Procede: Si: Continua actividad siguiente No. Informa al usuario diagnostico y sobre la necesidad de su atención en otra unidad médica. (Aplica procedimiento de referencia de Atención Psiquiátrica Continúa a otra unidad médica)	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

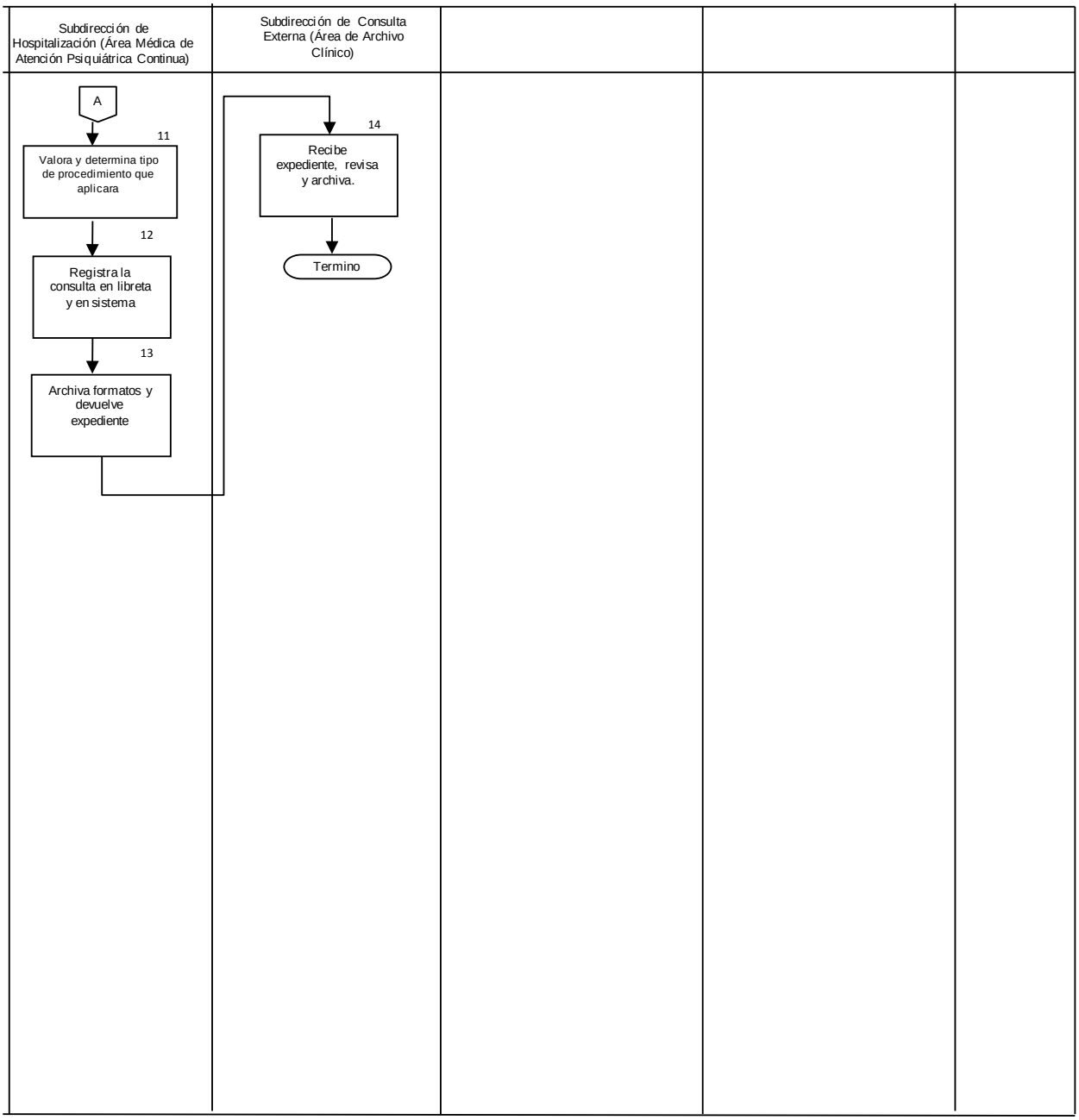
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		Termina procedimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**9**	Informa diagnostico al usuario y necesidad de permanencia en el servicio de APC. Informa diagnostico e indica tratamiento a seguir a la enfermera de APC. Registra Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución, plasma indicaciones en Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas (cada sesenta minutos o menos si el caso lo requiere, hasta el término de la atención.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**10**	Recibe indicaciones médicas, identifica al paciente preguntando nombre completo y fecha de nacimiento, coloca brazalete de identificación, administra medicamentos, observa y vigila paciente, y registra signos vitales cada sesenta minutos o menos si el caso lo requiere, notifica al médico de la evolución del paciente, registra en Formato INPDSCEC-07-02 Hoja de registros de enfermería en APC.	INPDSCEC-07-02
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**11**	Valora y determina: Estabilización del Cuadro Clínico. **a) Envío a Preconsulta** Si es paciente de primera vez, entrega receta médica de Atención Psiquiátrica Continúa e informa que tramite el servicio de preconsulta. (Aplica procedimiento de atención de preconsulta). **b) Envío a Consulta externa:** Si es paciente del instituto, informa que tramite el servicio de consulta subsecuente. (Aplica procedimiento de atención de consulta subsecuente). **Ingreso a Hospital** Informa al paciente y familiar responsable la necesidad de que sea ingresado a hospitalización, requisita el formato INPDSCEC-03-07 Enlace para Continuidad de Atención, lo instruye y canaliza.	INPDSCEC-03-07
	12	Registra la consulta de Atención Psiquiátrica Continúa en la libreta del área médica de APC.	
	13	Incorpora formatos en expediente clínico del paciente y devuelve al Área de Archivo Clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**14**	Recibe expediente, revisa, ordena y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

8.3 **Cuasi falla**: Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna; la cuasifalla nos permite tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros QPS

- Errores en el registro de la información en los documentos del expedientes clínico.
- Errores en la prescripción en las indicaciones médicas.
- Errores en la elaboración de recetas.
- Errores en las solicitudes de laboratorio y/o gabinete

8.4 **Evento adverso** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica y otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

- Intento de suicidio de leve a moderada letalidad.
- Autolesiones leves a moderadas.
- Agresión en contra de terceros que no deja lesiones.
- Daño a las instalaciones y/o equipo por conducta agresiva.
- Error en la prescripción médica que genera molestias leves a moderadas en el paciente.
- Error en la transcripción de indicaciones.
- Error en la ministración de medicamentos.
- Efectos secundarios de los medicamentos que generan malestar moderado en el paciente.

8.5 **Evento centinela** : Involucra la presencia de heridas física o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que

todos los eventos centinela son eventos adversos graves, pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinela.QPS.5

- Suicidio Consumado
- Intento suicida de alta letalidad que deje secuelas físicas permanentes
- Agresión en contra de terceros que genere lesiones que tardan en sanar: pacientes, familiares, cuidadores, visitantes, personal de la Institución, personal subrogado.
- Efectos secundarios de los medicamentos que pueden ser idiosincráticas que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente.
- Error en la prescripción médica que pone en riesgo la vida e integridad del paciente.
- Adquirir infección nosocomial

8.6 **Atención psiquiátrica continúa calificada:** El problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que de acuerdo al estado del paciente puede poner en riesgo la vida, órgano o función del mismo y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata. Corresponde al Triage color marrón, color rojo y color amarillo.

8.7 **Atención psiquiátrica continúa no calificada:** Es un problema de salud que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que por lo tanto se puede posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada. Corresponde al Triage color verde y color blanco.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha Registro.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha Registro.
10.3 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.5 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.7 Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.9 Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continúa.
10.11 Formato INPSCH-103.- Volante de Consulta de Atención Psiquiátrica Continua.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPSCH-103.- Volante de Consulta de Atención Psiquiátrica Continúa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

8. PROCEDIMIENTO PARA EL TÉRMINO DE LA ATENCIÓN EN APC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Disponer de un procedimiento que guie el término de la atención en el área de Atención Psiquiátrica Continua.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización (Área de Atención Psiquiátrica Continua), Departamento de Trabajo Social y Área de Enfermería.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto, así como a la autoridad competente (Ministerio Público), cuando así proceda.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para término de la atención en APC**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estandares centrados en el paciente

<u>Atención de Pacientes (COP)</u>

✓ COP.4 Proceso para emitir una indicación

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que en caso de egreso por referencia a otra unidad médica del sector salud, este se hará en base al directorio de otras instituciones y de servicios de ambulancia, elaborado por el área de trabajo social; a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas. **ACC.4.1**
- Instruir al personal médico a proceder al término de la atención psiquiátrica continua, si el paciente NO acepta recibir la misma y abandona la unidad. **PFR. 2.2**
- Instruir al personal médico que únicamente ellos están autorizados a determinar el término de la atención en el servicio de Atención Psiquiatrica Continua (APC).
- Instruir al personal médico, que si después de la valoración médica en el servicio de APC el familiar responsable no esta presente, solicitará atraves de trabajo social llamarle en forma inmediata, en los casos en que el paciente requiera hospitalización, por referencia a otra institución por riesgo en la integridad del paciente o de otros, por referencia a otra institución por condición medica grave, por abandono del servcio de APC sin autorización médica o por defunción (condición médica o causa natural o suicidio).
- Instruir al personal médico, que en los casos de pacientes que acuden por primera vez al término de la atención en APC si la condición del paciente amerita atención en tercer nivel se le entregará al paciente y/o al familiar el tríptico de preconsulta.
- Instruir al personal de salud, que en los casos que la atención se termine por que el paciente abandono el servicio de APC sin autorización médica, el personal de salud que lo detecto debe dar aviso inmediato al personal de vigilancia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal de vigilancia que al ser notificado que un paciente de APC abandono el servicio sin autorización médica deberá cerrar todos los accesos a la institución, explicando a los usuarios y soicitando su comprensón, también deberá preguntarle su nombre a todas las personas que salen de las instalaciones y verificar que no porte el brazalete de APC.
- Instruir al personal médico y de vigilancia que la búsqueda del paciente es exclusivamente dentro de las instalaciones de la Institución.
- Instruir al personal de vigilancia que si localizan al paciente deberá informar de manera inmediata al personal médico a la extensión 5438 o por radio para que se presente en el sitio donde localizaron al paciente, para que el personal médico traslade al paciente nuevamente al servicio de APC.
- Instruir al personal médico, que si no se localiza al paciente en el lapso de una hora después de haber abandonado el servicio y eel paciente acudió sin acompañantes a atención en APC, el médico solicitara al personal de trabajo social se comunique con el familiar responsable informando la situación, solicitando su apoyo para localizarlo y pidiéndole que en caso de que lo localice notifique a la institución reportando el estado del mismo.
- Instruir al personal de trabajo social, solicitar al familiar responsable que en cuanto localice al paciente lo notifique a la institución, de ser posible y si el paciente lo acepta, acuda a una nueva valoración al servicio de APC en compañía del familiar responsable con la finalidad de dar continuidad.
- Instruir al personal médico que si el familiar responsable no localizado el paciente llegó a su domicilio en las siguientes 24 horas al abandono del mismo, elaborará Notificación Ministerial en el foramto INPDSCEC-21 y la entregará al servicio de trabajo social.
- Instruir al personal de trabajo social elaborar Nota Informativa del Abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social en caso de que el paciente abandone el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua sin autorización médica, se deje constancia por escrito en las notas correspondientes de que en este caso el paciente y el familiar responsable eximen al personal y a la Institución de toda responsabilidad. Como consta en el apartado XI del formato INPDSCEC-03-06.1 Consentimientos Informado para Recibir Consulta en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continúa.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del Médico Adscrito al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua será responsable de:

- Instruir al personal médico que si se tratara de un paciente que permaneció por más de 60 minutos en el servicio de APC la orden del término de la atención se debe especificar por escrito en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas de APC e informarlo al personal de enfermería. **Ver proceso COP.4**
- Instruir al personal médico para que especifique por escrito en el formato INPDSCEC-03-06.1 de APC, INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas a donde se canaliza al paciente al término de la atención en APC. **Ver proceso COP.4**
- Instruir al personal médico para que informe del término de la atención en el Servicio de APC al paciente y/o al familiar responsable.
- Instruir a los médicos residentes en APC que elaboren el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua y las coloquen en el expediente clínico el paciente, y las entregue en un lapso no mayor a 24 horas al archivo clínico para que sean integradas al expediente.
- Instruir al personal médico a dar la orden del término de la atención en APC especificándolo por escrito en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua e informarlo al personal de enfermería.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico que si se tratara de un paciente que permaneció por más de 60 minutos en el servicio de APC la orden del término de la atención se debe especificar por escrito en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución e informarlo al personal de enfermería.
- Instruir al personal médico para que informe al paciente y/o al familiar responsable al término de la atención en APC acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento del paciente y a donde se canalizrá al paciente.
- Instruir al personal médico a notificar, si están presentes, a los familiares responsables de manera inmediata el término de la atención por: estabilización del cuadro clínico con canalización al servicio de preconsulta o consulta externa, internamiento en el servicio de hospítal, alta voluntaria, referencia a otra unidad médica, abandono del servicio del hospital sin autorización médica o defunción (condición médica o causa natural o suicidio).

Término de la atención en APC por estabilización del cuadro clínico con canalización al servicio de preconsulta o consulta externa.

- Instruir al personal médico que cuando el cuadro clínico del paciente se haya estabilizado se puede proceder al termino de la atención, en el caso de pacientes que acuden por primera vez y no tienen expediente en la institución sí lo meritan serán canalizados al Servicio de Preconsulta haciéndole entrega del tríptico de Preconsulta.
- Instruir al personal médico que en caso de pacientes de primera vez que así lo ameritan y que no tienen expediente en la Institución el paciente deberá ser canalizado al Servicio de Preconsulta.
- Instruir al personal médico que en caso de paciente subsecuente que tiene expediente en la Institución el paciente deberá ser canalizado al Servicio de Consulta Externa para programar cita con su médico tratante.

Término de la atención en APC por internamiento en el servicio de Hospital

- Instruir al personal médico que el paciente puede ser canalizado para internamiento al Servicio de Hospital si cumple todos los requisitos estipulados en las Políticas de Ingreso.

Término de la atención en APC por referencia a otra unidad médica

- Instruir al personal médico para que informe al paciente y/o al familiar responsable que debido a la condición médica o psiquiátrica del paciente, se haga necesario el egreso por referencia a otra unidad médica del sector salud, a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas.
- Instruir al personal médico para que elabore el formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrarreferencia a otra unidad en original y copia. El original se entrega al paciente o familiar y la copia se anexa a la hoja de Atención Psiquiátrica Continua, debiendo ir firmada de recibido por el paciente y/o familiar.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que si el paciente requiere egreso por referencia a otra unidad médica es responsabilidad del familiar que acompaña al paciente o del propio paciente realizar los trámites correspondientes.
- Instruir al personal médico que si el paciente acude solo solicite al personal de trabajo social que establezca contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para hacerse cargo del paciente.
- Instruir al personal médico que si el paciente acude solo y no es posible establecer contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para hacerse cargo del paciente, si el paciente está en condiciones de poder retirarse se proceda al término de la atención en APC y se entregue al propio paciente el formato INPDSCEC-01-06 Referencia y Contrarreferencia.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que si el paciente acude solo y no es posible establecer contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para

hacerse cargo del paciente, y si el paciente NO está en condiciones de poder retirarse permanezca en el servicio de APC hasta que se estabilice el cuadro clínico que ameritó la atención o hasta que se contacte vía telefónica con un familiar que se presente y se haga cargo del paciente.

- Instruir al personal médico residente que en días y horas no hábiles los médicos residentes de guardia serán responsables de llevar a cabo las actividades que usualmente realiza el personal de Trabajo Social en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

Término de la atención en APC por alta voluntaria

- Instruir al personal médico que el egreso voluntario procede a solicitud del paciente y/o familiar responsable, y el médico tratante deberá especificarlo en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua, recabando la firma del paciente y/o familiar responsable.
- Instruir al personal médico de en caso de egreso voluntario el médico tratante elabora en original y copia el formato INPDSCEC-01-06 de Referencia y Contrareferencia para que el familiar puede llevar al paciente a otra Institución para su atención. El original se entrega al familiar y la copia queda en el expediente firmada por el paciente y/o familiar responsable.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social para que en caso de egreso voluntario los trámites del traslado del paciente a otra Institución para su atención quedan bajo la responsabilidad del familiar.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social en caso de que el paciente no acepte voluntariamente recibir la atención en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua, informen al paciente y al familiar que en este caso tanto el paciente y el familiar responsable eximen al personal y a la Institución de toda responsabilidad, dejando constancia de ello por escrito en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua. Como consta en el apartado XI del formato INPDSCEC-03-06.1 Consentimiento Informado para Recibir Consulta en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continúa.

Término de la atención en APC abandono del área de APC sin autorización médica (fuga podría corresponder a Código Rosa).

- Instruir al personal médico, al personal de enfermería y al resto del equipo de salud, a que inmediatamente que detecten el abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica por parte de cualquier paciente, dar aviso a:
  - Personal de Vigilancia extensión 5411.
  - Personal médico adscrito de la Subdirección de Hospital. En primer lugar al médico adscrito de Atención Psiquiátrica Continua (APC) extensión 5240.
  - Personal de Atención Psiquiátrica Continua (APC) extensión 5241
- Instruir al personal de salud a buscar al paciente en las instalaciones del edificio de Servicios Clínicos y en el resto de las instalaciones.
- Instruir al médico residente, que si en un lapso de una hora el paciente no fue localizado en la institución, solicitará a Trabajo Social contactar al famiiar responsable para informar de la situación, solicitándole su apoyo para localizar al paciente.
- Instruir al personal médico a documentar el abandono sin autorización del paciente de las instalaciones del Instituto, en el formato de INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua, puntualizando que se realizó búsqueda dentro de la institución y se avisó al familiar responsable.
- Instruir al médico residente, que si en un lapso de 24 horas siguientes a que el pacinte abandono la institución sin autoirzación médica el familiar esponsable no ha dado avsio de haver localizado al paciente, requisitará en el formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial y la entregará a Trabajo Social en original y dos copias (una copia para el asesor jurídico del Instituto , para el Departamento de Trabajo Social y para el expediente clínico del paciente).

Término de la atención en el servicio de APC por defunción:

a) Por condición médica o causa natural

- Instruir al personal médico determine, constate y documente la defunción del paciente.
- Instruir al personal médico residente de primer año a elaborar el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua en la que conste el término de la atención en APC por defunción, especificando la fecha, hora de la defunción, las causas de la misma, nombre completo, cédula profesional y firma del médico que elabora la nota.
- Instruir al personal médico si el paciente acudió acompañado por familiar informar a éste de la defunción del paciente y causas de la misma.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social que si el paciente acudió solo a consulta a APC, el personal de trabajo social contacte telefónicamente al familiar solicitando su presencia.
- Instruir al médico residente para que entregue al familiar responsable receta membretada de la Institución con nombre del paciente, edad y fecha de nacimiento, número de expediente, causa del fallecimiento, fecha y hora del deceso. El documento debe contar con nombre completo, número de cédula profesional y firma del médico que lo elabora.
- Instruir al médico residente a cargo deberá proporcionar su identificación oficial original (credencial de elector) al familiar responsable para que acuda a la Oficina de Trámites Funerarios a solicitar certificado de defunción. El familiar regresará a la Institución para que el médico residente a cargo elabore el certificado de defunción.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a orientar al familiar responsable sobre los trámites a seguir para solicitar el certificado de defunción en la instancia correspondiente.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a orientar al familiar responsable para que regrese al Instituto con el formato de certificado de defunción para que el médico residente de primer año proceda a su llenado.
- Instruir al personal médico residente para requisitar correctamente el certificado de defunción y entregarlo al familiar responsable.
- Instruir al personal de enfermería para la preparación y entrega del cadáver al familiar responsable.

b) Por suicidio

- Instruir al personal médico que determine, constate y documente la defunción por suicidio del paciente en las instalaciones del Instituto.
- Instruir al médico residente de primer año elaborará el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución en la que conste egreso por defunción por suicidio, especificando la forma de suicidio, fecha, hora del deceso y condiciones en las que se encontró el cuerpo del paciente. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que elabora el formato.
- Instruir al personal médico residente de primer año elaborará por duplicado el formato INPDSCEC-03.2 Nota de Egreso por defunción por suicidio, las cuales se integran en el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal médico y el personal de trabajo social dará aviso al familiar responsable solicitando su presencia.
- Instruir al personal médico informará al familiar responsable de la defunción por suicidio del paciente.
- En caso de egreso por defunción por suicidio, Trabajo Social o el médico residente a cargo darán aviso telefónico al Ministerio Público para que la autoridad correspondiente se presente a certificar el fallecimiento. A partir del momento en que se constate la defunción por suicidio el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró y la habitación debe permanecer cerrada hasta la llegada del Ministerio Público.

- Instruir al personal médico deberá requisitar el Formato INPDSCEC-21 de Notificación Ministerial, en original y dos copias (copia para el Asesor Jurídico del Instituto, para el Departamento de Trabajo Social y para el expediente clínico del paciente).
- Instruir al personal médico, de trabajo social y de enfermería explicará al familiar responsable que el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró y la habitación debe permanecer cerrada hasta la llegada del Ministerio Público.
- Instruir al personal médico y al personal de trabajo social a acudir a la Agencia del Ministerio Público a rendir declaración en caso que así lo solicite la autoridad competente en caso de egreso por defunción por suicidio.
- Instruir al médico residente de primer año elaborará el formato INPSCH-025 Autorización Médica de Permiso Terapéutico o Alta de Pacientes Hospitalizados especificando egreso por defunción, para el seguimiento de los trámites administrativos correspondientes, el cual estará firmado por el personal médico adscrito.
- Instruir al personal médico residente para requisitar correctamente el certificado de defunción y entregarlo al familiar responsable.
- Instruir al personal médico residente de primer año para que entregue al familiar responsable los estudios de imágenes cerebrales y la radiografía de tórax del paciente.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Médico Residente en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua será responsable de:

- Notificar al paciente y/o al familiar responsable de manera inmediata del término de la atención en APC por:
  a. Estabilización del Cuadro Clínico con canalización al servicio de preconsulta o consulta externa.
  b. Internamiento en el Servicio de Hospital.
  c. Referencia a otra unidad médica.
  d. Alta Voluntaria.
  e. Abandono del servicio de APC sin autorización médica.
  f. Defunción:
     - Condición médica o causa natural.
     - Defunción por suicidio.

Término de la atención en APC por estabilización del cuadro clínico con canalización al servicio de preconsulta o consulta externa.

- Determinar el término de la atención del paciente en APC
- Informar al término de la atención en el Servicio de APC al paciente y/o al familiar responsable acerca del diagnóstico, tratamiento, pronóstico, explicar a dónde se canaliza y porqué.
- Dar la orden del término de la atención en APC especificándolo por escrito en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua e informar al personal de enfermería.
- Especificar por escrito la orden del término de la atención en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, y en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas, si se trata de un paciente que permaneció por más de 60 minutos en el servicio de APC e informarlo al personal de enfermería.
- Elaborar formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua e integrarlo en el expediente clínico el paciente.
- Entregar al Archivo Clínico el expediente clínico del paciente al término de la atención en el servicio de APC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Solicitar al personal de trabajo social, si el familiar responsable no está presente, llamarle en forma inmediata cuando el paciente asistió a consulta al servicio de APC y requiere horpitalización, referencia a otra institución por riesgo en la integridad del paciente o de otros, o por condición médica grave, por abandono del servicio de APC sin autorización médica o por defunción (condición médica, causa natural o suicidio)
- Elaborar debidamente el formato INPSC-058 Receta Médica, de lo que se indica y entregarla al paciente y/o familiar responsable.
- Entregar al paciente y/o al familiar tríptico de preconsulta. si el paciente acude al Instituto por primera vez, y amerita atención en la Institución.

Término de la atención en APC por internamiento en el servicio de Hospital

- Informar al paciente y/o familiar que se da por concluida la atención en el servicio de APC con canalización al servicio de hospitalización registrándolo en el formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiatrica Continua y si el paciente permaneció más de 60 minutos deberá registrar los formatos INPDSCEC-01-05 Nota de evolución y INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Medicas.

Término de la atención en APC por referencia a otra unidad médica

- Aplicar el sistema de referencia en caso de que el paciente requiera hospitalización y no haya disponibilidad de camas, en base al directorio de otras instituciones elaborado por el área de trabajo social. **ACC.4.1**
- Informar al paciente y/o familiar responsable que debido a la condición médica o psiquiátrica del paciente se hace necesario el egreso por traslado a otra unidad médica del Sector Salud, haciéndose en base al directorio de otras instituciones y servicios de ambulancias, elaborado por el área de trabajo social. a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas.**ACC.4.1**
- Elaborar el formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia y Contrarreferencia a otra unidad en original y copia. El original se entregará al paciente o familiar y la copia se anexa al formato de Atención Psiquiátrica Continua, debiendo ir firmada de recibido por el paciente y/o familiar. **ACC.4.1**
- Informar que si el paciente requiere egreso por referencia a otra unidad médica es responsabilidad del familiar que acompaña al paciente o del propio paciente realizar los trámites correspondientes.
- Solicitar al personal de trabajo social en caso de que el paciente acuda solo, que establezca contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para hacerse cargo del paciente.
- Conocer que si el paciente acude solo y no es posible establecer contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para hacerse cargo del paciente, si el paciente está en condiciones de poder retirarse se proceda al término de la atención en APC y se entregue al propio paciente el formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia y Contrarreferencia.
- Conocer que si el paciente acude solo y no es posible establecer contacto vía telefónica con un familiar para que acuda al Instituto para hacerse cargo del paciente, y si el paciente NO está en condiciones de poder retirarse permanezca en el servicio de APC hasta que se estabilice el cuadro clínico que ameritó la atención o hasta que se contacte vía telefónica con un familiar que se presente y se haga cargo del paciente.

Término de la atención en APC por Alta Voluntaria

- Conocer que en caso de egreso voluntario los trámites del traslado del paciente a otra Institución para su atención quedan bajo la responsabilidad del familiar.
- Informar al paciente y al familiar que en en caso de que el paciente no acepte voluntariamente recibir la atención, el paciente y el familiar responsable eximen al personal y a la Institución de

toda responsabilidad, dejando constancia de ello por escrito en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua.

- Elaborar en original y copia del formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia para que el familiar puede llevar al paciente a otra Institución para su atención. El original se entrega al familiar y la copia queda en el expediente firmada por el paciente y/o familiar responsable.

Término de la atención en APC por Abandono del servicio de APC sin autorización médica.

- Dar aviso al Personal de Vigilancia extensión 5411.
- Buscar al paciente exclusivamente dentro de las instalaciones de la institución y en caso de localizarlo trasladarlo nuevamente al servicio de APC.
- Documentar por escrito el abandono del paciente del servicio de APC sin autorización médica en el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua.
- Conocer que si en el lapso de una hora el paciente no fue localizado en la institución el médico residente solicitará a trabajo social contactar al familiar responsable para informar de la situación, solicitándole su apoyo para localizar al paciente.
- Realizará formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial y la entregará a trabajo social en original y dos copias (copia para el Asesor Jurídico del Instituto, para el Departamento de Trabajo Social y para el expediente clínico del paciente), si en el lapso de 24 horas siguiente a que el paciente abandono la institución sin autorización médica el familiar responsable no ha dado aviso de haber localizado al paciente,
- Documentar en el fomato INPDSCEC.03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua, que el paciente abandono sin autorización médica la institución puntualizando que se realizó búsqueda dentro de la institución y se avisó al familiar responsable.

Término de la atención en el servicio de APC por Defunción

a) Por condición médica o causa natural

- Determinar, constatar y documentar la defunción del paciente.
- Elaborar el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua en la que conste el término de la atención en APC por defunción, especificando la fecha, hora de la defunción, las causas de la misma, nombre completo, cédula profesional y firma.
- Informar al familiar de la defunción del paciente y causas de la misma.
- Solicitar al personal de trabajo social en caso que el paciente acudió solo al servicio de APC, contacte telefónicamente al familiar solicitando su presencia.
- Entregar al familiar responsable receta membretada de la Institución con nombre del paciente, edad y fecha de nacimiento, número de expediente, causa del fallecimiento, fecha y hora del deceso. El documento debe contar con nombre completo, número de cédula profesional y firma.
- Proporcionar su identificación oficial original (credencial de elector) al familiar responsable para que acuda a la Oficina de Trámites Funerarios a solicitar certificado de defunción. El familiar regresará a la Institución para que el médico residente a cargo elabore el certificado de defunción.
- Orientar al familiar responsable sobre los trámites a seguir para solicitar el certificado de defunción en la instancia correspondiente.
- Orientar al familiar responsable para que regrese al Instituto con el formato de certificado de defunción para que el médico residente de primer año proceda a su llenado.
- Requisitar correctamente el certificado de defunción y entregar al familiar responsable.

- Instruir al personal de enfermería para la preparación y entrega del cadáver al familiar responsable.

a) Por suicidio

- Determinar, constatar y documentar la defunción por suicidio del paciente en las instalaciones del Instituto.
- Elaborar el formato INPDSCEC-03-06.1 de Atención Psiquiátrica Continua, en el que conste el término de la atención en APC por defunción por suicidio, especificando la forma de suicidio, fecha, hora de la defunción y condiciones en las que se encontró el cuerpo del paciente. Nombre completo, cédula profesional y firma.
- Informar al familiar de la defunción por suicidio del paciente.
- Solicitar al personal de trabajo social en caso que el paciente acudió solo al servicio de APC, contacte telefónicamente al familiar solicitando su presencia.
- Informar al personal de trabajo social para que de aviso telefónico al Ministerio Público para que la autoridad correspondiente se presente a certificar el fallecimiento. A partir del momento en que se determine y constate la defunción por suicidio el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró hasta la llegada del Ministerio Público.
- Explicar al familiar responsable que el cuerpo debe permanecer tal y como se encontró y así debe permanecer hasta la llegada del Ministerio Público.
- Requisitar el formato de notificación ministerial, en original y dos copias (copia para el Asesor Jurídico del Instituto, para el Departamento de Trabajo Social y para el expediente clínico del paciente).
- Acudir a la Agencia del Ministerio Público a rendir declaración en caso que así lo solicite la autoridad competente en caso de término de la atención en APC por defunción por suicidio.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Enfermería en APCserá responsable:

Estabilización del Cuadro Clínico con canalización al servicio de preconsulta o consulta externa:

- Anotar en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, los pormenores del manejo del cuadro clínico y registrar en la libreta de control de urgencias estabilización del cuadro clínico.

Internamiento en el servicio de Hospital

- Anotar en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua los pormenores del manejo del cuadro clínico, a que tratamiento se interna el paciente y registrar en la libreta de control de urgencias en que tratamiento quedara el paciente.

Referencia a otra unidad médica

- Anotar en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua y en la libreta de control de urgencias a la unidad donde fue referido.

Alta Voluntaria

- Documentar los pormenores del rechazo de atención por parte del usuario, en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continúa.

Por abandono del servicio de APC sin autorización médica

- Notificar al médico del suceso, si regresa el paciente se realizara nuevamente valoración (estado en que se encuentra) y se notificara al médico se efectuaran anotaciones en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua registrando, hora del suceso, hora en la que se le aviso al médico y nombre, descripción clara del evento.

Defunción:

- **Condición Médica o causa natural**

- Recibir la notificación del médico responsable del deceso y realizar aislamiento del cadáver cubriéndolo con una sabana.
- Realizar el procedimiento de amortajamiento cuando el médico indique que ya se puede realizar este. colocar el membrete de identificación que incluye: nombre completo del occiso, fecha de nacimiento fecha y hora del deceso, número de registro, nombre completo de la enfermera. Servicio (área de A.P.C) diagnostico.
- Anotar en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa hora de la defunción y pormenores del este, siendo responsabilidad del personal de enfermería realizar esta actividad.
- Efectuar toma de electrocardiograma en caso de defunción antes de realizar procedimiento de amortajamiento.

- **Por Suicidio**

- Cerrar y sellar el área ante el evento consumado hasta la presencia del ministerio público.
- Anotar en el formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua la hora en que se descubrió el suceso y se le aviso al médico, descripción de los pormenores y hora que se le da al deceso.
- Acudir a la agencia del ministerio público a rendir declaración en caso de solicitud de la autoridad competente.
- Efectuar ingreso y egreso administrativo al sistema hospitalario “Health Center”.
- Entregar el cadáver al ministerio publico llenar correctamente el formato INPDSCEC-07-06 de Entrega de Cadáver y orientar al familiar responsable los trámites a seguir.

3.5 La Subdirección de Hospitalización a través Departamento de Trabajo Social será responsable de:

- Llevar a cabo las siguientes actividades de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 20:00 hrs.
- Orientar al familiar sobre los procedimientos a seguir en cada uno de los casos.
- Iniciar el trámite de egreso previa notificación médica, indicando fecha y motivo de término de la atención en el área de APC a la brevedad posible.
- Registrar cuando ocurra el evento (defunción, fuga o suicidio), en la libreta de servicio vigente.
- Realizar en caso de que el paciente acuda solo y el médico requiera la localización inmediata de los familiares, solicitar su presencia en la Institución.
- Acudir a la Agencia del Ministerio Público a rendir declaración, en caso de solicitud de la autoridad competente.
- Aplicar el procedimiento de notificación ministerial si procede el caso (suicidio).

3.6 La Subdirección de Consulta Externa a través del Área de Archivo Clínico será responsable de:

- Verificar que los expedientes clínicos y las hojas de atención psiquiátrica continua, sean devueltas al siguiente día hábil.

3.7 La Dirección de Servicios Clínicos a través de la Coordinación Administrativa será responsable de:

- Entregar la notificación ministerial en la agencia correspondiente y remitir copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y al Asesor Jurídico del Instituto.

3.8 El Asesor Jurídico de la Institución será responsable del seguimiento del caso.

- En caso del Egreso de Atención Psiquiátrica Continua por suicidio, y por abandono de la unidad sin autorización médica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) ESTABILIZACION DEL CUADRO CLINICO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de APC)	**1**	Evalúa situación médica del paciente y le informa que en base a la atención médica proporcionada, su padecimiento se ha estabilizado.	
Subdirección de Hospitalización (APC)	**2**	Requisita Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa, Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución y Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones medicas describiendo la estabilización del cuadro clínico.	INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de APC)	**3**	Orienta al familiar responsable acerca de la estabilización del cuadro clínico y proporciona información en caso de presentarse nuevamente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de APC)	**4**	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en atención psiquiátrica continua, Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua y en Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua, entrega al médico responsable de APC.	INPDSCEC-07-02 INPSCH-103 INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de APC)	**5**	Recibe documentos de integración de referencia, turna al titular del área de Atención Psiquiátrica Continua, para su conocimiento, valora y determina el manejo del paciente, al término de la atención en el área de Atención Psiquiátrica Continúa. a) Consulta externa: Si es paciente de primera vez, entrega receta médica de Atención Psiquiátrica Continúa e informa que tramite el servicio de preconsulta. **(Aplica procedimiento de atención de preconsulta).** Si es paciente del instituto, informa que tramite el servicio de consulta subsecuente. **(Aplica procedimiento de atención de consulta subsecuente).**	
Subdirección de Hospitalización (Responsable del Área Médica de APC)	**6**	Recibe documentación, verifica y entrega al archivo clínico y registra la consulta de Atención Psiquiátrica Continúa en la libreta del área médica de Atención Psiquiátrica Continúa.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

B) INTERNAMIENTO EN EL SERVICIO DE HOSPITAL

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**1**	Evalúa situación médica del paciente, le informa que en base a su padecimiento, se requiere de internamiento y solicita internamiento al área médica de hospital.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**2**	Recibe solicitud , evalúa el caso de acuerdo a los criterios de hospitalización y a los criterios de referencia Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Informa al área médica de APC, los motivos de la no autorización del internamiento (**Pasa al procedimiento de Referencia a otra Unidad Médica)**	
	3	Autoriza internamiento e informa al área médica de APC, para su seguimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**4**	Informa al paciente y familiar responsable la necesidad de que sea ingresado a hospitalización, proporciona información de internamiento y recaba firma del paciente y familiar en el formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento informado de ingreso hospitalario. Requisita Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa, Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución y Formato INPDSCEC-03-05.5Indicaciones medicas describiendo el cuadro clínico y los motivos de internamiento.	INPDSCEC-03-04.1 INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en atención psiquiátrica continua, en Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua y en Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua, entrega al médico responsable de Atención Psiquiátrica Continúa.	INPDSCEC-07-02 INPSCH-103 INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**6**	Recibe documentos de integración de internamiento, los concentra, y entrega al área de trabajo social, documentación y paciente para su seguimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social)	**7**	Recibe documentación y paciente verifica documentos y efectúa trámite de ingreso y egreso de trabajo social hospitalario. (Pasa al Procedimiento de Ingreso Hospitalario).	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

C) REFERENCIA DE ATENCIÓN PSIQUIATRICA CONTINÚA A OTRA UNIDAD MEDICA0

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**1**	Evalúa situación médica del paciente y le informa que en base a su padecimiento, es necesario que sea referido a otra unidad para su atención médica.	
	2	Requisita Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia/contrarreferencia, realiza enlace interinstitucional con la unidad de atención médica correspondiente, en coordinación con el Departamento de Trabajo Social, verifica la presencia del familiar y en caso de que no se logre el enlace, documenta la nota y entrega al paciente y/o familiar.	INPDSCEC-01-06
	3	Orienta al familiar responsable acerca de la referencia del paciente a otra unidad de atención médica y solicita firmas de recibido en la Nota de Referencia/Contrarreferencia INPDSCEC-01-06, entrega al familiar y recaba firma de aceptación y resguarda copia.	
	4	Requisita Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa. Requisita Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución y Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones medicas (en caso de que el paciente permanezca en observación. Describe el cuadro clínico y los motivos de la referencia.	INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en atención psiquiátrica continua, integra Formato INPDSCEC-01-06 Formato de referencia/contrarreferencia, Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua y Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua y entrega al médico responsable de APC.	INPDSCEC-07-02 INPDSCEC-01-06 INPSCH-103 INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**6**	Recibe documentos de integración de referencia y turna al titular del área de Atención Psiquiátrica Continua, para su conocimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Responsable del Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**7**	Recibe documentación, verifica referencias y entrega al archivo clínico.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

D) POR VOLUNTAD DEL PACIENTE

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**1**	Recibe informe del usuario de la no aceptación del tratamiento médico y de no seguir las indicaciones medicas.	
	2	Requisita el Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua y Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia/Contrarreferencia y recaba firma del usuario.	INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-01-06
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Jefatura de Enfermería)	**3**	Realiza anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, e integra Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua, Formato INPSCH-103 Volante de consulta en atención psiquiátrica continua y notifica al jefe del servicio y turna documentación al médico responsable.	INPDSCEC-07-02 INPDSCEC-03-06.1 INPSCH-103
	4	Realiza anotaciones en Formato INPDSCEN-07-04 Reporte de supervisión de 24 horas y turna la Jefe de servicio.	INPDSCEN-07-04
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Recibe documentos de integración de egreso y turna al titular del área de Atención Psiquiátrica Continúa, para su conocimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Responsable del Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**6**	Recibe documentación, verifica término de la atención y entrega al archivo clínico.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

E) POR ABANDONO DEL AREA DE APC SIN AUTORIZACION MEDICA

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa) y (Área de Enfermería)	**1**	Identifica la ausencia del usuario del área de Atención Psiquiátrica Continua.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**2**	Indica a vigilancia, al área de trabajo social y al área de enfermería, realicen la búsqueda del usuario en la Institución, e indica a trabajo social localice al familiar del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**3**	Inicia localización de familiar y solicita al familiar que utilice sus recursos para la búsqueda del paciente fuera de la institución e informe a la misma el resultado de manera inmediata.	
	4	Recibe reporte del familiar, localiza paciente: Procede: Si: a) En caso de que el paciente sea localizado y regrese al Instituto, indica pase al Área de Atención Psiquiátrica Continúa, para revaloración clínica. **(Termina Procedimiento)** b) En caso de el paciente sea localizado y no regrese al Instituto, sugiere vía telefónica, continúe con su tratamiento o acuda a otra unidad médica. **(Termina Procedimiento)** No: Informa al área médica de la no localización del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Recibe del área de trabajo social informe de no localización del paciente. Recibe al familiar del paciente, informa del abandono del área de APC y explica pormenores del evento y situación médica del paciente, requisita Formato INPDSCEC-03-06.1 de APC. Elabora Formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial turna al Área de Trabajo Social para su seguimiento e indica al familiar pase con el área de enfermería para lo correspondiente.	INPDSCEC-03-06.1 INPDSCEC-21
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social)	**6**	Recibe y tramita envío de la notificación ministerial con la Coordinación Administrativa de la Dirección de Servicios Clínicos.	
Dirección de Servicios Clínicos (Coordinación Administrativa)	**7**	Entrega la notificación ministerial a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, remite copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y Asesor Jurídico del Instituto.	
Subdirección de Hospitalización	**8**	Efectúa anotaciones describiendo los pormenores del suceso en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de	INPDSCEC-07-02 INPSCH-103

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
(Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)		enfermería en atención psiquiátrica continua, Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua y Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua, entrega al médico responsable de Atención Psiquiátrica Continúa.	INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**9**	Recibe documentos de integración del abandono del usuario y turna al titular del área de Atención Psiquiátrica Continúa, para su conocimiento.	
	10	Recibe documentos, verifica y entrega al archivo clínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**11**	Recibe expediente, revisa, ordena y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

F) POR DEFUNCION (CONDICION MÉDICA O CAUSA NATURAL)

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**1**	Determina defunción y tipo de la misma, notifica al Área de Enfermería, al Departamento de Trabajo Social, y al familiar.	
	2	Anota los pormenores del evento en Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua.	INPDSCEC-03-06.1
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**3**	Recibe notificación de egreso por defunción y efectúa toma de electrocardiograma, efectúa procedimiento de amortajamiento (anota datos de identificación en etiqueta grande se pega en el tórax del paciente interna y externamente).	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área Trabajo Social)	**4**	Recibe notificación médica de egreso por defunción y localiza de forma urgente al familiar responsable, en caso de que el usuario haya acudido solo.	
	5	Orienta al familiar sobre dónde y con quien debe acudir por su certificado de defunción e indica que debe contratar un servicio funerario y le solicita presente dos copias del certificado de defunción y turna al Área Médica.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**6**	Requisita certificado de defunción y entrega al familiar.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**7**	Requisita Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de Cadáver (traslada al personal que recogerá el cadáver al lugar y entrega el mismo.	INPDSCEC-07-06
	8	Realiza anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en atención psiquiátrica continua, integra en Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua, Formato INPSCH-103 Volante de consulta de atención psiquiátrica continua, certificado de defunción y Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de cadáver, notifica al jefe del servicio y turna documentos al médico responsable.	INPDSCEC-07-02 INPDSCEC-03-06.1 INPSCH-103 INPDSCEC-07-06
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**9**	Recibe documentos de integración de término de la atención en el área de Atención psiquiátrica continua y turna al titular, para su conocimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Responsable del Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**10**	Recibe documentación, verifica término de la atención en el área de Atención Psiquiátrica Continúa, y entrega al archivo clínico.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

G) POR DEFUNCION (POR SUICIDIO)

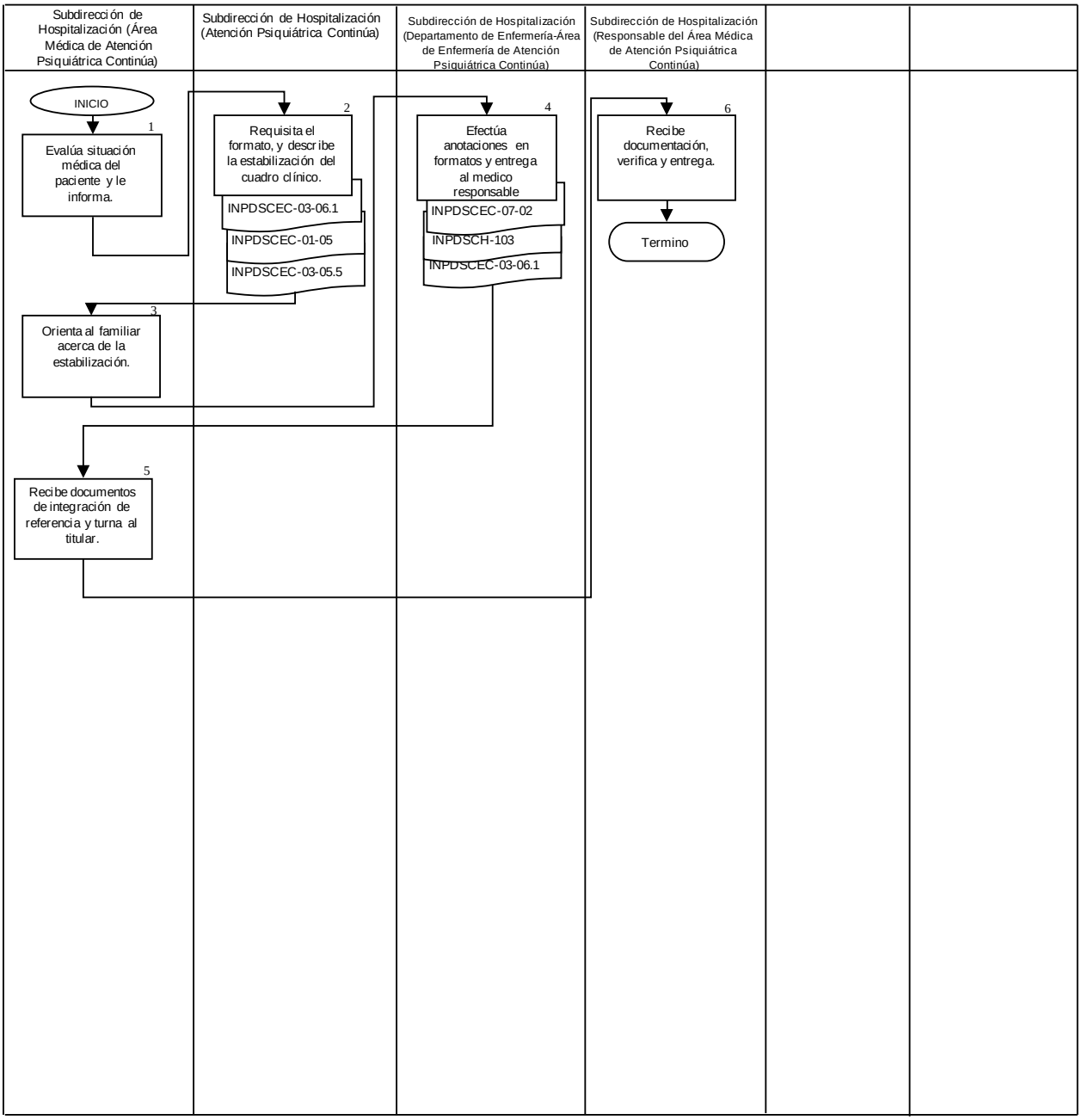
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**1**	Avisa al médico responsable del suceso.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**2**	Acude al lugar del evento, determina y documenta la muerte por suicidio del paciente en el Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa e instruye al Área de Enfermería el seguimiento correspondiente.	INPDSCEC-03-06.1
	3	Realiza procedimiento de aislamiento y del área hasta la presencia del ministerio público. Avisa al jefe de servicio y/o responsable del servicio.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**4**	Notifica el suicidio del paciente al familiar responsable: en caso de que no se encuentre presente el familiar, solicita sea localizado por el departamento de Trabajo Social para su orientación y seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**5**	Notifica el suicidio del paciente al familiar responsable: en caso de que no se encuentre presente el familiar, solicita sea localizado por el departamento de Trabajo Social para su orientación y seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área de Trabajo Social)	**6**	Recibe al familiar del paciente, e informa que el caso es médico legal y solicita espere indicaciones del Ministerio Público y orienta al familiar de los trámites a seguir.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**7**	Elabora Formato INPDSCEC-21 Notificación Ministerial y entrega al Departamento de Trabajo Social.	INPDSCEC-21
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área de Trabajo Social)	**8**	Turna la Notificación Ministerial a la Coordinación Administrativa de la Dirección de Servicios Clínicos.	
Dirección de Servicios Clínicos (Coordinación Administrativa)	**9**	Recibe notificación ministerial, y entrega a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, remite copia de recibo al Departamento de Trabajo Social y al Asesor Jurídico del Instituto para su conocimiento.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continúa)	**10**	Recibe al Ministerio Público y proporciona la información solicitada para el seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Trabajo Social-Área de Trabajo Social)	**11**	Solicita al familiar responsable pase a identificar el cadáver.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de APC)	**12**	Entrega cadáver al ministerio público y formato INPDSCEC-07-06 Entrega de cadáver	INPDSCEC-07-06
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería-Área de Enfermería de Atención Psiquiátrica Continúa)	**13**	Efectúa anotaciones en Formato INPDSCEC-07-02 Registro de enfermería en atención psiquiátrica continua.	INPDSCEC-07-02
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

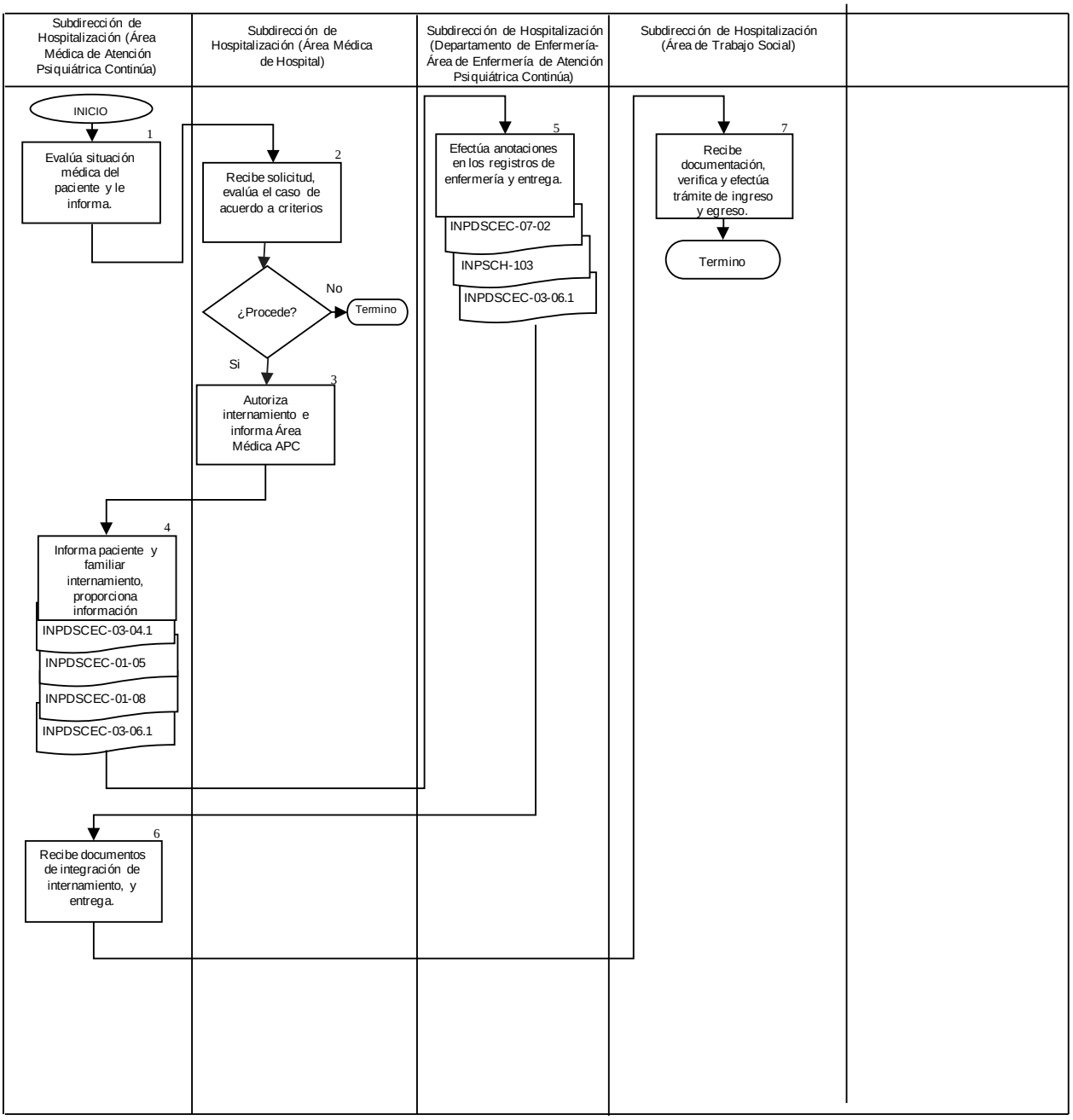
5. DIAGRAMA DE FLUJO

ESTABILIZACION DEL CUADRO CLINICO



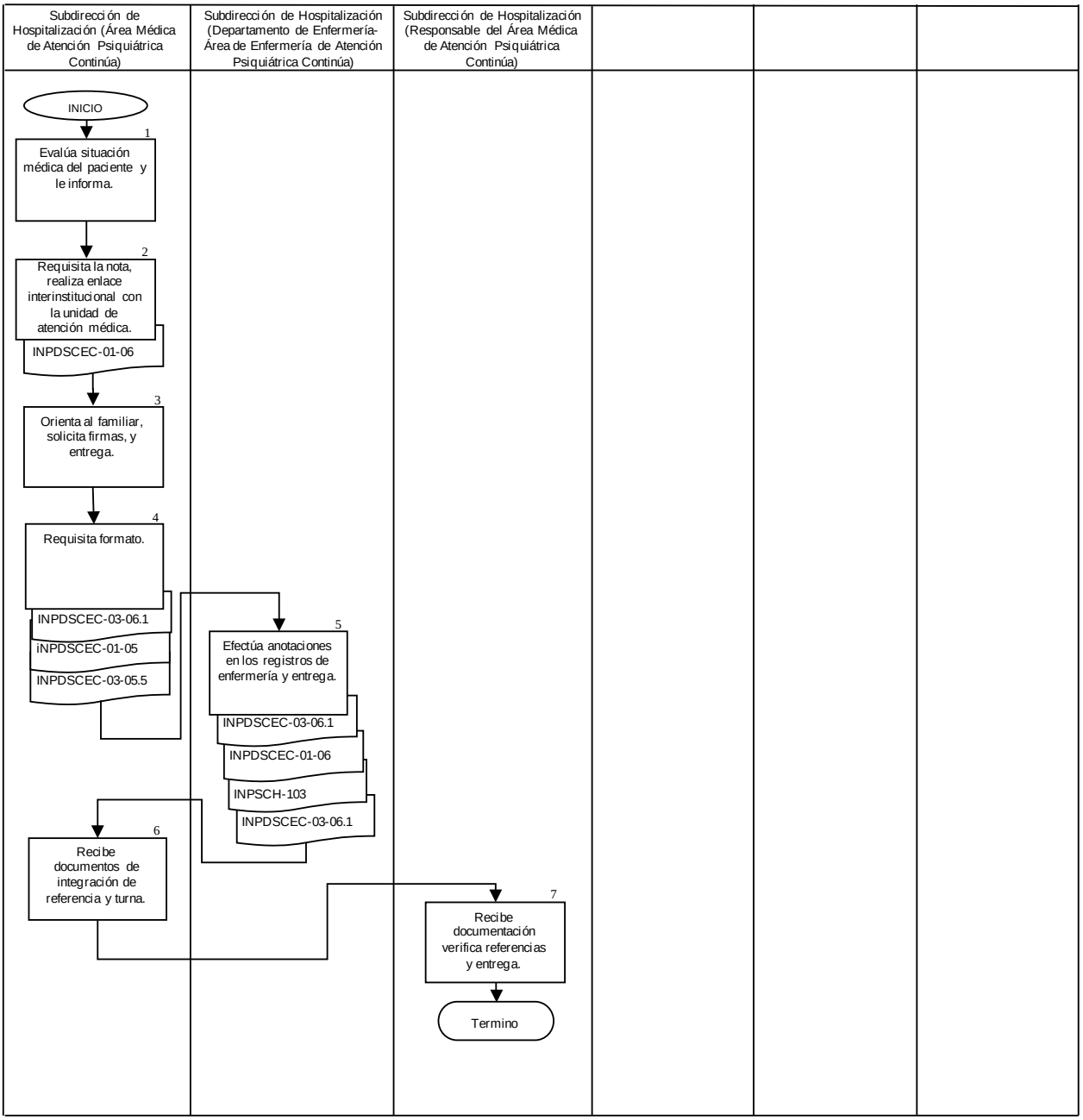
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

INTERNAMIENTO EN EL SERVICIO DE HOSPITAL



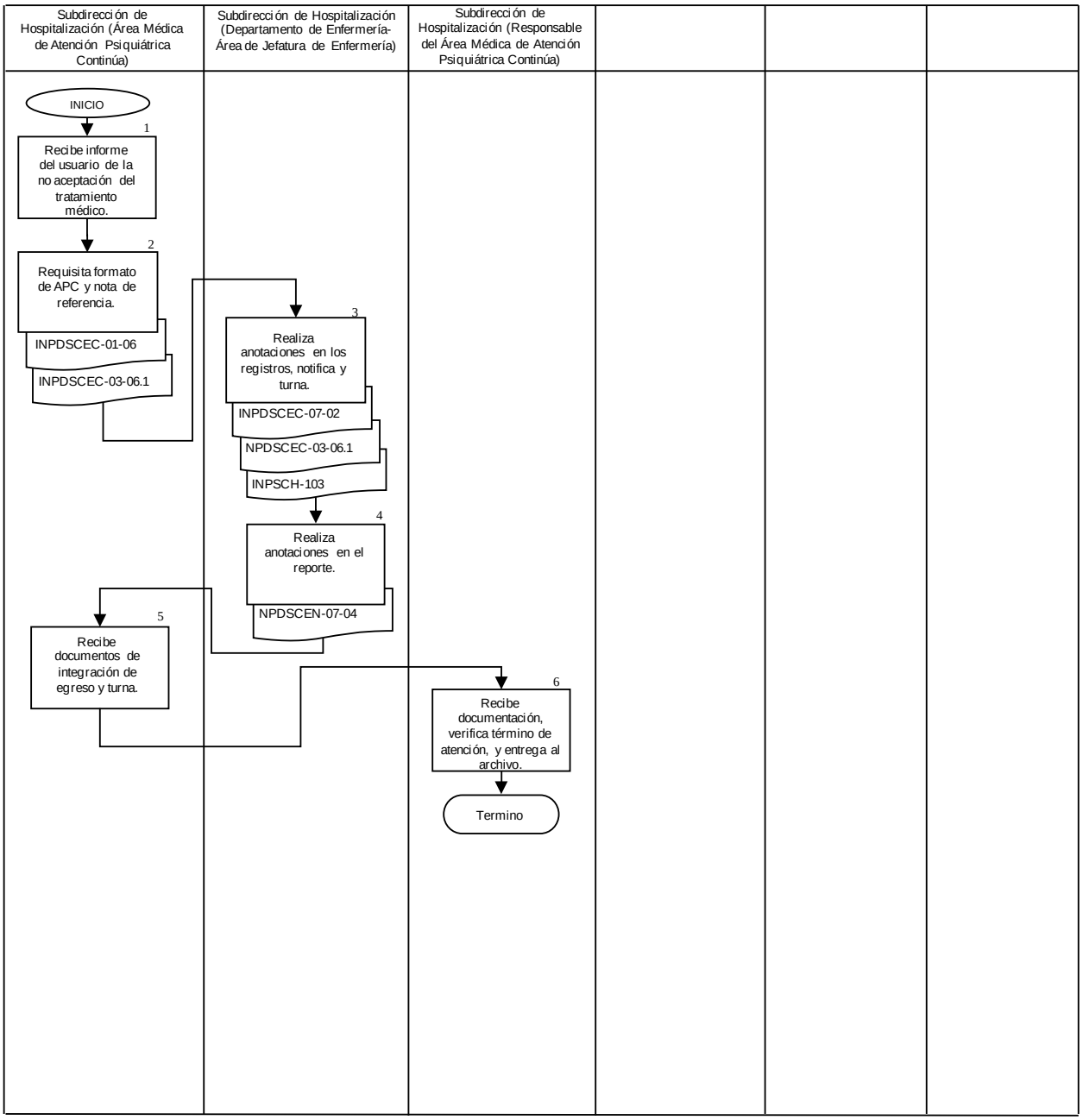
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

REFERENCIA EN ATENCIÓN PSIQUIATRICA CONTINÚA A OTRA UNIDAD MEDICA



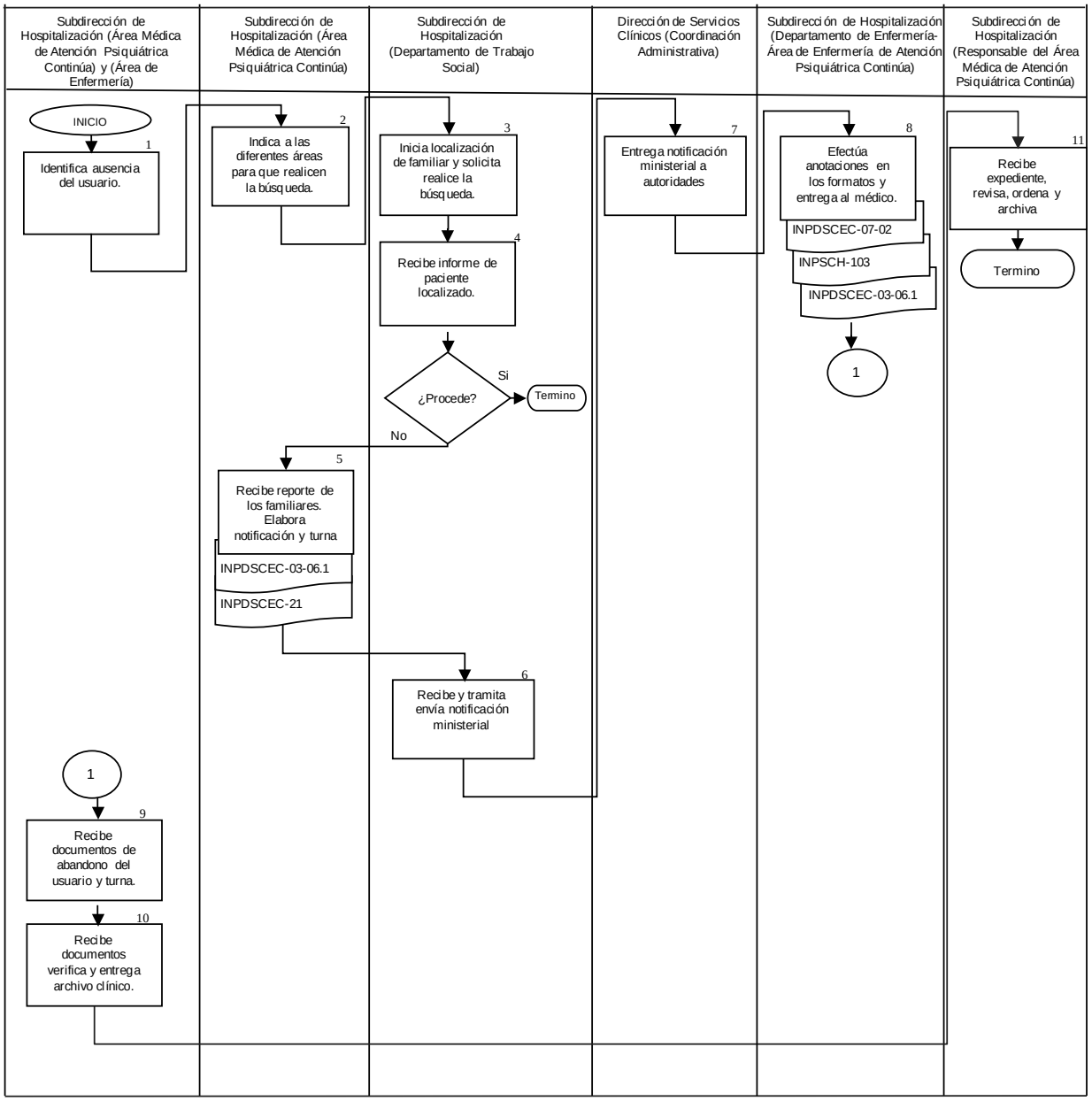
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

POR VOLUNTAD DEL PACIENTE



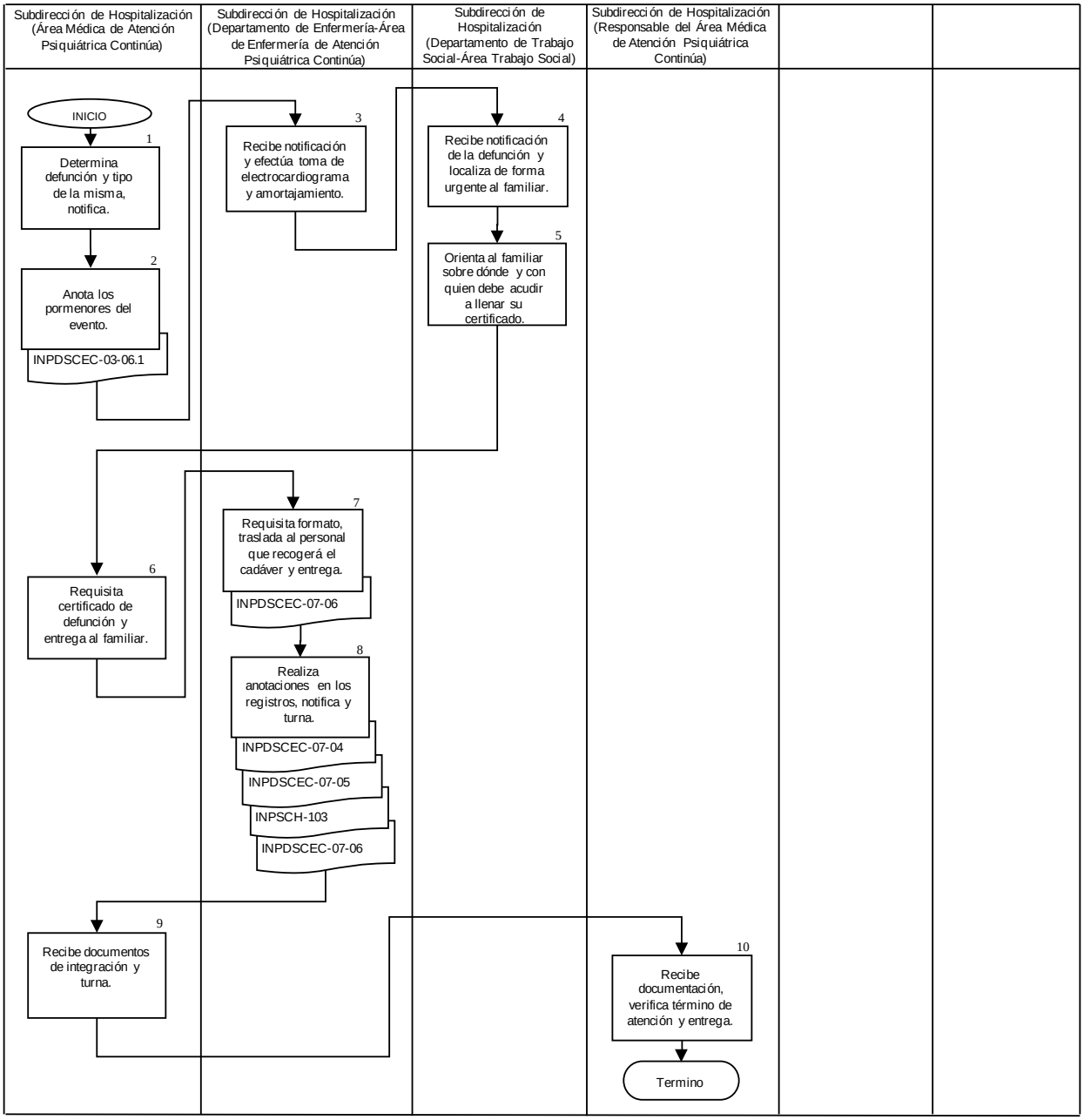
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

POR ABANDONO DEL AREA DE APC SIN AUTORIZACION MEDICA



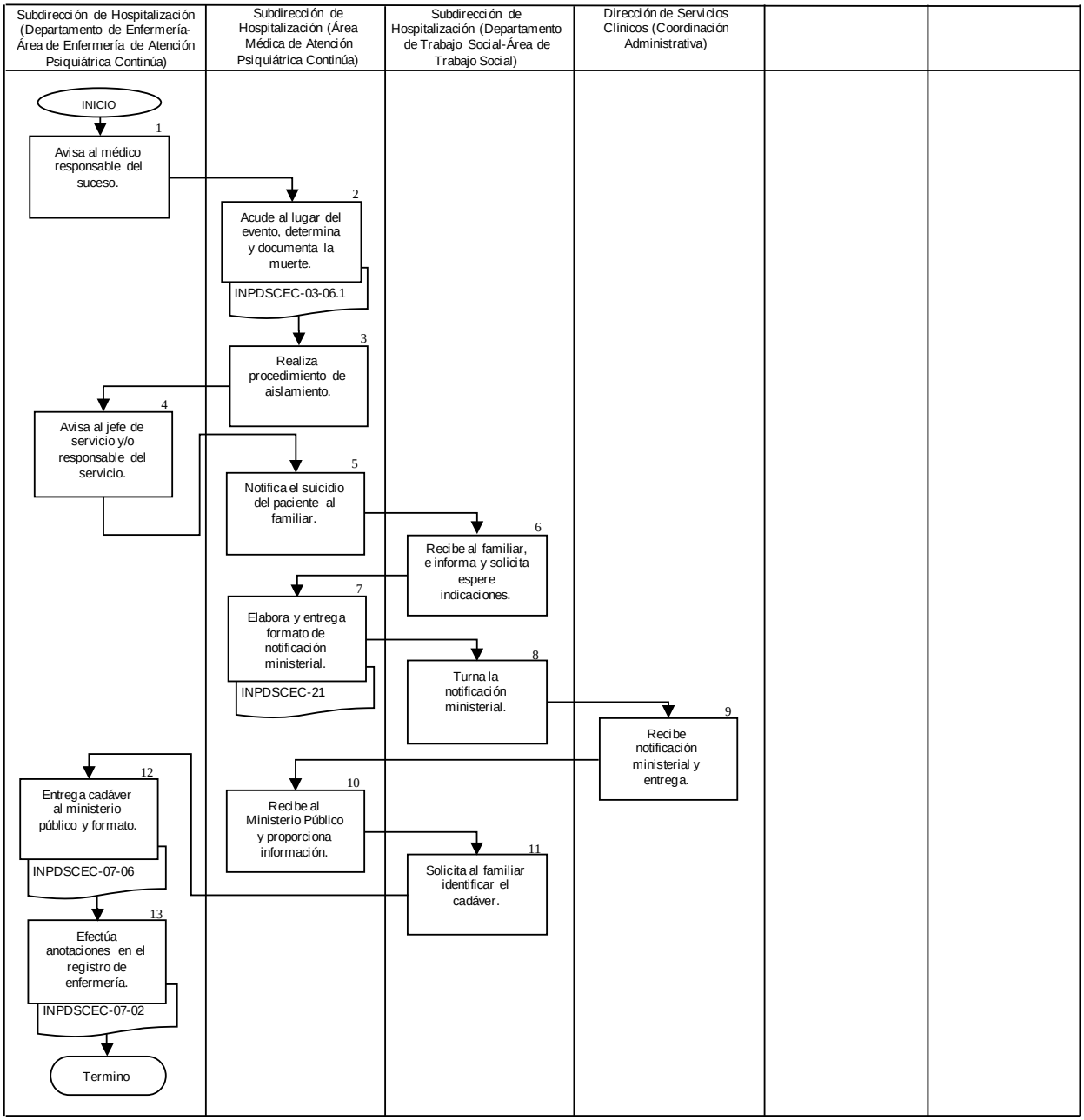
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

DEFUNCION
A) CONDICION MEDICA O CAUSA NATURAL



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

DEFUNCION
B) POR SUICIDIO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Alta:** Es la acción que indica que una persona salió de un servicio.

8.2 **Defunción: Se** entenderá como el cese de la función de los órganos vitales del paciente

8.3 **Defunción por muerte clínica:** El cese o función de los signos vitales del paciente como resultado de su estado clínico o evolución de la enfermedad.

8.4 **Defunción por suicidio:** Es el atentado que comete el paciente en contra de su propia persona y que termina con el cese de la función de los signos vitales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

10.3 Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia/Contrarreferencia.

10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia/Contrarreferencia.

10.5 Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.

10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.1 Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.

10.6 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.7 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas.
10.8 Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.9 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.10 Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continúa.
10.11 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continúa.
10.13 Formato INPDSCEN-07-04.- Reporte de Supervisión de 24 horas.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-04.- Reporte de Supervisión de 24 horas.
10.15 Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de Cadáver.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-06 Entrega de Cadáver.
10.17 Formato INPDSCEC-21.- Notificación Ministerial.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-21.- Notificación Ministerial.
10.19 Formato INPSCH-103.- Volante de Consulta de Atención Psiquiátrica Continua.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPSCH-103.- Volante de Consulta de Atención Psiquiátrica Continúa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

9. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA PARA TEC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar un tratamiento médico alternativo a pacientes que así lo requieran, ya sea por: resistencia, intolerancia a fármacos, situación de alto riesgo, de daño así mismos u otros, antecedente de buena respuesta previa a terapia eléctrica (TEC).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización, a la Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico), y al Área de Enfermería en Hospitalización y al área de Terapia Eléctrica (TEC).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que, por su padecimiento psiquiátrico se encuentren hospitalizados y requieran TEC, o estén siendo tratados en la Consulta Externa y requieran Terapia Eléctrica (TEC) de mantenimiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El personal de salud de la Subdirección de Hospitalizacion que participar en el procedimiento para la aplicación de la anestesia en TEC, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad para la Atencion en Salud con Calidad y Seguridad:

  I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

  - ✓ MISP.1 Para identificar correctamente a los pacientes.
  - ✓ MISP.3 Para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
  - ✓ MISP.4 Procedimiento correcto al paciente correcto (para la aplicación del protocolo universal).
  - ✓ MISP.5 Programa integral de higiene de manos.
  - ✓ MISP.6 Para reducir el riesgo de daño del paciente por causa de caídas.

  II. Estándares centrados en el paciente

  Derechos del paciente y su familia (PFR)

  - ✓ PFR.6 Para obtener Consentimiento Informado.

  Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

  - ✓ ASC.3 Para la atención de pacientes a quienes se administra anestesia.

  IV. Sistemas críticos para la seguridad del paciente

  - ✓ PCI.6 De la limpieza e higiene del reuso de materiales y dispositivos desechables.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al médico anestesiólogo verificar con precisión la identidad del paciente, solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **Ver MISP.1**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería verificar que no se aplique ningún medicamento ni se lleve a cabo el procedimiento si el paciente no porta su brazalete de identificación. **Ver MISP.1**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería en el área de TEC que previo a la aplicación del procedimiento, deberán verificar con precisión la identidad del paciente,

solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **Ver MISP.1**

- Instruir al personal médico y de enfermería que los medicamentos considerados de alto riesgo en el área de hospitalización, son los electrolitos séricos mismos que únicamente se encuentran perfectamente identificados en los tres carros rojos disponibles en las siguientes áreas: Área de Atención Psiquiátrica Continúa, Área de Terapia Eléctrica, Área de Tratamientos III, la indicación de aplicar estos medicamentos al paciente, es competencia del personal médico y su aplicación al personal de enfermería, apegándose a los lineamientos de los 8 correctos. **Ver MISP.6**
- Instruir al médico anestesiólogo para que verifique que en el expediente clínico del paciente se encuentra debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica, con nombre y firma del paciente, nombre y firma del familiar responsable, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra adscrito que propone la TEC, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra a cargo de la Subdirección de Hospital y nombre, firma y cédula profesional del médico anestesiólogo. **Ver Proceso PFR.6**
- Instruir al médico anestesiólogo para llevar a cabo la revisión de los resultados de los estudios de laboratorio, los resultados de los estudios de mapeo cerebral, la interpretación de los estudios de imágenes cerebrales, las valoraciones de interconsulta a medicina interna, y plasmar en el formato INPDSCEC-03-03.1 de Solicitud de Valoración de Anestesia procedencia de la aplicación de la misma. **Ver Proceso ASC.3**
- Instruir al personal de salud que durante el procedimiento de TEC en el área de TEC y en el área de recuperación al menos deben estar presentes: un médico anestesiólogo, dos médicos residentes de psiquiatría, una enfermera y una auxiliar de enfermería.
- Supervisar que todo el personal conozca, respete y difunda los derechos de los pacientes.
- Instruir al personal médico y de enfermería proporcionar trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.
- Supervisar que la administración de anestesia para aplicación de Terapia Eléctrica, se lleve a cabo en el área de TEC.
- Identificar y difundir al personal de salud que el área de Terapia Eléctrica (TEC) deberá considerarse como un servicio de alto riesgo, debidamente acondicionado para la buena realización del TEC, con espacio suficiente que brinde comodidad y seguridad al paciente, al personal médico y al personal de enfermería. Debe contar con un área de recuperación postanestésica con dos camas bajas con barandales abatibles donde serán trasladados los pacientes al terminar el TEC.
- Asegurar la disponibilidad de médico especialista en anestesiología, con cédula de especialista y certificación vigente por el Consejo de Anestesiología, con experiencia en la administración de anestesia para la aplicación de TEC.
- Asignar un médico anestesiólogo calificado que cuente con las capacidades, habilidades y competencias suficientes en materia de psiquiatría y salud mental, como médico responsable de vigilar y supervisar la atención y manejo por parte de los médicos residentes a las distintas fases de atención del paciente.
- Solicitar al médico anestesiólogo que se identifique como médico responsable de la atención del paciente y presentarse con el personal de salud, el paciente y su familiar, con el propósito de asumir la responsabilidad en las diferentes fases de la atención del paciente, documentando las mismas en el expediente clínico.
- Asegurar que el médico especialista en anestesiología es el único autorizado para administrar la anestesia para la aplicación TEC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Verificar que la Terapia Eléctrica (TEC) se proporcione a aquellos pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que por su padecimiento así lo requieran.
- Asegurar la disponibilidad del servicio de aplicación de anestesia para pacientes que por su padecimiento y de acuerdo a indicación del médico psiquiatra adscrito requieran Terapia Eléctrica (TEC).
- Asegurar la disponibilidad de médico anestesiólogo, con cédula de especialista y certificación vigente por el Consejo de Anestesiología, con experiencia en la administración de anestesia para la aplicación de TEC.
- Asegurar que el médico anestesiólogo sea el único autorizado para administrar la anestesia para la aplicación TEC.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito a determinar el número de sesiones de TEC que recibirá el paciente, y de acuerdo a éstas será el número de aplicación de anestesia el promedio es de 10 con un rango habitual de 8 a 12 sesiones en un internamiento.
- Informar al personal médico y de enfermería que los TEC deberán aplicarse tres veces a la semana lunes, miércoles y viernes, en horario matutino.
- Informar al personal médico y de enfermería proporcionar TEC de mantenimiento a los pacientes que habiendo egresado del Servicio de Hospital así lo ameriten, de acuerdo a lo determinado por el médico adscrito.
- Instruir al médico residente de primer año para que entregue el formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración de Anestesia en el formato correspondiente, al médico anestesiólogo junto con el expediente clínico del paciente.
- Instruir al personal médico adscrito y personal médico residente que de no cubrirse los requisitos estipulados no se realizará la evaluación preanestésica.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito, personal médico residente y médico anestesiólogo para que verifiquen que todo paciente que reciba TEC cuente con resultados de estudios en el expediente clínico de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo) y de gabinete con una vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo, mapeo cerebral o electroencefalograma, electrocardiograma y radiografía de tórax).
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito, personal médico residente y médico anestesiólogo que en caso de que el paciente sea portador de hiper o de hipotiroidismo, reciba tratamiento hormonal sustitutivo y se encuentre eutiroideo previo a la administración de TEC. De no ser así se diferirá la valoración anestésica.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito, personal médico residente y médico anestesiólogo para que verifiquen que todo paciente que reciba TEC cuente con valoración de medicina interna solicitando que se especifique la clasificación del riesgo cardiovascular (Goldman y Caldera), respiratorio y tromboembólico.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito y al personal médico residente solicitar al servicio de medicina interna que en base a su valoración otorgue las recomendaciones pertinentes necesarias para que el paciente se presente al tratamiento en las mejores condiciones posibles. Si existe una condición médica descompensada como hiper o hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, arritmias, aneurisma, glaucoma se diferirá la aplicación de TEC hasta lograr la estabilización del paciente.
- Instruir al personal médico residente para que presente al paciente al médico anestesiólogo para su valoración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al médico anestesiólogo para que entreviste al paciente y al familiar para corroborar datos importantes de la historia clínica que puedan influir en la técnica de la anestesia que se va a aplicar.
  - Padecimientos actuales concomitantes al padecimiento psiquiátrico.
  - Antecedente de anestesias previas:
  - ¿En qué fechas se practicaron?
  - ¿Tipos de procedimientos efectuados?
  - ¿Presentó algún tipo de reacción a los medicamentos anestésicos?
  - ¿Cuál fue el manejo de las complicaciones?
  - ¿Quedo alguna secuela transitoria o permanente?
- Solicitar al médico anestesiólogo que cumplidos todos los puntos anteriores proceda a la valoración preanestésica en el formato NPDSCEC-03-03.1 de Valoración Anestesica.
- Solicitar al médico anestesiólogo recabar antecedentes alérgicos, quirúrgicos, médicos, asma bronquial, hipertensión arterial, cardiopatía, problemas metabólicos, tumorales, hormonales, malformaciones congénitas, consumo de tabaco. Tratamiento farmacológico actual, medicamentos administrados en las últimas 24 horas, resultado del electrocardiograma, y sobre todo el riesgo anestésico; a fin de cumplir con el procedimiento correcto.
- Solicitar al médico anestesiólogo:
  - Verificar el riesgo cardiovascular, respiratorio y tromboembólico.
  - Clasificar el estado físico del paciente de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA)
  - Determinar y anotar en la Hoja de Valoración Anestésica el riesgo anestésico en base a toda la información recabada.
  - Anotar en el expediente clínico cualquier recomendación que considere necesaria previa a la aplicación de la anestesia.
- Solicitar al médico anestesiólogo establezca la Clasificación Final del paciente de acuerdo al tipo de procedimiento y duración, y si es un procedimiento invasivo o no invasivo.
  - E = Electivo
  - U = Urgente
  - A = No invasivo o mínimamente invasivo
  - B = Invasivo
- Solicitar al médico anestesiólogo indicar si es necesaria una medicación previa a la técnica anestésica.
- Solicitar al médico anestesiólogo interrogar acerca de la presencia de prótesis removibles o fijas que puedan lesionar al paciente u obstruir la vía aérea como prótesis dentales, de extremidades, aparatos para la sordera, pupilente, pearcing.
- Instruir al personal médico psiquiatra adscrito, médico residente y médico anestesiólogo anotar en las indicaciones médicas que se retiren todas las prótesis removibles que porte el paciente antes del TEC. Y que después del TEC al regresar el paciente a su habitación se recoloquen las prótesis que se retiraron.
- Instruir al personal de enfermería para que la enfermera a cargo del paciente verifique que se retiraron todas las prótesis removibles y así lo informe al personal de enfermería que recibe al paciente en el área de TEC.
- Instruir al médico anestesiólogo para que elija la técnica anestésica a seguir de acuerdo a la valoración del paciente. En el caso de la TEC:
- Verificar que el personal de salud en el área de TEC cumpla con las siguientes recomendaciones determinadas en caso de pacientes que cursan con infección o inmunodeprimidos:

- Que el personal médico informe al personal de TEC, (anestesiólogo y personal de enfermería), en el caso de que el paciente al que se va administrar el TEC curse con infección o esté inmunodeprimido.
- Verificar que todo paciente que reciba TEC debe contar con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel y mordedera, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas.
- Verificar que el personal de enfermería se hace cargo del aseo por separado de dicho material y de su almacenaje de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería.

- Instruir al personal de enfermería verificar que el paciente tiene un ayuno mínimo previo de 8 horas, siendo la última toma de alimentos una ración normal de dieta blanda sin irritantes, para evitar síntomas gastrointestinales como náusea, reflujo, vómito, pirosis, diarrea que pueden diferir el procedimiento.
- Instruir al personal de enfermería verificar que el o la paciente que va a ser sometido a TEC se presente sin maquillaje, sin uñas postizas, uñas despintadas, sin accesorios como pasadores, peinetas, lazos, ligas, cordeles, aretes, anillos, relojes, pulseras.
- Instruir al personal médico residente en caso de TEC ambulatorio (paciente no hospitalizado) otorgar por escrito las indicaciones necesarias, mismas que deben quedar perfectamente claras tanto al paciente como al familiar responsable.
- Instruir al personal médico residente y al personal de enfermería que si el paciente no cumple con las indicaciones se suspende y se reprograma el procedimiento.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que son motivo de suspensión de la anestesia y del TEC las siguientes causas:
  - Ausencia en la sala de espera del familiar responsable y/o cuidador del paciente.
  - Cuadro febril.
  - Cuadro infeccioso activo.
  - Descompensación metabólica.
  - Enfermedad cardiovascular descompensada.
  - Antecedentes de hipertermia maligna.
  - Hemosiderosis.
  - Cirugía mayor reciente de 3 meses de antigüedad.
  - Rechazo absoluto al TEC por parte del paciente.
  - Falla del equipo electromédico.
  - Falta de fármacos necesarios para realizar el procedimiento.
  - Falta del personal médico o de enfermería.
- Instruir al personal de salud que durante el procedimiento de TEC en el área de TEC y en el área de recuperación al menos deben estar presentes: un médico anestesiólogo, dos médicos residentes de psiquiatría, una enfermera y una auxiliar de enfermería.
- Instruir al personal médico y de que enfermería que todo paciente que reciba TEC, debe contar con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel y mordedera, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas. El personal de enfermería realizará la limpieza y almacenaje de estos dispositivos de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería.
- Instruir al personal de salud que durante el procedimiento de TEC en el área de TEC y en el área de recuperación todos los participantes deben portar gorro, cubrebocas y guantes.
- Instruir al personal de enfermería para que administre los medicamentos de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y al manual técnico de enfermería.

- Instruir al personal médico y al personal de enfermería usar materiales desinfectados o estériles de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y al manual técnico de enfermería.
- Instruir al personal de enfermería que el paciente debe ser llevado de su habitación al área de TEC en silla de ruedas.
- Instruir al personal de enfermería del área de TEC para que reciba al paciente acompañado por la enfermera encargada del tratamiento en que se encuentra hospitalizado el paciente (TI a TV) con su respectivo expediente.
- Instruir al médico anestesiólogo corroborar nuevamente, que en el expediente clínico se encuentran debidamente requisitados todos los documentos debidamente firmados y autorizados, los resultados de estudios de laboratorio y gabinete y las valoraciones previamente mencionadas.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que el paciente que recibe del segundo TEC en adelante debe venir preparado con canalización permeable por medio de punzocat, equipo de venoclisis funcionando y solución fisiológica de 500 ml. en una extremidad superior.
- Instruir al personal de enfermería del área de TEC que de no ser posible canalizar al paciente por dificultad técnica o por agitación, la colocación de la venoclisis la realizará el personal de enfermería del área de TEC.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería para colocar al paciente en posición de decúbito supino sobre una camilla con barandales en el área de TEC, donde se iniciará la aplicación de la anestesia.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería para conectar al paciente al monitor para registrar los signos vitales: la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, la temperatura. Anotar los signos vitales en la hoja de enfermería, en la libreta de TEC que llena el médico residente, en el formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de Terapia Eléctrica que llena el médico residente, en el formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia que llena el médico anestesiólogo.
- Instruir al personal médico residente a conectar al paciente los electrodos de registro de electroencefalografía (EEG) y los electrodos que liberan el estímulo del aparato de TEC.
- Solicitar al médico anestesiólogo aplicar anestesia general de corta duración al paciente.
- Solicitar al médico anestesiólogo especificar por escrito en la hoja de indicaciones médicas nombre químico del medicamento, dosis, horario y vía de administración, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras.
- Otorgar en caso de que el paciente requiera la administración de un medicamento por vía oral o parenteral, la indicación en forma verbal a la enfermera, diciendo el nombre y edad del paciente, el nombre genérico completo del medicamento, dosis y vía de administración, en este caso nunca se deben usar abreviaturas de los nombres de los medicamentos. El anestesiólogo otorga la indicación verbalmente y la enfermera escucha, escribe, lee y confirma la indicación.
- Instruir al médico anestesiólogo a especificar por escrito en la hoja de indicaciones médicas todas las indicaciones verbales otorgadas, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras.
- Instruir al médico anestesiólogo a realizar cuidados transanestésicos que implican la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente anestesiado.
- Instruir al médico anestesiólogo a realizar cuidados postanestésicos que implican la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.
- Instruir al personal médico residente a registrar hora de inicio y terminación de la TEC, en la libreta de TEC que se encuentra en el área de TEC.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al médico anestesiólogo a registrar hora de inicio y terminación de la anestesia, en el formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia.
- Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente en el formato INPDSCEC-03-03.2 Nota Postanestésica y Hoja de Registro de Anestesia.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del personal Médico Residente será responsable de:

POLITICAS DEL PROCEDIMIENTO

- Identificar que los medicamentos considerados de alto riesgo en el área de hospitalización, son los electrolitos séricos mismos que únicamente se encuentran perfectamente identificados en los tres carros rojos disponibles en las siguientes áreas: Área de Atención Psiquiátrica Continúa, Área de Terapia Eléctrica, Área de Tratamientos III, la indicación de aplicar estos medicamentos al paciente, es competencia del personal médico y su aplicación al personal de enfermería, apegándose a los lineamientos de los 8 correctos. **Ver MISP.3**
- Verifica el buen funcionamiento del aparato de TEC (en Procedimiento de TEC). **Ver MISP.4**
- Solicitar al médico anestesiólogo que verifique que en el expediente clínico del paciente se encuentre debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-04.2 Consentimiento Informado para Terapia Eléctrica, con nombre y firma del paciente, nombre y firma del familiar responsable, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra adscrito que propone la TEC, nombre, firma y cédula profesional del médico psiquiatra a cargo de la Subdirección de Hospital y nombre, firma y cédula profesional del médico anestesiólogo. **Ver Proceso PFR.6**
- Verificar que todo paciente que reciba TEC cuente con resultados de estudios en el expediente clínico de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo) y de gabinete con una vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo, mapeo cerebral o electroencefalograma, electrocardiograma y radiografía de tórax). **Ver Proceso ASC.3**
- El médico residente deberá requisitar y firmar el formato de interconsulta al servicio de medicina interna, para que en base a su valoración de aparatos y sistemas y a la condición del paciente otorgue las recomendaciones pertinentes necesarias para que el paciente se presente a la terapia eléctrica en las mejores condiciones posibles. Si existiera una condición médica descompensada como alteraciones tiroideas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, arritmias, aneurisma, glaucoma, deberá diferirse la aplicación de TEC hasta lograr la estabilización del paciente. **Ver Proceso ASC.3**
- Elaborar el formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración de Anestesia, que consta de: nombre del paciente, número de expediente, diagnóstico psiquiátrico, resumen con otros diagnósticos de condición médica, antecedentes personales patológicos y no patológicos relevantes que puedan interferir con la anestesia, con la TEC, o con la realización de estudio de imagen cerebral, alergia a fármacos, tratamiento actual. La solicitud debe contar con el nombre, número de cédula profesional y firma del médico psiquiatra adscrito y del médico residente de primer año. **Ver Proceso ASC.3**
- Supervisar que la administración de anestesia para aplicación de Terapia Eléctrica, se lleve a cabo en el área de TEC.
- Identificar que el área de Terapia Eléctrica (TEC) se considera como un servicio de Alto Riesgo, debidamente acondicionado para la buena realización del TEC, con espacio suficiente que brinda comodidad y seguridad al paciente, al personal médico y al personal de enfermería. Debe contar con un área de recuperación postanestésica con dos camas bajas con barandales abatibles donde serán trasladados los pacientes al terminar el TEC.
- Conocer que por ser el área de Terapia Eléctrica un servicio de Alto Riesgo debe contar con:

- Un carro rojo con los insumos necesarios y suficientes para atender cualquier situación de emergencia que se pueda presentar durante el TEC o en recuperación. En la parte superior del carro rojo hay un listado visible que describe los insumos que contiene.
- Un ventilador mecánico.
- Un monitor desfibrilador con cardioscopio.
- Un oxímetro de pulso.
- Dos tanques de oxígeno para un circuito de anestesia Bain y para el funcionamiento de un ventilador mecánico si se hubiera la necesidad de mantener al paciente intubado y con apoyo ventilatorio prolongado.
- Un baumanómetro.
- Un pletismógrafo.
- Un aspirador para aspirar secreciones bucales y nasales del paciente.
- Aparato de TEC
- Los medicamentos necesarios para administrar la anestesia.
- Un refrigerador pequeño para almacenar los relajantes musculares que se usan en la anestesia, ya que éstos son termosensibles y se pueden desnaturalizar al medio ambiente.

- Verificar la disponibilidad del servicio de aplicación de anestesia para pacientes que por su padecimiento y de acuerdo a indicación del médico psiquiatra adscrito requieran Terapia Eléctrica (TEC).
- Supervisar que el médico anestesiólogo sea el único autorizado para administrar la anestesia para la aplicación TEC.
- Determinar e informar al paciente y su familiar, el número de sesiones de TEC que recibirá el paciente, y de acuerdo a éstas será el número de aplicación de anestesia el promedio es de 10 con un rango habitual de 8 a 12 sesiones en un internamiento.
- Verificar que el personal médico residente y de enfermería proporcionen TEC de mantenimiento a los pacientes que habiendo egresado del Servicio de Hospital así lo ameriten.
- Verificar que el personal médico residente y de enfermería proporcionen en forma excepcional Terapia Eléctrica a pacientes externos, ambulatorios no hospitalizados.
- Entregar en el formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Valoración de Anestesia, al médico anestesiólogo junto con el expediente clínico del paciente.
- Conocer que de no cubrirse los requisitos estipulados no se realizará la evaluación preanestésica.
- Verificar que en caso de que el paciente sea portador de hiper o de hipotiroidismo, reciba tratamiento hormonal sustitutivo y se encuentre eutiroideo previo a la administración de TEC. De NO ser así se diferirá la valoración anestésica.
- Solicitar al servicio de medicina interna que en base a su valoración otorgue las recomendaciones pertinentes necesarias para que el paciente se presente al tratamiento en las mejores condiciones posibles. Si existe una condición médica descompensada como hiper o hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, arritmias, aneurisma, glaucoma se diferirá la aplicación de TEC hasta lograr la estabilización del paciente.
- Indicar por escrito en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas la suspensión de los siguientes medicamentos:
  - Carbonato de litio 72 horas antes de iniciar la TEC.
  - Antidepresivos tricíclicos 72 horas antes de iniciar la TEC.
  - Anticonvulsivantes 24 horas antes de iniciar la TEC.
  - Benzodiazepinas (excepto lorazepam) 24 horas antes de iniciar la TEC.
- Indicar por escrito en las indicaciones médicas ajustar la dosis de antipsicóticos y de antidepresivos inhibidores de recaptura de serotonina.

- Anotar en las indicaciones médicas que se retiren todas las prótesis removibles que porte el paciente ANTES del TEC. Y que después del TEC al regresar el paciente a su habitación se recoloquen las prótesis que se retiraron.
- Instruir el médico adscrito al personal de enfermería para que la enfermera a cargo del paciente verifique que se retiraron todas las prótesis removibles y así lo informe al personal de enfermería que recibe al paciente en el área de TEC.
- Instruir el médico adscrito al anestesiólogo para que elija la técnica anestésica a seguir de acuerdo a la valoración del paciente. En el caso de la TEC o de la anestesia para realizar estudio de imagen cerebral, lo habitual es aplicar anestesia general endovenosa total (TIVA) también conocida como anestesia de acción ultracorta o “light”.
- Instruir el médico adscrito al personal de enfermería verificar que el paciente tiene un ayuno mínimo previo de 8 horas, siendo la última toma de alimentos una ración normal de dieta blanda sin irritantes, para evitar síntomas gastrointestinales como náusea, reflujo, vómito, pirosis, diarrea que pueden diferir el procedimiento.
- Instruir el médico adscrito al personal de enfermería verificar que él o la paciente que va a ser sometido a TEC se presente sin maquillaje, sin uñas postizas, uñas despintadas, sin accesorios como pasadores, peinetas, lazos, ligas, cordeles, aretes, anillos, relojes, pulseras.
- Instruir el médico adscrito al personal médico residente en caso de TEC ambulatorio (paciente no hospitalizado) otorgar por escrito las indicaciones necesarias, mismas que deben quedar perfectamente claras tanto al paciente como al familiar responsable.
- Instruir el médico adscrito al personal médico residente y al personal de enfermería que si el paciente no cumple con las indicaciones se suspende y se reprograma el procedimiento.
- Instruir el médico adscrito al personal médico y al personal de enfermería que son motivo de suspensión de la anestesia y del TEC las siguientes causas:
  - Ausencia en la sala de espera del familiar responsable y/o cuidador del paciente.
  - Cuadro febril.
  - Cuadro infeccioso activo.
  - Descompensación metabólica.
  - Enfermedad cardiovascular descompensada.
  - Antecedentes de hipertermia maligna.
  - Hemosiderosis.
  - Cirugía mayor reciente de 3 meses de antigüedad.
  - Rechazo absoluto al TEC por parte del paciente.
  - Falla del equipo electromédico.
  - Falta de fármacos necesarios para realizar el procedimiento.
  - Falta del personal médico o de enfermería.
- Solicitar al médico anestesiólogo que antes de iniciar la anestesia y el TEC verifique junto con el personal médico y de enfermería el buen funcionamiento del equipo electro-médico y que se cuenta con los medicamentos y el material necesario.
- Conocer que durante el procedimiento de TEC en el área de TEC y en el área de recuperación al menos deben estar presentes: un médico anestesiólogo, dos médicos residentes de psiquiatría, una enfermera y una auxiliar de enfermería.
- Verificar que NO se aplique ningún medicamento ni se lleve a cabo el procedimiento si el paciente no porta su brazalete de identificación.
- Proceder a la reanimación cardio pulmonar, del paciente en caso de que presente paro cardio respiratorio, de acuerdo al procedimiento establecido por la American Heart Asociation.
- Verificar que el personal de enfermería administre los medicamentos de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y al manual técnico de enfermería.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Adoptar las medidas necesarias para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente o de éste a otros pacientes o al personal de salud.
- Usar materiales desinfectados o estériles de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y al manual técnico de enfermería.
- Verificar que el personal de enfermería lleve al paciente a su habitación al área de TEC en silla de ruedas.
- Instruir el médico adscrito al médico anestesiólogo a corroborar nuevamente, que en el expediente clínico se encuentran debidamente requisitados todos los documentos debidamente firmados y autorizados, los resultados de estudios de laboratorio y gabinete y las valoraciones previamente mencionadas.
- Verificar que el paciente debe recibirse con canalización permeable por medio de punzocat, equipo de venoclisis funcionando y solución fisiológica de 500 ml. en una extremidad superior.
- Verificar que de no ser posible canalizar al paciente por dificultad técnica o por agitación, la colocación de la venoclisis la realizará el personal de enfermería del área de TEC.
- Colocar al paciente en posición de decúbito supino sobre una camilla con barandales en el área de TEC, donde se iniciará la aplicación de la anestesia.
- Verificar que el personal de enfermería conecte al paciente al monitor para registrar los signos vitales: la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, la temperatura. Anotar los signos vitales en el formato de enfermería, en la libreta de TEC que llena el médico residente, en el formasto INPDSCEC-03-03.4 Registro de Terapia Eléctrica que llena el médico residente, en el formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia que llena el médico anestesiólogo.
- Conectar al paciente los electrodos de registro de electroencefalografía (EEG) y los electrodos que liberan el estímulo del aparato de TEC.
- Registrar en el formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia y en la libreta de TEC, la hora de inicio y terminación de la TEC
- Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente el formato INPDSCEC-03-03.2 Nota Postanestésica y Hoja de Registro de Anestesia.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Médico Anestesiologo será responsable de:

- Verificar con precisión la identidad del paciente, previo a la aplicación del procedimiento, solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **Ver MISP.1**
- Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **Ver MISP.1**
- El médico anestesiólogo deberá verificar que el material (medicamentos: midazolam, propofol y tiopental sódico), según corresponda de acuerdo a la valoración pre-anestésica, esté disponible y sea suficiente para la realización del procedimiento de Anestesia para TEC. **Ver MISP.4**
- Cumplir con todas las recomendaciones determinadas por el Comité de Detección y control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN), las cuales son: **Ver MISP.5**
  - Llevar a cabo permanente la Campaña está en tus manos.
  - Detectar y controlar las infecciones nosocomiales.
  - Realizar búsqueda intencionada de casos de infecciones nosocomiales.
  - Identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes y personal propio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Detectar, registrar, atender y reportar las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes: gastrointestinales, respiratorias, urinarias, dermatológicas, en heridas y por dispositivos invasivos.
- Llevar a cabo las precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes (sobre todo inmunodeprimidos) personal, contra las enfermedades contagiosas.
- Aplicar correctamente las técnicas universales.

- Anotar en las indicaciones médicas que se retiren todas las prótesis removibles que porte el paciente ANTES del TEC. Y que después del TEC al regresar el paciente a su habitación se recoloquen las prótesis que se retiraron.
- Especificar por escrito en el formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas nombre químico del medicamento, dosis, horario y vía de administración, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras.
- Dirigir los servicios de anestesia que se realicen en el Instituto, en atención a la normatividad vigente aplicable en la materia, además de las responsabilidades siguientes:
  - Elaborar, implementar y mantener las políticas y procedimientos relativos al servicio de anestesia.
  - La supervisión administrativa.
  - Implementar un programa de control de calidad.
  - El control y revisión de todos los servicios de anestesia que se proporcionen en el instituto.
- Elaborar e implementar políticas y procedimientos junto con la Titular de la Subdirección de Hospitalización, que guíen el proceso de atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda, identificando que los servicios de sedación en la institución deberán prestarse a los pacientes que requieran el procedimiento de TEC.
- Conocer que durante el procedimiento de TEC en el área de TEC y en el área de recuperación al menos deben estar presentes: un médico anestesiólogo, dos médicos residentes de psiquiatría, una enfermera y una auxiliar de enfermería.
- Verificar que todo paciente que reciba TEC cuente con resultados de estudios en el expediente clínico de laboratorio con una vigencia no mayor de un mes (biometría hemática, química sanguínea, perfil tiroideo básico, examen general de orina y prueba de embarazo) y de gabinete con una vigencia no mayor de un año en caso de reportarse normal (resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo, mapeo cerebral o electroencefalograma, electrocardiograma y radiografía de tórax).
- Verificar que en caso de que el paciente sea portador de hiper o de hipotiroidismo, reciba tratamiento hormonal sustitutivo y se encuentre eutiroideo previo a la administración de TEC. De NO ser así se diferirá la valoración anestésica.
- Identificarse como médico responsable de la atención del paciente y presentarse con el personal de salud, el paciente y su familiar, con el propósito de asumir la responsabilidad, documentando la misma en el expediente clínico.
- Llevar a cabo la planificación de los servicios de anestesia de cada paciente que requiere del procedimiento de TEC y estudios de gabinete bajo sedación.
- Entrevistar al paciente y al familiar para corroborar datos importantes de la historia clínica que puedan influir en la técnica de la anestesia que se va a aplicar.
  - Padecimientos actuales concomitantes al padecimiento psiquiátrico.
  - Antecedente de anestesias previas:
  - ¿En qué fechas se practicaron?
  - ¿Tipos de procedimientos efectuados?
  - ¿Presentó algún tipo de reacción a los medicamentos anestésicos?
  - ¿Cuál fue el manejo de las complicaciones?

- ¿Quedo alguna secuela transitoria o permanente?

- Procedar a la valoración preanestésica en el formato INPDSCEC-03-03.1 Valoración Anestésica, una vez cumplidos TODOS los puntos anteriores.
- Conocer y aplicar las políticas y procedimientos descritos en el Plan de Medicación Institucional, a fin de garantizar la correcta y puntual administración de los medicamentos a los pacientes.
- Recabar antecedentes alérgicos, quirúrgicos, médicos, asma bronquial, hipertensión arterial, cardiopatía, problemas metabólicos, tumorales, hormonales, malformaciones congénitas, consumo de tabaco. Tratamiento farmacológico actual, medicamentos administrados en las últimas 24 horas, resultado del electrocardiograma, y sobre todo el riesgo anestésico; a fin de cumplir con el procedimiento correcto.
- Cumplir con los siguientes puntos:
  - Verificar el riesgo cardiovascular, respiratorio y tromboembólico.
  - Clasificar el estado físico del paciente de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA)
  - Determinar y anotar en la Hoja de Valoración Anestésica el Riesgo Anestésico en base a toda la información recabada.
  - Anotar en el expediente clínico cualquier recomendación que considere necesaria previa a la aplicación de la anestesia.
- Establecer la Clasificación Final del paciente de acuerdo al tipo de procedimiento y duración, y si es un procedimiento invasivo o no invasivo.
  - E = Electivo
  - U = Urgente
  - A = No invasivo o mínimamente invasivo
  - B = Invasivo
- Interrogar acerca de la presencia de prótesis removibles o fijas que puedan lesionar al paciente u obstruir la vía aérea como prótesis dentales, de extremidades, aparatos para la sordera, pupilente, pearcing.
- Realizar valoración preanestésica (PRETEC) inmediatamente previa al inicio de cada una de las sesiones de TEC y registrar nota preanestésica (PRETEC) en el expediente clínico.
- Verificar que el paciente sea llevado de su habitación al área de TEC en silla de ruedas, debidamente preparado con documentación completa el formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica.

3.4 La Subdirección de Hospitalización a través del Área de Enfermería de TEC será responsable de:

- Verificar con precisión la identidad del paciente, previo a la aplicación del procedimiento, solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verificar que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar. **Ver MISP.1**
- Presentarse con el paciente dando su nombre completo y cargo. **Ver MISP.1**
- El personal de enfermería deberá solicitar una copia simple de la identificación oficial del paciente al que se le programan sesiones de TEC de mantenimiento, misma que se anexa al expediente clínico del paciente para la verificación de los dos identificadores institucionales en futuras sesiones de TEC. **Ver MISP.1**
- El personal de enfermería deberá verificar previo al Procedimiento de TEC y/estudios bajo anestesia las alergias que pueda tener el paciente antes de iniciar cualquier procedimiento y registrar la información correspondiente en el Formato Registros de Enfermería. **Ver MISP.4**

- El personal de enfermería registra en la hoja de registros de enfermería en TEC y en la bitácora de tiempo fuera para servicio (área y equipos). **Ver MISP.4**
- Efectuar la evaluación del riesgo de caídas a todo paciente que recibe TEC, antes del TEC (PRE-TEC) y después de la realización del servicio como posible efecto secundario del mismo (POST-TEC), consignando en el Formato INPDSCEC-07-03 Registros de Enfermería en Pacientes que Reciben Terapia Eléctrica. **Ver MISP.6**
- Realizar la limpieza y desinfección del material reusable mencionado con alkazime y almacenaje en bolsa de plástico de estos dispositivos, etiquetado con nombre y fecha de nacimiento del paciente, la fecha en que se inicio el uso de los dispositivos y observaciones, de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería. **PCI.6**
- Realizar el aseo y desinfección con alkazime de cada paciente por separado de dicho material por parte del área de enfermería. **PCI.6**
- Verificar que en caso de que el material y dispositivos reusables presenten desgaste o quebraduras, se desechen y se utilice material y/o dispositivos nuevos. **PCI.6**
- Acudir el personal de enfermería del área de TEC por el paciente, al área de tratamiento correspondiente para trasladarlo al área de TEC. debidamente preparado: bata, canalizado, ayuno y en silla de ruedas con la documentación correspondiente.
- Notificar cualquier evento adverso que se presente durante la realización del procedimiento en el formato de INPDSCEN-07-06 Cédula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos.
- Mantener al paciente en observación hasta que se recupera, lo traslada a su tratamiento y lo entrega a la enfermera responsable.
- Llevar a cabo las siguiente actividades durante el procedimiento de la aplicación de la anestesia:
  - Tomar signos vitales a los 5 y a los 10 minutos después de que el paciente se ha recuperado de la anestesia.
  - Si los signos vitales son normales, dentro de rangos aceptables, se procede a retirar la canalización y las soluciones.
  - Trasladar al paciente en una camilla al área de recuperación a una cama provista de barandales, donde continuará con vigilancia estrecha por medio de un oxímetro de pulso.
  - Tomar y registrar signos vitales apoyado por el personal médico cada 5 o 10 minutos, de acuerdo al estado del paciente.
  - Colocar progresivamente al paciente en posición de semifowler, hasta llegar a la posición de Fowler completa.
- Verificar que todo paciente que reciba TEC, cuente con su propio circuito anestésico reusable, cánula de Gedel y mordedera, que serán de uso exclusivo del mismo paciente en todas las sesiones de TEC aplicadas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospital (Área Médica de Hospital)	**1**	Elabora Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de servicio de anestesia/valoración anestésica, entrega al médico anestesiólogo junto con el expediente clínico del paciente.	INPDSCEC-03-03.1
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**2**	Recibe solicitud de valoración anestésica.	
	3	Evalúa al paciente y revisa resultados de estudios de laboratorio, gabinete y de interconsulta de medicina interna. Procede: Si: Continua actividad siguiente No Informa al área médica de hospital. Termina Procedimiento	INPDSCEC-08-01 INPDSCEC-08-02 INPDSCEC-04-08 NPDSCEC-01-07
	4	Determina que el paciente se encuentra en condiciones de recibir el TEC. Anexa Solicitud de Servicio de Anestesia/Valoración Anestésica al expediente clínico. Informa al paciente y familiar acerca del procedimiento y riesgos de la anestesia. Solicita consentimiento informado para la aplicación de anestesia.	INPDSCEC-03-03.1
	5	Requisita Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento Informado para la aplicación de anestesia para terapia eléctrica y recaba firma del paciente y del familiar responsable y anexa al expediente.	INPDSCEC-03-04.3
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de hospital), (Área de Enfermería de TEC) y (Médico Anestesiólogo)	**6**	Verifica con precisión la identidad del paciente, solicitándole proporcione dos identificadores que son su nombre completo y fecha de nacimiento. Verifica que los datos que el paciente proporciona, correspondan a los plasmados en el expediente clínico y en el brazalete que el paciente debe portar.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital), (Médico Anestesiólogo), (Área de Enfermería en TEC) y (Área de Enfermería en Hospital)	**7**	Interroga acerca de la presencia de prótesis removibles o fijas que puedan lesionar al paciente u obstruir la vía aérea como prótesis dentales, de extremidades, aparatos para la sordera, pupilente, pearcing. Personal médico psiquiatra adscrito, médico residente y médico anestesiólogo anota en las indicaciones médicas que se retiren todas las prótesis removibles que porte el paciente antes del TEC. Y que después del TEC al regresar el paciente a su habitación se recoloquen las prótesis que se retiraron.	
Subdirección de Hospitalización	**8**	Verifica que se retiraron todas las prótesis removibles e informa al personal de enfermería que recibe al	

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
(Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)		paciente en el área de TEC.	
	9	Verifica que el paciente tiene un ayuno mínimo previo de 8 horas. Verifica que él o la paciente que va a ser sometido(a) a TEC se presente sin maquillaje, sin uñas postizas, uñas despintadas, sin accesorios como pasadores, peinetas, lazos, ligas, cordeles, aretes, anillos, relojes, pulseras.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**10**	Solicita y acude por el paciente debidamente preparado, de acuerdo a programación de Terapia eléctrica, al área de enfermería de hospital (paciente con inicio de tratamiento se llamaran primero para la valoración de anestesia).	
	11	Traslada al paciente en silla de ruedas al área de TEC, con documentación completa registros de enfermería en pacientes que reciben terapia Eléctrica.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) (Médico Anestesiólogo) (Área de Enfermería de TEC)	**12**	Verifica el médico anestesiólogo junto con el personal médico y de enfermería, antes de iniciar la anestesia y el TEC (protocolo universal) el buen funcionamiento del equipo electro-médico, la identificación del paciente (solicitando nombre completo y fecha de nacimiento), el expediente del paciente y que se cuente con los medicamentos y el material necesario.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**13**	Verifica que no se aplique ningún medicamento ni se lleve a cabo el procedimiento si el paciente no porta su brazalete de identificación.	
	14	Administra los medicamentos de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos y al manual técnico de enfermería.	
	15	Prepara paciente que recibe del segundo TEC en adelante con canalización permeable por medio de punzocat, equipo de venoclisis funcionando y solución fisiológica de 500 ml. en una extremidad superior.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica en Hospital) y (Área de Enfermería de TEC)	**16**	Coloca al paciente el personal médico y el personal de enfermería en posición de decúbito supino sobre una camilla con barandales en el área de TEC, donde se iniciará la aplicación de la anestesia. Conecta al paciente el personal médico y el personal de enfermería, al monitor para registrar los signos vitales: la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, la temperatura.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**17**	Anota los signos vitales la enfermera en Formato INPDSCEC-07-03 Registros de enfermería en pacientes que reciben terapia eléctrica.	INPDSCEC-07-03

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

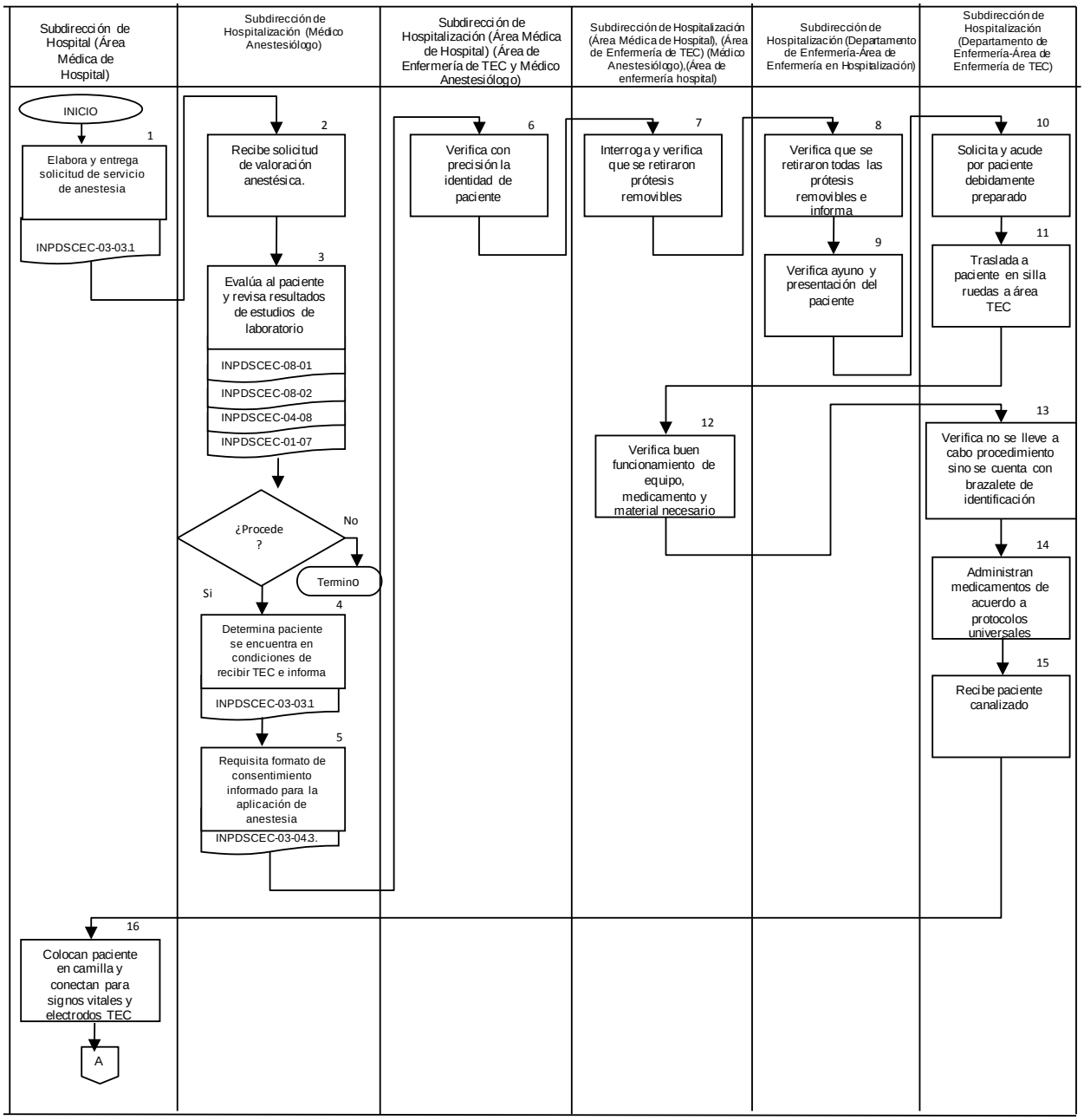
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica en Hospital)	**18**	Anota el médico residente en la libreta de TEC, en Formato INPDSCEC-07-04 Registro de terapia eléctrica y en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución, los pormenores del evento.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-01-05
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**19**	Anota en Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de registro de anestesia y en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución.	INPDSCEC-03-03.2 INPDSCEC-01-05
	20	Conecta al paciente los electrodos de registro de electroencefalografía (EEG) y los electrodos que liberan el estímulo del aparato de TEC. MEDICO RESIDENTE	
	21	Aplica anestesia general de corta duración al paciente. Otorga en caso de que el paciente requiera la administración de un medicamento por vía oral o parenteral, la indicación en forma verbal a la enfermera, diciendo el nombre y edad del paciente, el nombre genérico completo del medicamento, dosis y vía de administración, en este caso nunca se deben usar abreviaturas de los nombres de los medicamentos. Repite la indicación verbalmente en tres ocasiones y la enfermera lo corrobora repitiendo la indicación recibida en tres ocasiones.	
	22	Específica por escrito en Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas todas las indicaciones verbales otorgadas, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras, comunica al médico residente que puede iniciar el procedimiento de TEC.	INPDSCEC-03-05.5
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**23**	Selecciona voltaje y aplica descarga, el médico residente. Anota en Formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de terapia eléctrica y Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución del expediente del paciente y en libreta de TEC, el tiempo de descarga electroencefalográfica y/o movimientos tónico clónicos en una de las extremidades del paciente y en su caso los incidentes que hubiera.	INPDSCEC-03-03.4 INPDSCEC-01-05
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**24**	Realiza cuidados transanestésicos que implican la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente anestesiado.	
	25	Realiza cuidados postanestésicos que implican lavigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.Registra en expediente del paciente Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de registro de anestesia y en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución.	INPDSCEC-03-03.2 INDPSCEC-01-05

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

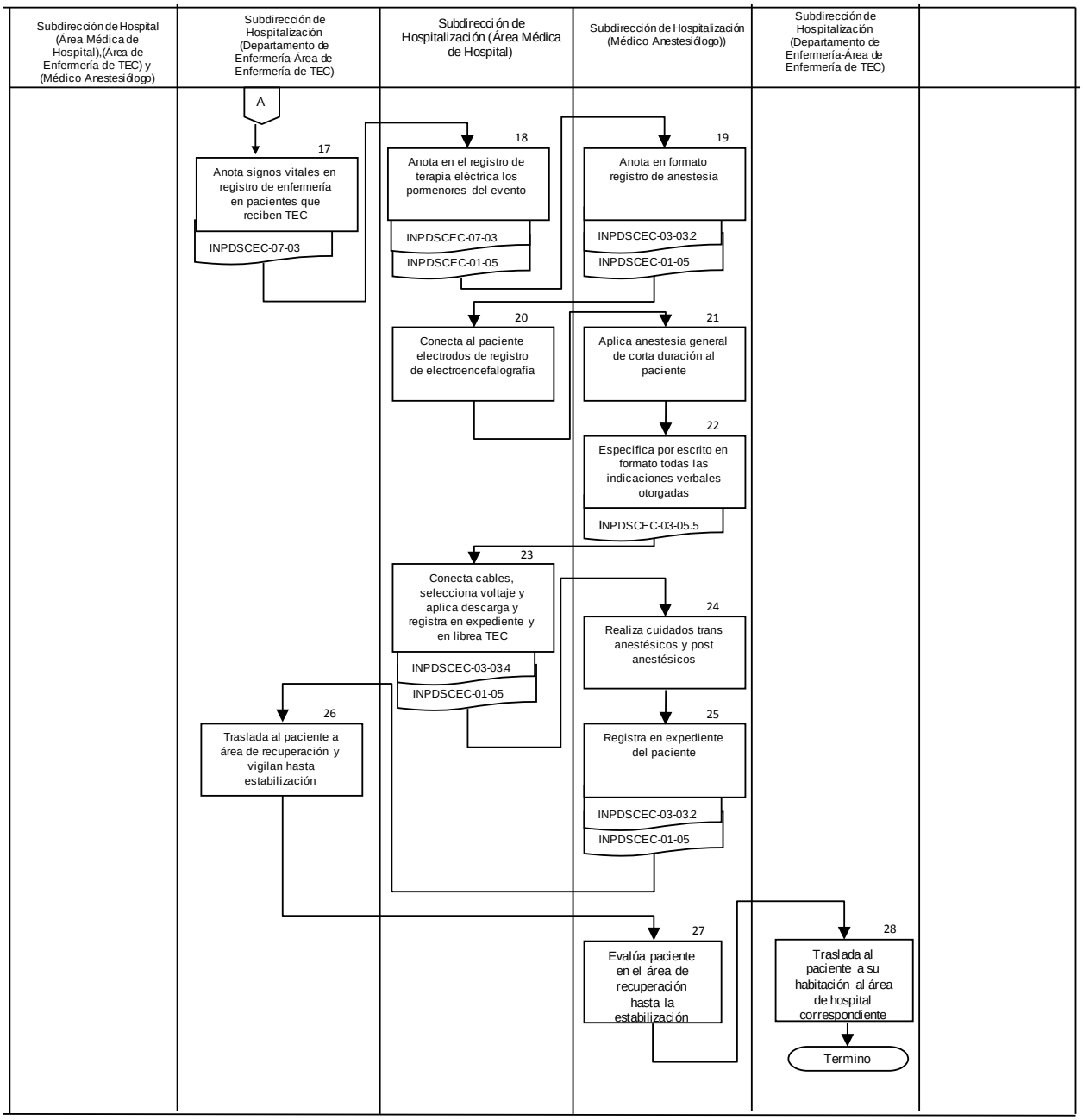
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**26**	Traslada al paciente al área de recuperación y vigilan hasta la estabilización de signos vitales y estado de conciencia y evalua riesga de caídas.	
Subdirección de Hospitalización (Médico Anestesiólogo)	**27**	Evalúa paciente en el área de recuperación hasta la estabilización post TEC e instruye al médico residente y la enfermera del área de TEC, que el paciente puede ser trasladado a su habitación.	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería de TEC)	**28**	Traslada al paciente en silla de ruedas a su habitación al área de hospital correspondiente.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **TEC** Terapia eléctrica

8.2 **Monitorizar al paciente** Refiere vigilar durante el periodo de tiempo de recuperación del paciente la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tensión arterial, (signos vitales) oxímetro.

8.3 **Movimientos Tónico Clónicos**: Se refiere a las contracciones musculares que tiene el paciente después de la terapia eléctrica en las extremidades.

8.4 **Cuasi falla**: Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna. Las cuasi fallas nos permiten tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros.

8.5 **Evento adverso**: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

8.6 **Evento centinela:** Involucra la presencia de heridas físicas o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que todos los eventos centinela son eventos adversos (graves), pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinelas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.3 Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Servicio de Anestesia.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.1 Solicitud de Servicio de Anestesia.
10.5 Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.2 Hoja de Registro de Anestesia.
10.7 Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento informado para la aplicación de anestesia.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-04.3 Consentimiento informado para la aplicación de anestesia.
10.9 Formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de Terapia Eléctrica.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-03.4 Registro de Terapia Eléctrica.
10.11 FormatoINPDSCEC-04-08 Interpretación de estudios del servicio de imágenes cerebrales.
10.12 Instructivo de llenado.- FormatoINPDSCEC-04-08 Interpretación de estudios del servicio de imágenes cerebrales.
10.13 Formato INPDSCEC-05-02 Resultados de estudios de laboratorio.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-05-02 Resultados de estudios de laboratorio.
10.15 Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04 Registros Clínicos de Enfermería.
10.17 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de enfermería.
10.19 Formato INPDSCEC-20/02.- Resultados de estudio de mapeo cerebral.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-20/02.- Resultados de estudio de mapeo cerebral.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO, PRESCRIPCION Y TRANSCRIPCION DE MEDICAMENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar a cada paciente la mejor terapéutica posible, en el momento oportuno y en la forma adecuada mediante la utilización racional e inteligente de los recursos disponibles.

Prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos, con el fin de contribuir a mejorar la efectividad de los tratamientos y la seguridad de los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización, a la Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico), y al Área de Enfermería en Hospitalización.

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo, prescripción y transcripción de medicamentos**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP 1.Para la identificación de pacientes
- ✓ MISP 2 Comunicación Efectiva
- ✓ MISP.3 mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- ✓ MISP.5 Programa integral de higiene de manos

II. Estándares Centrados en el Paciente

Atencion de pacientes COP

- ✓ COP.4 Para documentar las indicaciones en el INPRFM
- ✓ COP.8 Para la atención del dolor

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Medicacion (MMU)

- ✓ MMU.5 Almacenamiento de Medicamentos
- ✓ MMU.6 Prescripcion y transcripción de los medicacmentos
- ✓ MMU.7 Distribucion, dispensación y preparación de los medicamntos
- ✓ MMU.8 Administracion de medicamentos
- ✓ MMU.9 Control

Sistema de Prevención y control de infecciones (PCI)

- ✓ PCI.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de seguridad de las instalaciones.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)

- ✓ FMS.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de seguridad de las instalaciones.

Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)

- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al personal de enfermería a identificar correctamente al paciente preguntándole su nombre y su fecha de nacimiento. Verifica la información con la registrada en la hoja de Atención Psiquiátrica Continua. Habiendo identificado correctamente al paciente la enfermera administra el medicamento y registra en la hoja de enfermería cada medicamento y cada dosis administrada. **Ver proceso MISP.1**
- Instruir al personal médico que en caso de que un paciente atendido en APC requiera que en el momento de la atención se le administre un medicamento, el médico deberá consignarlo en el formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua y dar la indicación en forma verbal a la enfermera llevando a cabo el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar, diciendo el nombre y edad del paciente, el nombre genérico completo del medicamento, dosis y vía de administración. **Ver proceso MISP 2**
- Instruir al personal médico que el personal de enfermería resguarda el stock de medicamentos, carros rojos y maletín de urgencias psiquiátricas de APC, TEC, Hospital e imágenes cerebrales, guardando una separación de dos o más medicamentos entre si y es el único personal autorizado para tomar los medicamentos necesarios, registrar su salida y ministrarlos al paciente, de acuerdo a las indicaciones médicas. **Ver proceso MISP.3** y **Ver apartado MMU. 5.2**
- Instruir al personal médico residente y al personal de enfermería que si se requiere de algún medicamento fuera del horario de la Farmacia Intrahospitalaria, en la Subdirección de Hospital permanentemente se cuenta con:
  - Un stock de reserva de medicamentos en el área de recuperación de la terapia eléctrica (TEC).
  - Un carro rojo en el área de la TEC.
  - Un carro rojo en el área de Tratamiento III.
  - Una gaveta de medicamentos psiquiátricos de administración parenteral en cada una de las áreas de hospital de Tratamiento I a Tratamiento V, cinco gavetas en total.
  - Una maleta con equipo de primeros auxilios para casos de siniestros en Tratamiento II. **Ver apartado MMU. 5**
- Instruir al personal médico adscrito y residente y al personal de enfermería que los medicamentos disponibles en las áreas asistenciales están bajo llave y al resguardo y control del personal de enfermería. **Ver apartado MMU. 5**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que los medicamentos con presentaciones similares se separen en el carro rojo, en las gavetas y en los stocks con una separación de dos o más medicamentos entre sí. **Ver apartado MMU. 5.2**
- Controlar, el Área Médica, la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos al cuadro básico, por medio de la evaluación clínica de la eficacia del medicamento (clinimetría) y del registro de efectos secundarios para determinar la seguridad del medicamento. **Ver apartado MMU. 6**
- Requisitar la receta médica para la solicitud de medicamentos controlados, tanto para surtir en área de farmacia (con el formato INPSCE-029 Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo requisitada previamente por el área de enfermería), como en caso de adquisición

extraordinaria la cual deberá ser debidamente firmada y autorizada por médico adscrito a la Subdirección de Hospital.**Ver apartado MMU.6**

- Fijar límites en la prescripción y administración de los medicamentos de acuerdo a la farmacocinética y a la dosis máxima establecida en la información para prescribir de cada medicamento. **Ver apartado MMU.6**
- Supervisar que los médicos residentes a cargo del paciente consignen toda la información sobre el tratamiento farmacológico en el formato INPDSCEC-01-03Historia Clínica, formato INPDSCEC-03-.01 Nota de Ingreso, formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución, INPDSCEC-03.02 Nota de Egreso y en el formato INPDSCEC-03-05.3 Recordatorio de Toma de Medicamentos que se entrega al egreso al familiar y al paciente, tanto por permiso terapéutico por horas, por días, o al egreso del paciente. **Ver apartado MMU.6**
- Instruir al personal médico adscrito y residente, al personal de enfermería, al personal de trabajo social que queda estrictamente prohibido solicitar, recibir y administrar medicamentos proporcionados por el paciente y/o el familiar responsable. La única excepción a esta política será que se trate de un medicamento que la Institución No pueda adquirir o si se trata de medicamento de un proyecto de investigación. **Ver apartado MMU.6.1**
- Informar a todo paciente que ingrese al área hospitalaria la prohibición de manejo de medicamentos por parte del paciente familiar y/o cuidador (“automedicación”.) **Ver apartado MMU.6.1**
- Instruir al personal médico adscrito, residente, personal de enfermería, al personal de trabajo social que queda estrictamente prohibido recibir y administrar a los pacientes muestras médicas proporcionadas por representantes de la industria farmacéutica. **Ver apartado MMU.6.1**
- Verificar que el personal médico residente, personal de enfermería únicamente administre a los pacientes hospitalizados los medicamentos proporcionados por la Institución a través de la Subdirección de Hospitalización y de la Farmacia Intrahospitalaria. **Ver apartado MMU. 7**
- Verificar que los medicamentos de la farmacia intrahospitalaria se adquieran de acuerdo a los criterios del Subcomité de Cuadro Básico de medicamentos. **Ver apartado MMU. 7**
- Instruir al personal de enfermería para que diariamente por turno verifique las indicaciones médicas, administre los medicamentos y registre diariamente cada medicamento y cada dosis administrada en el turno correspondiente en las hojas de enfermería. **Ver apartado MMU.8**
- Limitar la administración de medicamentos para el Área Médica desde la prescripción de acuerdo con la farmacocinética y a la dosis máxima establecida en la información para prescribir de cada medicamento. **Ver apartado MMU.8**
- Identificar y determinar con base en la descripción de puesto, asignación de responsabilidades, así como en las leyes y reglamentaciones correspondientes que el personal autorizado para administrar medicamentos son:
  - Enfermeras tituladas adscritas a la Subdirección de Hospitalización.
  - Médicos adscritos a la Subdirección de Hospitalización, solo en caso necesario.
  - Limitar la administración de medicamentos para el Departamento de Enfermería cuando:
  - Los medicamentos no se encuentran prescritos por el médico tratante, no se administran.
  - Las indicaciones medicas sean ilegibles no deberá administrar los medicamentos.
- Las enfermeras sean auxiliares de enfermería, pasantes o estudiantes no administran medicamentos a los pacientes. **Ver apartado MMU.8**
- Instruir al personal médico lo siguiente: la mayoría de los psicofármacos por su farmacocinética se administran cada 24 o cada 12 horas. Algunos de ellos pueden administrarse cada 8 o cada 6 horas. En la Subdirección de Hospitalización el horario de administración de dosis en acuerdo con el servicio de enfermería es a las 9 horas, 16 horas y 22 horas. En caso de que se requiera administrar cada 6 horas el horario es 6 horas, 12 horas, 18 horas, 24 horas. En la

Subdirección de Hospitalización en las indicaciones médicas en lugar del horario lo que se especifica es la frecuencia, como sigue:

- Horario cada 24 horas puede ser administración matutina a las 9 horas o administración nocturna 22 horas.
- Horario cada 12 horas administración matutina a las 9 horas y administración nocturna a las 22 horas.
- Horario cada 8 horas administración matutina a las 9 horas, vespertina a las 16 horas y nocturna a las 22 horas.

- Horario cada 6 horas administración matutina a las 6 horas, medio día 12 horas, vespertina 18 horas, nocturno 24 horas. **Ver apartado MMU.8.2**
- Instruir al personal médico adscrito y residente sobre el conocimiento de efectos secundarios potencialmente graves como la intoxicación por litio, el síndrome de Steven Johnson con el uso de anticonvulsivantes sobre todo lamotrigina, síndrome maligno por antipsicóticos y síndrome serotoninérgico, con el fin de poder prevenirlos, diagnosticarlos y manejarlos. **Ver apartado MMU.9**
- Instruir al personal médico adscrito y residente sobre el conocimiento de los medicamentos que pueden favorecer el síndrome metabólico, con el fin de poder prevenirlo, diagnosticarlo y manejarlo. **Ver apartado MMU.9**
- Instruir al personal médico adscrito y residente que los medicamentos que requieren vigilancia del nivel plasmático son el carbonato de litio, el ácido valproíco y la carbamazepina. **Ver apartado MMU.9**
- Verificar que el médico residente a cargo del paciente indague diariamente si el paciente presenta efectos secundarios debidos al tratamiento farmacológico y lo consigna en el formato INPDSCEC-01-05Nota de Evolución correspondiente, informa al médico adscrito, quien indica las medidas pertinentes como disminución o interrupción temporal o definitiva del medicamento. **Ver apartado MMU.9**
- Instruir al médico residente a cargo del paciente a registrar semanalmente los posibles efectos secundarios que pueda presentar el paciente, informa al médico adscrito, quien indica las medidas pertinentes como disminución o interrupción temporal o definitiva del medicamento. **Ver apartado MMU.9**
- Instruir al personal médico residente y al personal de enfermería que la Farmacia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) únicamente da servicio a los pacientes que se encuentra hospitalizados. Es una Farmacia Intrahospitalaria abierta en días hábiles de lunes a viernes de 8 a 15 horas.
- Instruir al personal médico residente y al personal de enfermería que los listados de los medicamentos disponibles en las áreas mencionadas, son del conocimiento de los médicos adscritos y de los médicos residentes que rotan y/o hacen guardias en el Servicio de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.
- Instruir al personal médico residente que en el Servicio de Hospital las recetas elaboradas deben ser únicamente para pacientes que están hospitalizados.
- Instruir al personal médico adscrito y residente, al personal de enfermería, al personal de farmacia intrahospitalaria que en la farmacia intrahospitalaria no se cuenta con vacunas almacenadas, ni se dispensan vacunas para su administración a pacientes hospitalizados.
- Instruir al personal médico adscrito y residente sobre los medicamentos que deben suspenderse previo y durante la aplicación de terapia eléctrica (TEC), de acuerdo al Manual de Procedimientos de la subdirección de hospital.
- Instruir al médico psiquiatra adscrito a firmar en original y copia del formato INPDSCEC-03-05.3 Indicaciones de Egreso Hospitalario y Recordatorio de Toma de Medicamentos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico a preguntar al paciente si va a surtir la receta en el Distrito Federal o en el Estado de México. Si la va a surtir en el Estado de México, en la receta se debe escribir la dirección completa y el teléfono del paciente.
- Instruir al personal médico adscrito y residente que el antipsicótico clozapina requiere determinación de biometría hemática semanal durante los primeros seis meses de tratamiento por riesgo de agranulocitosis.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del Área Médica será responsable de:

- Prescribir el tratamiento farmacológico para el paciente, verificando el nombre y la fecha de nacimiento, y verificando que sea el tratamiento idóneo, considerando el diagnóstico psiquiátrico y la comorbilidad con condiciones médicas, la presencia de embarazo, la evolución, la edad, las alergias identificadas, verificar el tratamiento actual con los tratamientos previos, considerar los efectos secundarios y las posibles interacciones con alimentos o con otros medicamentos utilizando el programa micromedex, a fin de descartar la posibilidad de riesgo en la interacción medicamentosa. **Ver proceso MISP.1**
- Emitir en caso de urgencia indicaciones vía telefónica o verbal, para la administración de medicamentos y el receptor de la instrucción debe escribir y leer la indicación al emisor. Posteriormente el médico responsable deberá asentarla en la hoja de indicaciones médicas con fecha, hora, nombre completo y firma, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras para su seguimiento. **Ver proceso MISP.2**
- Escribir diariamente el médico residente las indicaciones que determina el médico adscrito en el formato INPDSCEC-03-05.3 de Indicaciones Médicas, registrando: fecha, hora, nombre genérico del medicamento, dosis de la presentación comercial del medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia de administración y dosis prescrita, con letra legible, sin tachaduras, ni enmendaduras. Queda prohibido utilizar corrector o borrar. Si hubiera una equivocación se escribe la palabra error y se escribe la prescripción correcta. **Ver proceso COP.4**
- Entregar por escrito las indicaciones médicas al personal de enfermería con letra legible sin tachaduras ni enmendaduras, anotando el nombre completo, cédula profesional y firma del médico que las elabora y las supervisa. Además, de registrar la fecha y hora de entrega. **Ver proceso COP.4**
- Colocar, el residente de la Subdirección de Hospital tratante a cargo del paciente, el formato INPDSCEC-03-05.3 de Indicaciones Médicas, que queda a cargo del Departamento de Enfermería durante el periodo de hospitalización del paciente, una vez egresado el formato de Indicaciones Médicas deberá incorporarse el expediente clínico del paciente. **Ver proceso COP.4**
- Supervisar, el médico adscrito, diariamente el formato INPDSCEC-03-05.3 de Indicaciones Médicas, escribiendo nombre completo, cédula profesional y firma. **Ver Proceso COP.4**
- Conocer que si la prescripción es de un medicamento y/o insumo con el que no se cuenta en la Farmacia Intrahospitalaria se procederá a su adquisición extraordinaria. **Ver apartado MMU.4.1**
- Valorar la solicitud de compra externa del medicamento y/o insumo cuando este no se tenga en el stock. **Ver apartado MMU.4.1**
- Elaborar receta por duplicado caso de compra externa. **Ver apartado MMU.4.1**
- Determinar en las indicaciones médicas cuando son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca con el propósito de realizar una prescripción completa. **Ver apartado MMU.6**
- Escribir diariamente (Residentes de la Subdirección de Hospital), las indicaciones que determina el médico adscrito a cada paciente en el formato INPDSCEC-03-05.5 de Indicaciones Médicas, registrando: fecha, hora, nombre genérico del medicamento,

presentación en microgramos (mcg), miligramos (mg), gramos (g), mililitros (mL), unidades internacionales (UI), vía de administración (es válido utilizar abreviaturas en la vía de administración como sigue: oral VO, intramuscular IM, intravenosa IV, subcutánea SC, tópica TP, rectal, vaginal) y la frecuencia de dosis. **Ver apartado MMU.6**

- Evitar el riesgo de confusión de los medicamentos señalados en las indicaciones médicas, para lo que deberán escribir el personal médico con minúsculas los de prescripción más frecuente y con mayúscula los de prescripción menos frecuente. **Ver apartado MMU.6**
- Anotar al prescribir medicamentos por razón necesaria, se registre la razón por la cual se están prescribiendo y las letras PRN, para lo que invariablemente se requiere de previa valoración médica (PVM). Por ejemplo clonazepam o lorazepam de 1 o 2 mg. VO ¼ o ½ PRN PVM. Los criterios de administración de medicamentos por razón necesaria serían síntomas de ansiedad, dolor, hipertermia, insomnio. **Ver apartado MMU.6**
- Dar indicaciones por razón necesario (PRN) en caso de dolor, ansiedad, insomnio y agitación, previa valoración médica (PVM). En estos casos el médico deberá escribir en las indicaciones médicas PRN y entre paréntesis la razón, por ejemplo: PRN (dolor) PVM. **Ver apartado MMU.6**
- Conocer las precauciones especiales para poder prescribir fármacos con aspecto o nombre parecido **Ver apartado MMU.6**
- Corroborar al prescribir un medicamento que no existe riesgo de interacción medicamentosa consultando el programa micromedex instalado en las computadoras de la Subdirección de Hospital y APC. **Ver apartado MMU.6**
- Evitar el riesgo de confusión de los medicamentos señalados en las indicaciones médicas, para lo que deberán escribir con minúsculas los de prescripción más frecuente y con mayúscula los de prescripción menos frecuente. **Ver apartado MMU.6**
- Conocer que únicamente los médicos adscritos a la Subdirección de Hospital están facultados para autorizar la solicitud del medicamento del grupo II y III, para ello al inicio de cada año la Subdirección de Hospital entregará a la Jefatura de Farmacia y al personal de la misma oficio con las firmas reconocidas de los médicos autorizados para prescribir, todos ellos médicos especialistas en psiquiatría con cédula profesional de especialistas y con certificación vigente por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. **Ver apartado MMU.6**
- Elaborar una receta individual en la prescripción de medicamentos que pertenezcan al Grupo II, Grupo III, sean antibióticos, ó medicamentos utilizados en el carro rojo. **Ver apartado MMU.6**
- Requisitar la receta médica para la solicitud de medicamentos controlados y/o por adjudicación directa, de acuerdo al instructivo de llenado y con toda la información que especifica la receta. **Ver apartado MMU.6**
- Especificar en la prescripción de medicamentos controlados el número de cajas/frascos con el número de comprimidos, tabletas o cápsulas por caja, que debe ser surtido al paciente. **Ver apartado MMU.6**
- Elaborar recetas en el Servicio de APC únicamente para pacientes que reciben consulta en dicho servicio. **Ver apartado MMU.6**
- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento y anotar en el formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica, formato INPDSCEC-03.01 Nota de Ingreso, INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución y formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas,e informar verbalmente al personal de enfermería. **Ver apartado MMU.6**
- Proporcionar información oral y por escrito sobre las propiedades de los medicamentos, para que sirven, mecanismos de acción, así como orientar sobre su uso correcto y seguro, forma de administración, dosis establecida, precauciones, posibles interacciones, efectos indeseables y efectos toxicológicos, signos a reconocer y que hacer en cada caso, además de otros aspectos que puedan ser importantes para la salud y bienestar del paciente. **Ver apartado MMU.6**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Detectar si los medicamentos generan efectos secundarios sobre el estado de conciencia, la presión arterial, el equilibrio y coordinación psicomotora del paciente, y en este caso indicar medidas preventivas que consisten en el uso de barandales en la cama, y/o sujeción. **Ver apartado MMU.6**
- Elaborar el personal médico el perfil farmacoterapéutico en el que se anotarán:
  1. Tratamientos previos: nombre de los medicamentos, dosis, por cuánto tiempo lo ha tomado el paciente, si lo continua o lo suspendió, respuesta al mismo y efectos secundarios.
  2. Se registrarán TODOS los medicamentos que tome el paciente, incluidos los fármacos no psiquiátricos que el paciente requiere ejemplo paciente diabético, hipertenso, etc. para favorecer la continuidad de la atención.
  3. En el formato se debe registrar todo cambio de tratamiento: aumento, disminución de un medicamento, suspensión de alguno y nuevas prescripciones.
- El formato debe llenarse sobre todo si el paciente cambia de médico dentro del mismo servicio o cambia de servicio dentro de la institución, siendo el propósito la continuidad de la atención. **Ver apartado MMU.6.4**
- Conciliación de medicamentos.
  a) Realizar al ingreso del paciente al servicio de hospital el personal médico el formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica y en el formato INPDSCEC-03.01 Nota de Ingreso se interroga al paciente y al familiar para conocer los tratamientos previos que ha recibido el paciente y la respuesta a los mismos. Se debe registrar nombre genérico del medicamento, dosis por día, vía de administración, tiempo en que recibió el medicamento, respuesta terapéutica al mismo, efectos secundarios, sigue tomándolo o si lo suspendió y por qué motivo.
  b) Requisitar durante la hospitalización los médicos el formato de efectos secundarios de los medicamentos que en su parte posterior tiene un cuadro en donde se anota semanalmente que medicamentos y que dosis recibe el paciente. Se anota cuando se suspende alguno de los medicamentos y cuando se inicia otro. En el cuadro en la última columna se anota el tratamiento que el paciente recibe al egreso.
  c) En la nota de egreso hay un rubro de tratamiento durante la hospitalización, y ahí se transcribe la tabla del inciso anterior, registrándose nombre genérico del medicamento, dosis, aumento, disminución o suspensión del mismo. Se especifica el tratamiento al egreso.
  d) Entregar al egreso el médico al paciente y al familiar el formato INPDSCEC-03-05.3 Recordatorio de Toma de Medicamentos en el que se especifica nombre del medicamento, presentación en miligramos y dosis que debe tomar, con el propósito que el paciente y el familiar sigan y se apeguen al tratamiento, y si el paciente va con algún médico pueda informar que tratamiento recibe.
  e) Informar al paciente y al familiar, y/o supervisar que el médico residente informe al paciente y al familiar acerca de cualquier cambio en el esquema farmacológico y los efectos terapéuticos o posibles efectos secundarios de dicho cambio**. Ver apartado MMU.6.4**
- Asegurar la conciliación de medicamentos en todo procedimiento que implique la transición de área del paciente o cambio de médico responsable del mismo. **Ver apratado MMU.6.4**
- Tomar en cuenta el personal de salud que idoneidad deber incluir los siguientes elementos
  - La idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración.
  - La duplicación terapéutica.
  - Las alergias o sensibilidades.
  - Las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.
  - La variación respecto al criterio de uso del establecimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- El peso del paciente y demás información fisiológica.
- Otras contraindicaciones. **Ver apartado MMU.6.5**

- Revisar el personal médico antes de la prescripción la idoneidad, del medicamento antes de la dispensación o administración del mismo. **Ver apartado MMU.6.5**
- En caso de dudas con la idoneidad consultar el personal de salud, con el personal médico que prescribió el medicamento. **Ver apartado MMU.6.5**
- Colocar, el Área Médica del Departamento de Imágenes Cerebrales, los medios de contraste utilizado, así como la vía y la hora de aplicación en la nota de interpretación, que deberá incorporarse al expediente clínico del paciente. **Ver apartado MMU.8**
- Informar al paciente y al familiar de la prohibición de la autoadministración de medicamentos indicados y no indicados por el médico. **Ver apartado MMU8**
- Identificar las Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (por clínica, estudios laboratorio y/o de gabinete que muestren alteraciones) que generan los errores y cuasifallas en la medicación y documentarlas en el Expediente Clínico. **Ver apartado MMU.9**
- Indagar si el paciente presenta efectos secundarios debidos al tratamiento farmacológico y consignar en el formato INPDSCEC-01-05Nota de Evolución correspondiente, informar al médico adscrito, quien deberá indicar las medidas pertinentes como disminución o interrupción temporal o definitiva del medicamento. **Ver apartado MMU.9**
- Atender las eventualidades que le notifica el personal de enfermería referente al estado de salud del paciente a la brevedad posible. **Ver apartado MMU.9**
- Detectar cualquier manifestación clínica no descrita en la literatura médica después de la administración de un medicamento. **Ver apartado MMU.9**
- Participar de manera activa en el Programa de Farmacovigilancia y reportar las sospechas de reacciones adversas de medicamentos (SRAM) al Centro Institucional de Farmacovigilancia. **Ver apartado MMU.9**
- Reportar en el formato correspondiente al Subcomité de Seguridad del paciente si el paciente presenta un evento adverso atribuible a alguno(s) de los fármaco(s) prescrito(s). **Ver apartado MMU.9**
- Realizar el reporte de sospecha de reacción adversa cuando se presente alguna describiendo detalladamente el suceso en el formato establecido al Centro Institucional de Farmacovigilancia, según la gravedad de la sospecha de reacción adversa al medicamento(s). **Ver apartado MMU.9**
- Utilizar la información de la guía farmacoterapéutica para realizar una prescripción más racional.
- Consultar al ingreso del paciente al servicio de hospital, el médico tratante deberá consultar el sistema micromedex antes de prescribir el tratamiento farmacológico, vigilando las interacciones farmacológicas que la prescripción pueda tener con otros medicamentos que reciba el paciente.
- El médico deberá registrar en el formato y en la nota de evolución correspondiente que consultó el sistema micromedex y anotar la información que arrojó el sistema.
- El médico deberá imprimir la información que arroje el sistema de micromedex en el expediente clínico del paciente.
- Mantener la prescripción basada en la experiencia clínica y en la medicina basada en evidencias, a pesar de las interacciones que marque el micromedex, considerando que es mayor el beneficio que el riesgo para el paciente.
- Es posible que a pesar de las interacciones que marque el sistema, el médico desde su experiencia clínica y la medicina basada en evidencia mantenga un determinado medicamento, considerando que es mayor el beneficio que el riesgo para el paciente, registrando

puntualmente en el formato perfil farmacológico y conciliación de medicamentos el cual debe anexarse al expediente.

- Valorar la solicitud de compra externa del medicamento cuando este no se tenga en el stock y/o reserva.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Departamento de Enfermería será responsable de:

- Transcribir las indicaciones médicas en los formatos correspondientes de enfermería. **Ver apartado MMU.6**
- Verificar y revisar indicación médica de inicio de tratamiento preguntando el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento contra tratamiento anotando en el formato registros clínicos de enfermería. **Ver proceso MISP.1**
- Efectuar la técnica de lavado de manos siguiendo la normatividad de los cinco momentos: 1. Antes del contacto con el paciente, 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo, 3. Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas, 4. Después del contacto con el paciente, 5. Posterior al contacto con objetos localizados en la habitación del paciente. **Ver proceso MISP.5**
- Tomar medicamentos y/o insumos de los stocks de reserva de Hospitalización y/o APC fuera del horario de la Farmacia Intrahospitalaria, y en caso de no contar con él, se realice solicitud para la adquisición extraordinaria de acuerdo al procedimiento establecido. **Ver apartado MMU.5**
- Elaborar requisición de medicamento en el formato control de suministros de farmacia y materiales de consumo. **Ver apartado MMU.7**
- Identificar, registrar y resguardar todos los medicamentos que por situación extraordinaria y previa autorización escrita del médico tratante, el paciente y/o familiar trae consigo en el formato control de medicamentos de ingreso y egreso de pacientes. **Ver apartado MMU.7**
- Informar al paciente y al familiar de la prohibición de la autoadministración de medicamentos indicados y no indicados por el médico. **Ver apartado MMU.8**
- Efectuar revisión de indicaciones médicas en caso de que estas no sean claras precisas y legibles no se administrara el medicamento y se notificara al médico responsable. **Ver apartado MMU.8**
- Verificar que el personal de enfermería administra los medicamentos de acuerdo a las Indicaciones Médicas, siguiendo los 8 correctos: **Ver apartado MMU.8**
- Verificar que el personal de enfermería administre los medicamentos de acuerdo a los protocolos universales de procedimientos invasivos **Ver apartado MMU.8**
- Efectuar la preparación de los medicamentos aplicando los 8 correctos y el círculo de seguridad en la mesa de preparación de medicamentos que se encuentra en cada tratamiento. Así como, dejarlos debidamente etiquetados con los datos del paciente, dosis, vía y hora. **Ver apartado MMU.8**
- Verificar en medicamentos intravenosos la dilución correcta para su administración. **Ver apartado MMU.8**
- Administrar medicamento, según tratamiento farmacológico indicado por el médico. Aplicando el círculo de seguridad de la administración de medicamentos, los protocolos universales de procedimientos invasivos y los ocho correctos: paciente correcto, dosis correcta, vía correcta, medicamento correcto, hora correcta, almacenamiento correcto, fecha de caducidad, conservación del medicamento correcta. **Ver apartado MMU.8**
- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento y anotar en el formato Registros Clínicos de Enfermería en el rubro asignado. **Ver apartado MMU.9**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Realizar en el área de atencion APC de 16:00 p.m. a 19:00 pm de lunes a viernes, los cargos al sistema hospitalario de medicamentos en ámpula que se utilicen con el paciente, y entregar al paciente para su pago en la caja de hospital.
- Archivar la documentación comprobatoria de los medicamentos recibidos y ministrados al paciente.
- Observar las políticas de clasificación de medicamentos, de acuerdo a instrucciones de la Titular de la Subdirección de Hospitalización.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

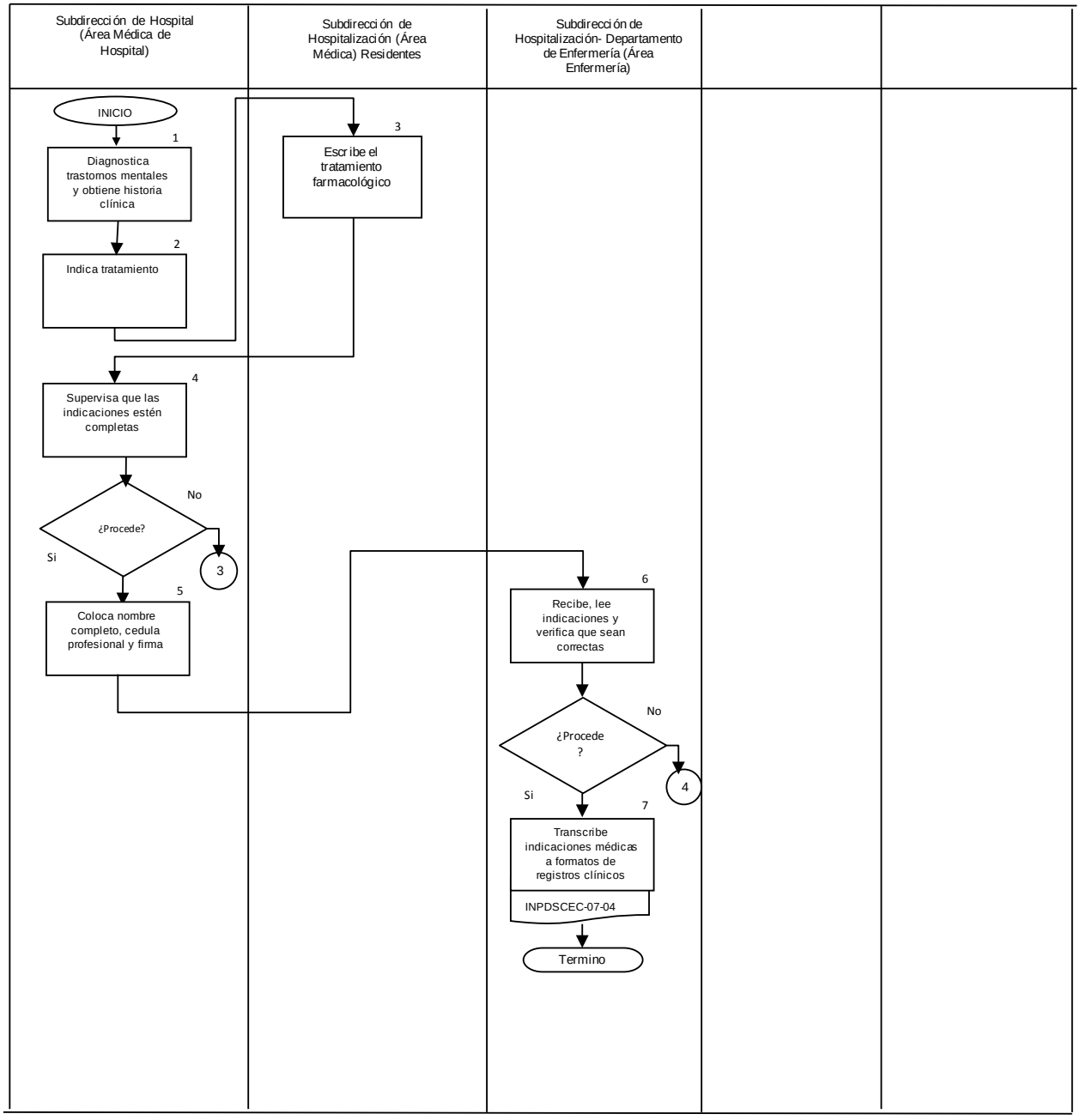
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**1**	Diagnostica los trastornos mentales que con mayor frecuencia requieren de hospitalización en el Instituto con base en las guía farmacoterapéutica y las guías de práctica clínica. Obtiene la historia farmacológica del paciente, verificando la medicación actual con la previa.	
	2	Indica a los residentes el tratamiento farmacológico para cada paciente, fijando límites en la prescripción y administración de los medicamentos de acuerdo a la farmacocinética y a la dosis máxima.	
Subdirección de Hospitalización Área Médica (Residentes)	**3**	Escribe el tratamiento farmacológico indicado por el médico adscrito a la Subdirección de Hospitalización, anotando con letras minúsculas los medicamentos de prescripción más frecuente y con letras mayúscula los medicamentos de prescripción menos frecuente en las indicaciones médicas.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**4**	Supervisa diariamente que las indicaciones médicas estén completas. Procede: Si: Continua actividad siguiente No. Corrige las indicaciones. Regresa al punto 3	
Subdirección de Hospitalización Área Médica (Residentes)	**5**	Coloca su nombre completo, cédula profesional y firma Entrega por escrito las indicaciones médicas al personal de enfermería, especificando nombre genérico del medicamento, dosis de la presentación comercial del medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia de administración y dosis prescrita.	
Subdirección de Hospitalización Departamento de Enfermería (Área de Enfermería)	**6**	Recibe, lee las indicaciones médicas y verifica que sean correctas Procede: Si: Continua actividad siguiente No.- Detecta que las indicaciones médicas son incompletas, ilegibles, confusas o hay alguna equivocación en las mismas.Regresa actividad 4	
	7	Transcribe indicaciones médicas a los formatos INPDSCEC-07-04 de registros clínicos de enfermería siguiendo los protocolos para prevenir riesgos.	INPDSCEC-07-04
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

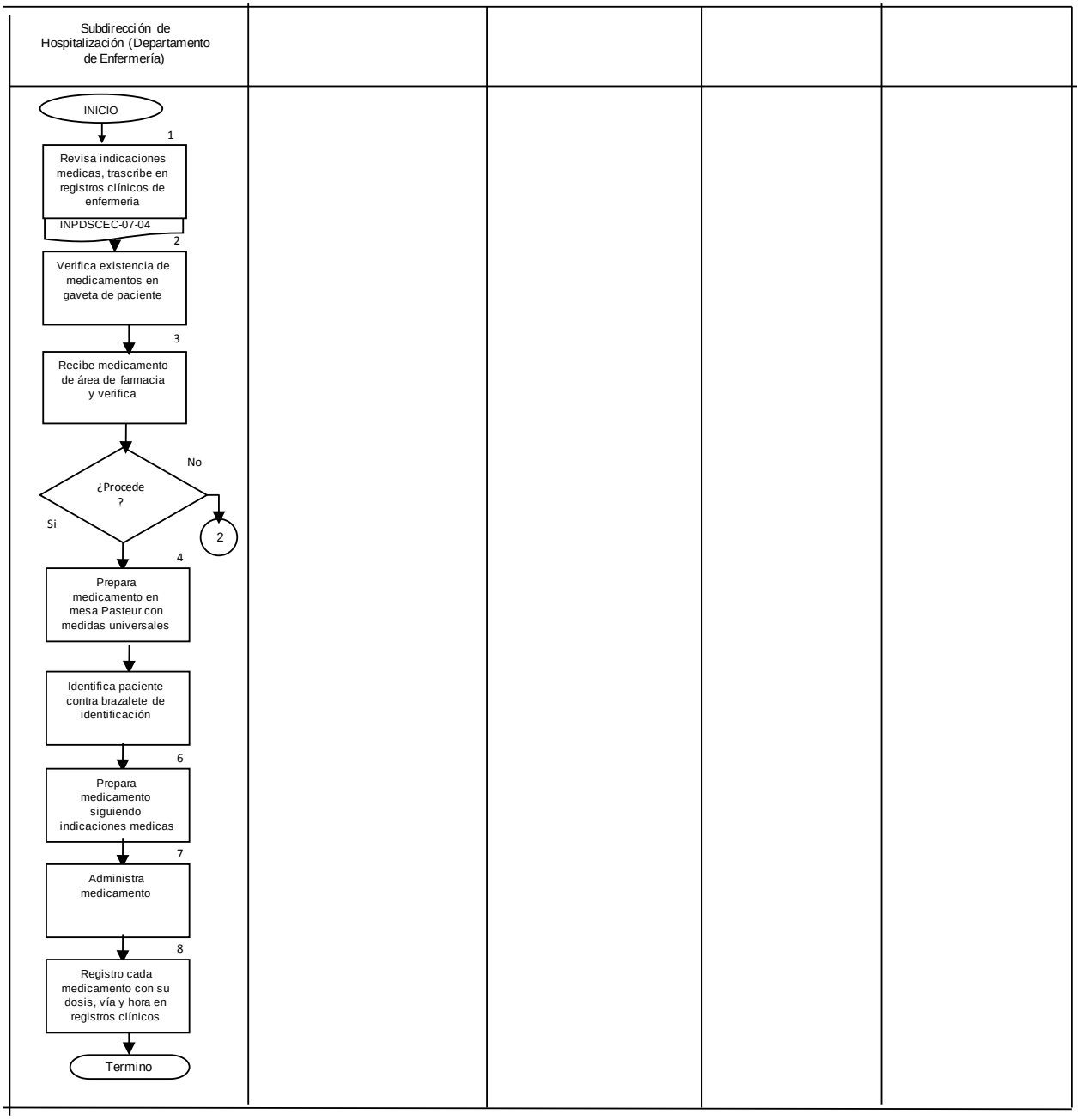
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería)	**1**	Revisa y entiende las indicaciones médicas, transcribe a las hojas de registros clínicos de enfermería, anotando si el paciente padece alguna alergia.	INPDSCEC-07-04
	2	Verifica la existencia del medicamento en gaveta del paciente en caso de no contar, verifica stock, si no procede solicita a farmacia mediante formato INPSCE-029 Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.	INPSCE-029
	3	Recibe medicamento del área de farmacia revisa fecha de caducidad y presentación física del medicamento correcta Procede: Si:Continua siguiente actividad No Devuelve al área de farmacia regresa actividad 2.	
	4	Prepara medicamento en mesa Pasteur, con las medidas universales de asepsia y antisepsia.	
	5	Identifica paciente preguntándole su nombre y fecha de nacimiento, y revisa el brazalete de identificación. En su caso identifica al paciente con tarjeta de identificación de cama cruzando la información con el familiar y/o cuidador considerando los indicadores universales (Nombre completo y fecha de nacimiento).	
	6	Prepara el medicamento siguiendo indicaciones médicas (medicamento, dosis, vía y hora), e identifica en su caso, el vaso del medicamento de uso del paciente.	
	7	Administra el medicamento siguiendo indicaciones médicas (medicamento, dosis, vía y hora de administración) y dispensa medicamentos, aplicando los 8 correctos y el círculo de calidad y en la administración de medicamentos (yo preparo, yo administro, yo registro, etc.	
	8	Registra cada medicamento con su dosis, vía y hora de administración en las hojas de registros clínicos de enfermería.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Medicamento:** Sustancia que se administra con fines curativos o preventivos de una enfermedad.

8.2 **Suministro:** Abastecimiento de lo que se considera necesario.

8.3 **Medicamentos de alto riesgo:** Aquellos fármacos que conllevan un riesgo de error que puede conducir a resultados adversos importantes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPSCE-029.- Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPSCE-029.- Control de Suministros de Farmacia y Materiales de Consumo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

11. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Contar con un procedimiento que describa de manera detallada las responsabilidades del personal médico en caso de que se presente el evento de un paciente agitado-agresivo, con el propósito de lograr la contención del mismo, respetando sus derechos, integridad, cuidando su bienestar, privacidad y dignidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización Área de Atención Psiquiátrica Continua, Departamento de Enfermería y Departamento de Trabajo Social, Departamento de Enfermería y Subdirección de Servicios Generales (Personal de vigilancia).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que, por su grado e agitación o agresividad, requieran de una intervención.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

✓ El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo del paciente agitado o agreviso**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP 2 emisión de indicaciones verbales y telefónicas.

II. Estándares Centrados en el Paciente

<u>Acceso y continuidad de la atencion (ACC)</u>

- ✓ ACC.1.2 Para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidad de atención inmediatas

<u>Derechos del paciente y su familia (PFR)</u>

- ✓ PFR.1.4 Proteger a pacientes contra las agresiones.
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

<u>Atencion de pacientes COP</u>

- ✓ COP.10 Para el manejo de paciente que tienen riesgo de presentar conductas autolesivas y/o tienen riesgo de suicidio
- ✓ COP.10.9 Atención de pacientes que requieren sujeción

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

<u>Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)</u>

- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico, de enfermería y al personal de vigilancia de que deben conocer y prevenir los riesgos de lastimar o resultar lastimados al intervenir en el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso PFR.1.4**
- Instruir al personal médico en que es el único autorizado para indicar cuándo se da por terminada la restricción física de un paciente. **Ver porceso MISP 2 y Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico en que es el único autorizado para indicar el aislamiento y la restricción farmacológica y/o física de un paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de vigilancia para apoyar cuando el personal de salud lo requiera en caso de manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver procesocop.10.9**
- Asegurar la competencia del personal médico y de enfermería de la Subdirección de Hospital y el personal de vigilancia, para lo que deben contar al menos con una plática de capacitación al año sobre el manejo del paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico, de enfermería y al personal de vigilancia de que deben velar por su propia seguridad. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico, de enfermería y de vigilancia que en caso de que se requiera su intervención para contender con un paciente agitado y/o agresivo, en todo momento el personal que intervenga debe mantener una conducta ética cuidando del bienestar, integridad, privacidad y dignidad del paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico que en caso de paciente con antecedente conocido de agitación o agresividad que acuda a consulta en Atención Psiquiátrica Continua, y ameritará internamiento, para seguridad del propio paciente y del resto de pacientes hospitalizados se procederá a la referencia para internamiento en otra institución del sector salud. **Ver proceso COP.10.9**
- Difundir que en el formato INPDSCEC-03-04.1 de Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario, que firman el paciente y el familiar responsable, autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y paramédico, equipo o instalaciones del Instituto, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física. Y también autorizan que en si el estado del paciente lo hace necesario se traslade a otra institución del sector salud. **Ver proceso COP.10, Ver proceso PFR.1.5 y Ver proceso ACC.1.2**
- Instruir al personal médico y de enfermería de que en caso de pacientes que ya se encuentren hospitalizados en el Instituto y presenten episodios de agitación o de agresión hacia otros pacientes, familiares, cuidadores, personal de salud y dañen el equipo o instalaciones del Instituto se procederá al manejo del mismo con las medidas de aislamiento y restricción detalladas en el Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospital en el rubro Manejo de Paciente Agitado o Agresivo y en el Manual de Enfermería. **Ver proceso PFR.1.4**
- Instruir al personal Trabajo Social para que controlado el episodio de agitación y/o agresividad del paciente, se comunique con el familiar responsable (si éste no estuviera presente) para que acuda para realizar el trámite de traslado del paciente a otra institución del sector salud. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal Medico y de Enfermería, que en todas las áreas de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua se cuente con jeringas y con los medicamentos necesarios para la administración vía intramuscular o vía oral que se requieren para el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal Medico y de enfermería para que en todas las áreas de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua se cuente con el material necesario para la restricción física para el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de Trabajo Social para que informe desde el ingreso al familiar responsable que en caso de que el paciente dañe equipo o instalaciones deberá cubrir el costo del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Restricción Física

- Instruir que el personal médico es el único autorizado para indicar aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo, cuando el caso lo amerite y para preservar el bienestar y la integridad del paciente y de los demás, y siempre respetando los derechos y la dignidad del paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico y personal de enfermería para realizar en forma colaborativa el procedimiento de aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo en el Servicio de Hospital o en el Servicio de APC, respetando los derechos humanos y la dignidad del paciente y cuidando de no lastimarlo durante el procedimiento de restricción física. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que el líder del equipo de salud explique al paciente que debido a que se encuentra alterado se requieren medidas de aislamiento y restricción farmacológica y/o física. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico que se requiere al menos de 4 personas del personal de salud para realizar procedimiento de restricción física en paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que de ser posible el líder del equipo de salud solicite al paciente su cooperación. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que de ser posible el líder del equipo explique y solicite al paciente:
  - Entrar a su habitación para proceder al aislamiento.
  - Permita la administración de medicamento ya sea por vía oral o vía intramuscular según la indicación del personal médico.
  - Permita proceder a la sujeción gentil en su cama en su habitación. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que en caso de que el paciente no coopere para entrar a su habitación, para permitir la administración del medicamento y para permitir la sujeción, la intervención tendrá que ser coercitiva. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que de ser posible el líder del equipo vuelva a solicitar al paciente su cooperación y le explique en lenguaje claro y respetuoso que es necesario proceder al aislamiento y restricción farmacológica y/o física. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que solicite la presencia del personal de vigilancia. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de vigilancia para que acuda al llamado del personal médico y/o del personal de enfermería. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de vigilancia que debe ingresar al sitio en el que se encuentra el paciente, y participar de acuerdo a las indicaciones del personal de médico y/o del personal de enfermería.
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que durante el procedimiento de restricción física debe: **Ver proceso COP.10.9**
  - Evitar ejercer presión en el cuello, tórax, abdomen, espalda baja y área pélvica del paciente.
  - Asegurar vía aérea permeable.
  - Evitar que la sujeción oprima el tórax e impida la respiración.

Sujeción

- Instruir al personal de enfermería de que en caso que el personal médico de una indicación verbal, el personal de enfermería deberá verificar que se trate del paciente correcto. **Ver porceso MISP.2**
- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que si el personal médico residente o algún estudiante resultará lesionado por un paciente agitado y/o agresivo se deberá elaborar

informe circunstanciado para el Director de Servicios Clínicos, con copia a la Subdirección de Hospital y la Dirección de Enseñanza para los trámites administrativos correspondientes. **Ver proceso PFR.1.4**

- Instruir al personal médico para que la duración de la restricción física sea del tiempo mínimo necesario para la contención del paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que durante todo el tiempo que se mantenga la restricción física del paciente, cada hora realice evaluación del paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que durante todo el tiempo que se mantenga la restricción física vigile las condiciones de sedación, de hidratación y de higiene en que se encuentra el paciente. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico para que de indicaciones por escrito al personal de enfermería para que durante todo el tiempo que se mantenga la restricción física del paciente realice cambios frecuentes de posición, lo asista en la alimentación e higiene necesarias y vigile que no se presenten zonas de lesión dérmica por la sujeción. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de enfermería para que durante todo el tiempo que dure la restricción física del paciente, cada hora registre los signos vitales e informe los mismos al personal médico. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal de enfermería para que durante todo el tiempo que se mantenga la restricción física del paciente realice cambios frecuentes de posición, lo asista en la alimentación e higiene necesarias y vigile que no se presenten zonas de lesión dérmica por la sujeción. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico en que debe registrar por escrito la descripción del episodio de agitación y/o agresividad del paciente en nota de evolución en el expediente clínico. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico en que debe registrar por escrito en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución correspondiente si otros pacientes, familiares, cuidadores, o personal de salud requirió atención debido al episodio de agresividad del paciente y qué tipo de atención requirieron. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico en que debe anotar por escrito en la hoja de indicaciones médicas, todas las indicaciones otorgadas al personal de enfermería en el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico que en las indicaciones médica debe anotar por escrito fecha y hora del término de la restricción física, nombre completo, cédula profesional y firma del médico que da la indicación. **Ver proceso COP.10.9**
- Instruir al personal médico acerca de los psicofármacos que se deben aplicar a un paciente en caso de agitación y/o agresividad de acuedo a:
  - El diagnóstico y cuadro clínico que presenta el paciente.
  - Los efectos secundarios que dicho medicamento puedan provocar.
  - Las posibles interacciones farmacológicas que se puedan presentar.
- Instruir al personal médico, al personal de enfermería y al personal de trabajo social que si el personal de base, personal médico residente, personal de vigilancia, personal de intendencia, estudiantes, familiares, cuidadores u otros pacientes resultan lesionados por un paciente agitado y/o agresivo el personal médico del Servicio de Atención Psiquiátrica Continua realizará exploración física de la persona lesionada, solicitando estudios correspondientes, mismos que de ser posible se realizarán en la misma institución sin costo para la persona lesionada, o en su caso de ser necesario debe ser trasladada en ambulancia de la Institución y si ésta no estuviera disponible en ambulancia subrogada a otra unidad del sector salud según corresponda (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE). **Ver proceso COP.10.9**

- Instruir al personal médico y al personal de enfermería que si el personal de base resultará lesionado por un paciente agitado y/o agresivo se deberá elaborar informe circunstanciado para el Director de Servicios Clínicos, con copia a la Subdirección de Hospital y al Sindicato para los trámites administrativos correspondientes. **Ver proceso COP.10.9**

Agresion al Paciente

- Escuchar y atender en su caso, las lesiones que hubiera sufrido el paciente de acuerdo a la agresión de que haya sido objeto. **Ver proceso PFR.1.4**
- Evitar que tenga contacto el agresor y mantenerlo con vigilancia estrecha, e informar inmediatamente a la Subdirección de Hospital, a médico psiquiatra adscrito a la Subdirección de Hospital o al médico residente de cuarto año Jefe de guardia. **Ver proceso PFR.1.4**
- Informar inmediatamente al familiar responsable si estuviera presente o solicitar al servicio de trabajo social se comunique con el familiar responsable pidiendo su presencia en la Subdirección de Hospital en el siguiente día hábil. **Ver proceso PFR.1.4**
- Solicitar al paciente elabore queja por escrito para que la Subdirección de Hospital la entregue a la Dirección de Servicios Clínicos y a Gestión de Calidad para el seguimiento administrativo correspondiente. **Ver proceso PFR.1.4**
- Solicitar al personal involucrado elabore informe circunstanciado para que la Subdirección de Hospital la entregue a la Dirección de Servicios Clínicos y a Gestión de Calidad para el seguimiento administrativo correspondiente **Ver proceso PFR.1.4**.

3.2 La Subdirección de Hospitalización, a través del área médica de Atención Psiquiátrica Continua y el área médica de Hospital será responsable de:

- El personal Medico de APC, en caso de paciente agitado o agresivo debera:
  - Utilizar el aislamiento y la restricción farmacológica y/o física para prevenir el riesgo de que un paciente se haga daño a sí mismo y/o a otros.
  - Intervenir en caso de que un paciente presente agitación y/o agresividad.
  - Indicar el aislamiento y la restricción farmacológica y/o física de un paciente.
  - Solicitar la presencia del personal de vigilancia.
  - Indicar cuándo se da por terminada la restricción física de un paciente.
  - Llevar a cabo si se requiere el aislamiento de un paciente agitado y/o agresivo, en la propia habitación del paciente.
  - Retirar en caso de que se requiera del aislamiento de un paciente agitado y/o agresivo en su propia habitación, cualquier objeto potencialmente peligroso.
  - No atender a ninguna persona que porte cualquier objeto peligroso.
  - Atender al paciente hasta que el personal de vigilancia haya retirado cualquier objeto peligroso que porte el paciente.
  - Contar al menos con una plática de capacitación al año sobre el manejo del paciente agitado y/o agresivo.
  - Conocer y prevenir los riesgos de lastimar o resultar lastimados al intervenir en el manejo de un paciente agitado y/o agresivo.
  - Velar por su propia seguridad.
  - Dar contención verbal al paciente para que la primera intervención no sea coercitiva.
  - Mostrar el líder y todo el equipo de salud calma y control de la situación.
  - Mantenerse el líder del equipo de salud a una distancia prudente del paciente.
  - Hablar suavemente el líder del equipo de salud, sin provocar y sin emitir juicios.
  - De ser posible el líder del equipo de salud debe hablar con el paciente estando sentados.

- Presentarse con el paciente el líder del equipo de salud, dando su nombre completo y cargo.
- Identificar el líder del equipo de salud al paciente preguntándole su nombre y fecha de nacimiento.
- Verificar de ser posible el líder del equipo de salud la información en el brazalete que porta el paciente.
- Preguntar el líder del equipo de salud al paciente el motivo del episodio de agitación y/o agresividad, dando oportunidad a que el paciente exprese sus emociones.
- Designar que antes de iniciar el procedimiento, del manejo del paciente agitado y/o agresivo a uno de los médicos para que sea el líder durante todo el procedimiento.
- Llevar a cabo el procedimiento del manejo del un paciente agitado y/o agresivo con al menos cuatro integrantes del personal médico y de enfermería.
- Solicitar a familiares, cuidadores, y otros pacientes que se encuentren presentes que se retiren para proceder a la intervención.
- Explicar al familiar y/o cuidador del paciente que debido a la agitación y/o agresividad con la que cursa el paciente es necesaria la intervención de aislamiento y restricción farmacológica y/o física.
- Escuchar el líder del equipo de salud al paciente en caso de que éste empiece a hablar.
- Mantener una conducta ética cuidando del bienestar, integridad, privacidad y dignidad del paciente en caso de que se requiera contender al paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**

- Proceder a la referencia para internamiento en otra institución del sector salud en caso de paciente con antecedente conocido de agitación o agresividad acuda a consulta en Atención Psiquiátrica Continua, y amerite internamiento, para seguridad del propio paciente y del resto de pacientes hospitalizados. **Ver proceso.COP.10.9**
- Proceder en caso de pacientes que ya se encuentren hospitalizados en el Instituto y presenten episodios de agitación o de agresión hacia otros pacientes, familiares, cuidadores, personal de salud y dañen el equipo o instalaciones del Instituto, al manejo del mismo con las medidas de aislamiento y restricción detalladas en el Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospital en el rubro Manejo de Paciente Agitado o Agresivo y en el Manual de Enfermería. **Ver proceso.COP.10.9**
- Tomar en consideración que en el procedimiento de manejo de un paciente agitado y/o agresivo, deben participar al menos cuatro integrantes del personal médico y de enfermería. Solicitar la presencia del personal de vigilancia. Solicitar la presencia del personal de vigilancia. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar a familiares, cuidadores, y otros pacientes que se encuentren presentes que se retiren para proceder a la intervención. **Ver proceso.COP.10.9**
- Conocer y tomar en consideración que en todas las áreas de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua se cuenta con el material necesario para la restricción física para el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Registrar por escrito en el formato INPDSCEC-01-05 Nota de Evolución o en formato INPDSCEC-03-06.1 de APC en el expediente clínico, el motivo por el cual se indica el aislamiento, la restricción farmacológica y/o la restricción física del paciente. **Ver proceso.COP.10.9**
- Informar al personal de enfermería en que no se lleve a cabo el aislamiento y/o restricción física de un paciente si el médico no anota por escrito la orden en las indicaciones médicas. **Ver proceso.COP.10.9**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Presentarse y colaborar con el personal de enfermería en la técnica de sujeción del paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**

Restricción Física

- Indicar el aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo, cuando el caso lo amerite y para preservar el bienestar y la integridad del paciente y de los demás, y siempre respetando los derechos y la dignidad del paciente. **Ver proceso.COP.10.9**
- Realizar en forma colaborativa el procedimiento de aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo en el Servicio de Hospital o en el Servicio de APC, respetando los derechos humanos y la dignidad del paciente y cuidando de no lastimarlo durante el procedimiento de restricción física. **Ver proceso.COP.10.9**
- Explicar el líder del equipo de salud al paciente que debido a que se encuentra alterado se requieren medidas de aislamiento y restricción farmacológica y/o física. **Ver proceso.COP.10.9**
- Requerir al menos de 4 personas del personal de salud para realizar procedimiento de restricción física en paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**.
- Explicar y solicitar de ser posible el líder del equipo al paciente:
  - Que entre a su habitación para proceder al aislamiento.
  - Que permita la administración de medicamento ya sea por vía oral o vía intramuscular según la indicación del personal médico.
- Que permita proceder a la sujeción gentil en su cama en su habitación. **Ver proceso.COP.10.9**
- Realizar en caso de que el paciente no coopere para entrar a su habitación, para permitir la administración del medicamento y para permitir la sujeción, la intervención coercitiva. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar nuevamente de ser posible el líder del equipo al paciente, su cooperación y explicar en lenguaje claro y respetuoso que es necesario proceder al aislamiento y restricción farmacológica y/o física. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar en su caso la presencia del personal de vigilancia. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar al personal de vigilancia para que acuda al llamado del personal médico y/o del personal de enfermería. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar al personal de vigilancia que ingrese al sitio en el que se encuentra el paciente, y participe de acuerdo a las indicaciones del personal de médico y/o del personal de enfermería.
- Tomar en consideración durante el procedimiento de restricción física: **Ver proceso.COP.10.9**
  - Evitar ejercer presión en el cuello, tórax, abdomen, espalda baja y área pélvica del paciente.
  - Asegurar vía aérea permeable.
  - Evitar que la sujeción oprima el tórax e impida la respiración.
- Aplicar durante el procedimiento las técnicas de sujeción al paciente agitado y/o agresivo previamente descritas, en el párrafo de la Subdirección de Hospitalización.
  - Llevar a cabo las siguientes acciones en el caso de que un paciente sea objeto de agresión verbal, física o psicológica, por personal de base de la Institución, personal médico residente, estudiantes, personal de vigilancia, de intendencia o comedor, se deberá:
  - Escuchar y atender al paciente de acuerdo a la agresión de que haya sido objeto.
  - Informar inmediatamente a la Subdirección de Hospital, a médico psiquiatra adscrito a la Subdirección de Hospital o al médico residente de cuarto año Jefe de guardia.
  - Informar inmediatamente al familiar responsable si estuviera presente o solicitar al servicio de trabajo social se comunique con el familiar responsable pidiendo su presencia en la Subdirección de Hospital en el siguiente día hábil.

- Solicitar al paciente elabore queja por escrito para que la Subdirección de Hospital la entregue a la Dirección de Servicios Clínicos y a Gestión de Calidad para el seguimiento administrativo correspondiente.
- Solicitar al personal involucrado elabore informe circunstanciado para que la Subdirección de Hospital la entregue a la Dirección de Servicios Clínicos y a Gestión de Calidad para el seguimiento administrativo correspondiente. **Ver proceso.COP.10.9**

3.3 La Subdirección de Hospitalización, a través del área de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua y en Hospital será responsable de:

- Utilizar bajo las indicaciones médicas, el aislamiento y la restricción farmacológica y/o física para prevenir el riesgo de que un paciente se haga daño a sí mismo y/o a otros. **Ver proceso.COP.10.9**
- Atender al paciente hasta que el personal de vigilancia en su caso, haya retirado cualquier objeto peligroso que porte el paciente. **Ver proceso.COP.10.9**
- Contar al menos con una plática de capacitación al año sobre el manejo del paciente agitado y/o agresivo.
- Velar por su propia seguridad.
- Mantener una conducta ética cuidando del bienestar, integridad, privacidad y dignidad del paciente, en caso de que se requiera su intervención para contender con un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Contar en todas las áreas de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, con jeringas y con los medicamentos necesarios para la administración vía intramuscular, o vía oral que se requieren para el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Contar en todas las áreas de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con el material necesario para la restricción física para el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- No llevar a cabo el aislamiento y/o restricción física de un paciente si el médico no anota por escrito la orden en el formato INPDSCEC-03-05.5Indicaciones Médicas. **Ver proceso.COP.10.9**
- Tomar en consideración que en el procedimiento de manejo de un paciente agitado y/o agresivo, deben participar al menos cuatro integrantes del personal médico y de enfermería.
- Solicitar a familiares, cuidadores, y otros pacientes que se encuentren presentes que se retiren para proceder a la intervención. **Ver proceso.COP.10.9**
- Solicitar la presencia del personal de vigilancia.
- Tomar en consideración durante el procedimiento de restricción física:
  - Evitar ejercer presión en el cuello, tórax, abdomen, espalda baja y área pélvica del paciente.
  - Asegurar vía aérea permeable.
  - Evitar que la sujeción oprima el tórax e impida la respiración.
- Aplicar durante el procedimiento las técnicas de sujeción al paciente agitado y/o agresivo previamente descritas, en el párrafo de la Subdirección de Hospitalización. **Ver proceso.COP.10.9**

3.4 La Subdirección de Hospitalización, a través del área Trabajo Social será responsable de:

- Comunicarse con el familiar responsable (si éste no estuviera presente) para que acuda para realizar el trámite de traslado del paciente a otra institución del sector salud. **Ver proceso.COP.10.9**
- Informar desde el ingreso al familiar responsable que en caso de que el paciente dañe equipo o instalaciones deberá cubrir el costo del mismo. **Ver proceso.COP.10.9**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

3.5 La Subdirección de Servicios Generales a través del personal de vigilancia será responsable de:

- Acudir al llamado del personal del área médica o de cualquier persona que así lo requiera para participar en el procedimiento del manejo del paciente agitado-agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Retirar las armas al paciente en caso de que éste llagará a portarlas. **Ver proceso.COP.10.9**
- Intervenir en caso de que un paciente presente agitación y/o agresividad, de acuerdo al procedimiento. **Ver proceso.COP.10.9**
- Contar al menos con una plática de capacitación al año sobre el manejo del paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Conocer y prevenir los riesgos de lastimar o resultar lastimados al intervenir en el manejo de un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Mantener una conducta ética cuidando del bienestar, integridad, privacidad y dignidad del paciente, en caso de que se requiera su intervención para contender con un paciente agitado y/o agresivo. **Ver proceso.COP.10.9**
- Tomar en consideración durante el procedimiento de restricción física:
  - Evitar ejercer presión en el cuello, tórax, abdomen, espalda baja y área pélvica del paciente.
  - Asegurar vía aérea permeable.
  - Evitar que la sujeción oprima el tórax e impida la respiración. **Ver proceso.COP.10.9**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN LAS INSTALACIONES

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Dirección de Servicios Clínicos (Personal Adscrito)	**1**	Detectan agitación y/o agresividad en el paciente: a) Se comunica telefónicamente con el personal de vigilancia solicitando su presencia en el área. b) Se comunica telefónicamente a Atención Psiquiátrica Continua solicitando su presencia en el área.	
Subdirección de Hospital (Área médica de Atención Psiquiátrica Continua) Subdirección de Servicios Generales (Personal de vigilancia)	**2**	Se presenta en el área personal médica de APC. Se presenta en el área personal de vigilancia.	
Subdirección de Servicios Generales (Personal de vigilancia)	**3**	Solicita el personal de vigilancia al paciente entregue el arma en caso de que porte alguna. Recibe el personal de vigilancia el arma y la retira.	
Subdirección de Hospital (Área médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**4**	Se identifica con el paciente dando su nombre y cargo.	
	5	Intenta dar contención verbal al paciente para que acepte atención en APC. Procede: No:Continua actividad siguiete Si Traslada voluntariamente, al área de atención psiquiátrica continúa para su atención. Termina Procedimiento	
Subdirección de Hospital (Área médica de Atención Psiquiátrica Continua) Subdirección de Servicios Generales (Personal de vigilancia)	**6**	Realizan restricción física del paciente y lo trasladan al servicio de APC para su atención.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

B) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN EL ÁREA DE HOSPITAL Y EN APC

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de Atención Psiquiátrica Continua) o (Área Médica de Hospital) y (Área de Enfermería en Hospital), o (Área de Enfermería en APC)	**1**	Detecta Personal médico o de enfermería riesgo de agitación y/o agresividad en paciente atendido en Atención Psiquiátrica Continua y/o en el Hospital. Se comunica telefónicamente con el personal de vigilancia solicitando su presencia en el área. Si en el área no estuviera presente personal médico el personal de enfermería da aviso de la agitación/agresividad del paciente y solicita la presencia del personal médico en el área.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**2**	Se presenta el personal médico único autorizado para indicar aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo.	
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de Atención Psiquiátrica Continua) o (Área Médica de Hospital) y (Área de Enfermería en Hospital), o (Área de Enfermería en APC)	**3**	Solicitan personal médico y de enfermería a familiares, cuidadores, u otros pacientes se retiren del área en la que se va a llevar a cabo la restricción física del paciente tanto en Hospital como en APC.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**4**	Da las indicaciones verbales correspondientes el personal médico de mayor jerarquía líder del equipo, al personal de enfermería para aislamiento y/o restricción física de paciente agitado y/o agresivo en el Servicio de Hospital o en el Servicio de APC.	
Subdirección de Hospitalización (Área Medica de Atención Psiquiátrica Continua) o (Área Médica de Hospital) y (Área de Enfermería en Hospital), o (Área de Enfermería en APC) Subdirección de Servicios Generales (Personal de vigilancia)	**5**	Realizan el personal médico y personal de enfermería en forma colaborativa procedimiento de aislamiento y/o restricción física en caso de paciente agitado y/o agresivo en el Servicio de Hospital o en el Servicio de APC. Se solicita si el caso lo requiere la colaboración en el procedimiento del personal de vigilancia que debe estar presente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**6**	Indica el personal médico único autorizado aplicación de medicamento en caso de paciente agitado y/o agresivo. Indica verbalmente en caso emergencia, la aplicación de medicamento intramuscular al personal de enfermería, siguiendo los 5 correctos.	

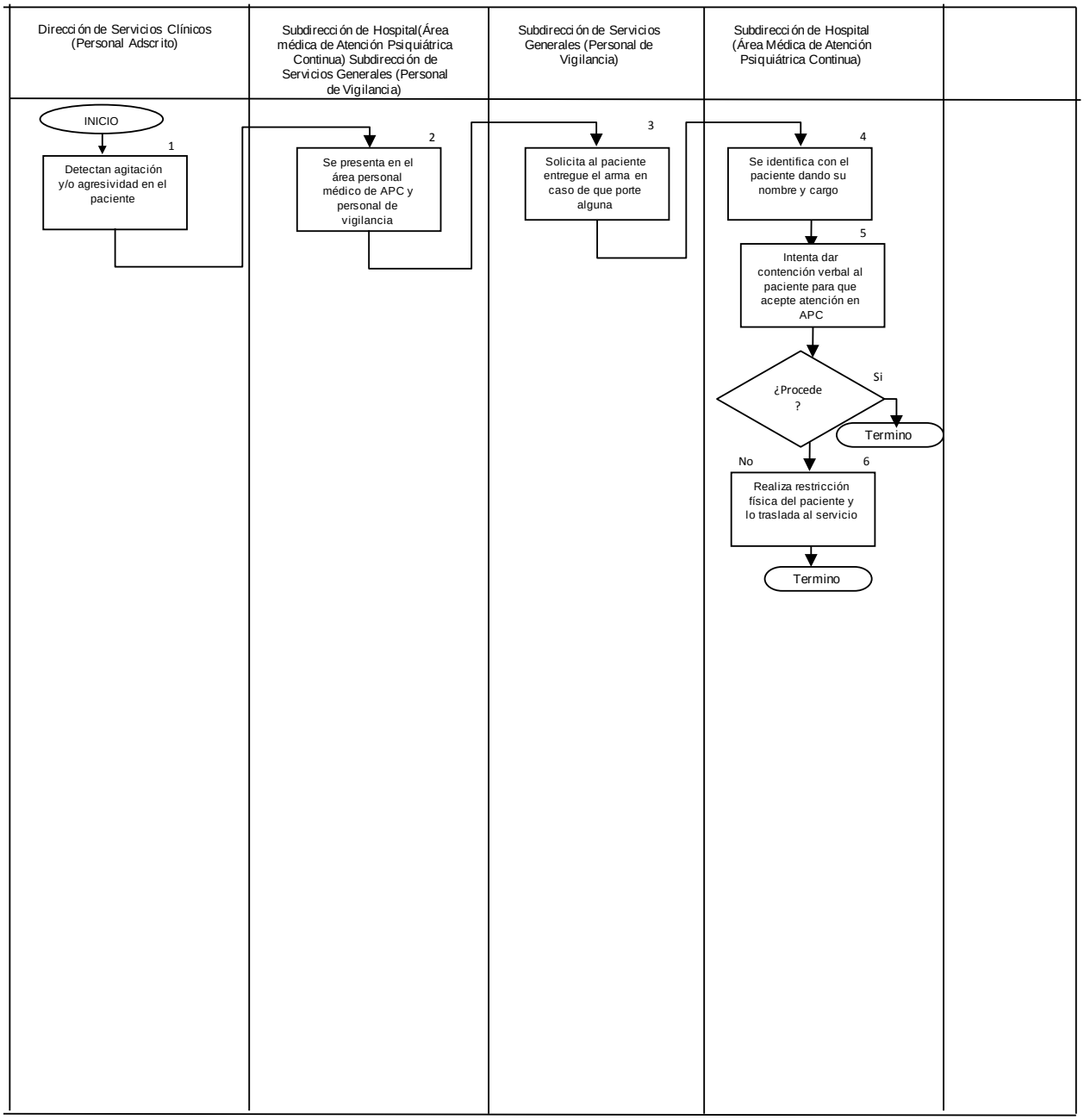
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

B) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN EL ÁREA DE HOSPITAL Y EN APC

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería en APC) o (Área de Enfermería en Hospital)	**7**	Verifica 3 veces la indicación verbal del médico siguiendo los 5 correctos y en su caso aplica medicamento intramuscular.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**8**	Anota una vez controlada la situación el personal médico, el episodio de agitación y/o agresividad en Formato INPDSCEC-01-05 Nota de evolución, en Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas, puntualizando fecha y hora de inicio de la misma, nombre completo, cédula y firma del médico que la indica, en caso de haber sucedido el episodio en el hospital, y anota en Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención psiquiátrica continua en caso de haber ocurrido en el área de APC.	INPDSCEC-01-05 INPDSCEC-03-05.5 INPDSCEC-03-06.1
	9	Revisa paciente cada hora y anota en FormatoINPDSCEC-01-05 Nota de evolución condición médica y psiquiátrica del paciente e instruye al personal de enfermería para la vigilancia del paciente.	INPDSCEC-01-05
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería en APC) o (Área de Enfermería en Hospital)	**10**	Toma y registra cada hora los signos vitales del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**11**	Indica al personal de enfermería en qué momento y como se retira la sujeción del paciente.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Enfermería en APC) o (Área de Enfermería en Hospital)	**12**	Retira la sujeción de acuerdo a la indicación médica.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital) o (Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua)	**13**	Efectúa el término de la atención, canaliza paciente a preconsulta, consulta externa, o propone internamiento o se refiere a otra unidad médica, según la situación clínica del paciente, y en caso del paciente hospitalizado, continúa con el internamiento o lo refiere según su situación clínica.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

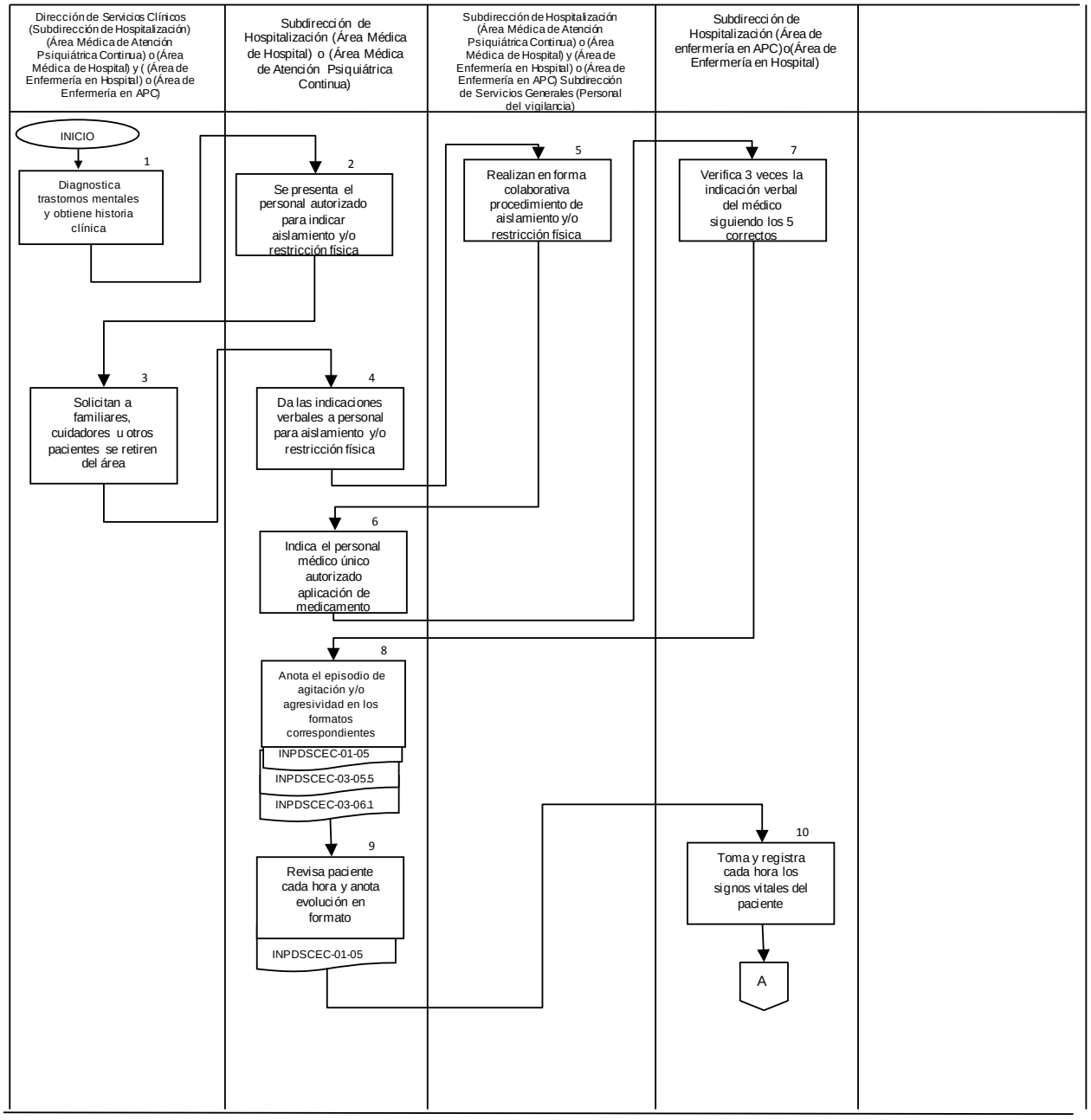
5. DIAGRAMA DE FLUJO

A) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN LAS INSTALACIONES

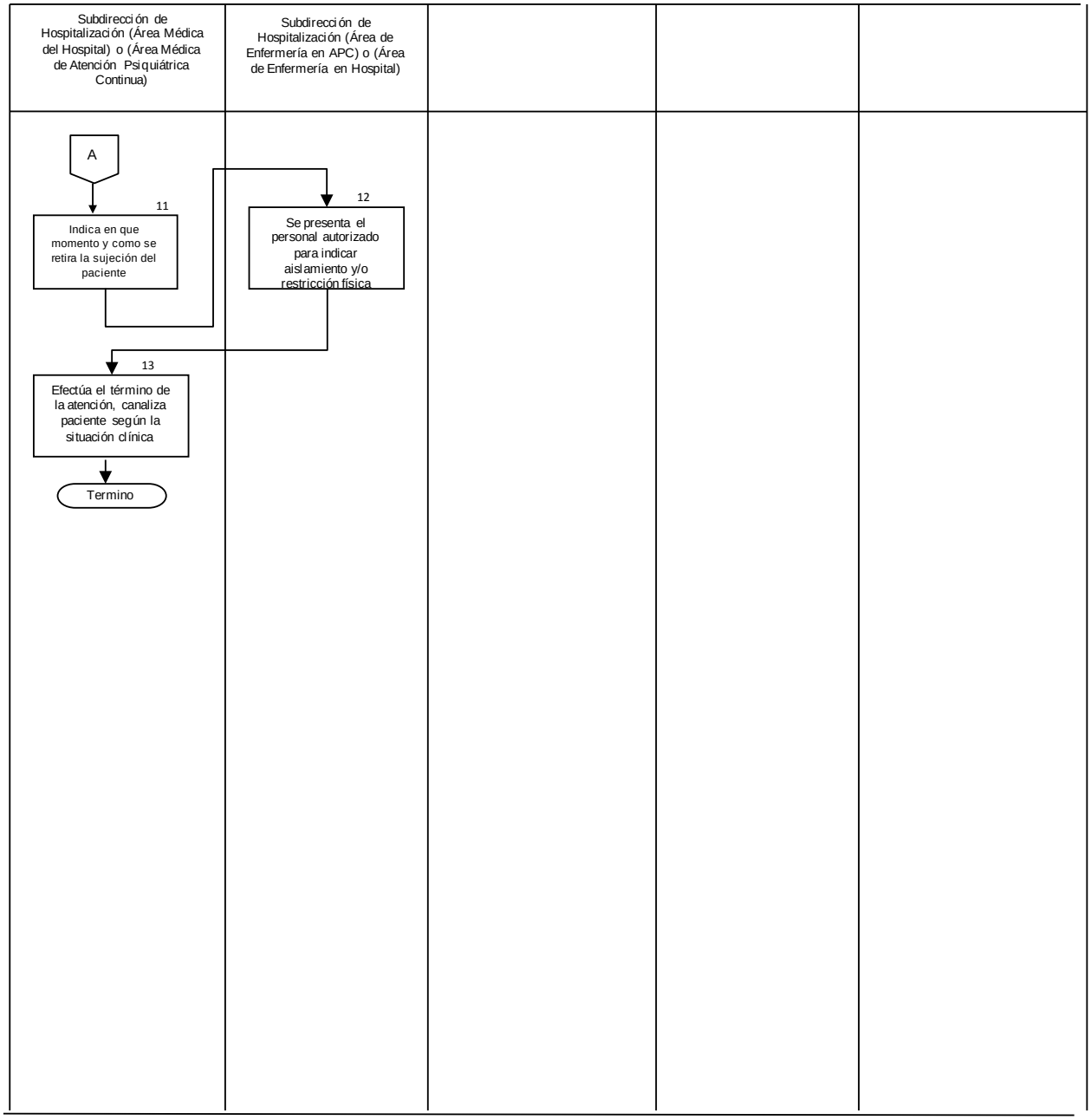


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

C) MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O AGRESIVO EN EL ÁREA DE HOSPITAL Y EN EL ÁREA DE APC



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Agitación**. Actividad motora y verbal inapropiada y usualmente sin propósito. Estado de actividad psicomotora pobremente organizada, sin una meta. La agitación se puede manifestar en forma verbal el paciente habla y pregunta constantemente. La agitación puede ser física el paciente se mueve y camina de un lado a otro.

8.2 **Conducta agresiva**. Intentos de infligir un estímulo nocivo o conducta destructiva hacia otro. La conducta agresiva puede ser verbal el paciente grita e insulta. La conducta agresiva puede ser física el paciente pelea, arroja y derriba objetos, arrebata, destruye.

8.3 **Aislamiento.** Confinamiento involuntario de una persona sola en su habitación. El propósito es disminuir la estimulación externa a la que está sometido un paciente.

8.4 **Restricción física**. Aplicación directa de fuerza física a un paciente, con o sin su permiso, para restringir su libertad de movimientos. Se puede utilizar fuerza física humana, fuerza física mecánica o ambas. La restricción física incluye la sujeción gentil y transitoria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.3 Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones médicas.
10.5 Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

12. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE MENOR DE EDAD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, y calidez a los pacientes identificados de alto riesgo menores de edad, (en el área de imágenes cerebrales todo paciente menor de edad, en la consulta externa y APC de 13 años en adelante y en hospitalización de 16 y 17 años).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes a los menores de edad, (en el área de imágenes cerebrales todo paciente menor de edad, en la consulta externa y APC de 13 años en adelante y en hospitalización de 16 y 17 años) y que acudan a solicitar los servicios clínicos de la institución.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo del paciente menor de edad**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Acceso y continuidad de la atencion (ACC)
- ✓ ACC.1.4 barreras para el acceso y prestación del servicio

Derechos del paciente y su familia (PFR)
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Atencion de pacientes (COP)
- ✓ COP.10 Atención de los pacientes Menores de Edad

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)
- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de:

- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y durante toda la atención como pacientes vulnerables y de alto riesgo a los menores de edad, (en el área de Imágenes Cerebrales se consideran menores de edad todo paciente menor de 18 años, en la consulta externa y APC de 15 años en adelante y en hospitalización de 16 y 17 años) y registrar en el formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica, formato INPDSCEC-03.01 Nota de Ingreso, formato INPDSCEC-01-05 Notas de Evolución, el formato INPDSCEC-01-04 Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, formato INPDSCEC-03-05.5 Indicaciones Médicas, dicha identificación anexando los formatos antes

mencionados al expediente clínico del paciente. **Ver procesos ACC.1.4 y Ver proceso COP.10**

Planificación de la atención.

- El personal médico y de enfermería adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos deberán identificar, como pacientes de alto riesgo a pacientes menores de edad. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico de hospitalización, interconsulta en caso necesario a la Clínica de la Adolescencia los casos de pacientes hospitalizados menores de edad (de 16 hasta los 17 años de edad), para brindar la atención y seguimiento que el paciente requiere. **Ver proceso PFR.1.5** y **Ver proceso COP.10 y**
- Canalizar, el personal médico de Consulta Externa y APC, a la Clínica de la Adolescencia, a todos los pacientes menores de edad (de 13 años en adelante hasta los 17 años de edad) en caso de presentar un trastorno psiquiátrico que hayan iniciado en la infancia o la adolescencia y esté presente en la actualidad, y de acuerdo a los criterios de aceptación de la clínica, para brindar la atención y seguimiento que el paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Brindar, el personal adscrito al Departamento de Imágenes Cerebrales, atención a los pacientes menores de edad (en el área de Imágenes Cerebrales se consideran menores de edad todo paciente menor de 18 años) que requieran de los servicios auxiliares de diagnóstico de Imágenes Cerebrales, de acuerdo a sus características y brindando el seguimiento que el paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar como requisito de control a todos los pacientes menores de edad, que deberán acudir acompañados por un adulto en la cita de historia clínica, a toda consulta subsecuente y a cualquier servicio que se preste en la Institución. En caso de que el paciente menor de edad acuda solo, el personal de trabajo social establecerá comunicación con sus familiares, padre o tutor, indicándoles acudir a la Institución. **Ver proceso COP.10**
- En el caso de pacientes menores de edad que acuden a servicios auxiliares de diagnostico como imágenes cerebrales, mapeo cerebral, electrocardiograma y laboratorio, deberán venir acompañados de un familiar responsable. **Ver proceso COP.10**
- Especificar, el personal médico, en el caso de pacientes de 15 o 18 años que requieran hospitalización, en el Formato Nota de Ingreso en el apartado de Plan de Manejo, que requieren de acompañante de 24 horas durante todo el tiempo que dure la hospitalización. **Ver proceso COP.10**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Registrar, el personal médico adscrito al Departamento de Imágenes Cerebrales, en los Formatos Solicitud para Servicio de Imagen, Cita e Indicaciones para Estudios y Resultados de Estudio, que se trata de paciente menor de edad a todo paciente que sea menor de 18 años y que se le brinde atención en el servicio de Imágenes Cerebrales, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico, que se trata de paciente vulnerable y de alto riesgo en caso presentarse pacientes menores de edad, en los Formatos:
  - Preconsulta,
  - Atención Psiquiátrica Continua,
  - Historia Clínica,
  - Nota de Ingreso,
  - Indicaciones médicas y

- Nota de Evolución **Ver proceso PFR.1.5 y Ver proceso COP.10**

- Correspondientes a cada servicio, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal de enfermería, que se trata de paciente vulnerable y de alto riesgo en caso de presentarse pacientes menores de edad, en los Formatos **Ver proceso COP.10**
  - Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente en caso de paciente que requiere hospitalización;
  - Reporte de Supervisión de Enfermería en Imágenes Cerebrales en caso de paciente que se le brinda el servicio de imagen; y
  - Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, en el área de APC **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico adscrito al Departamento de Imágenes Cerebrales, en los Formatos
  - Solicitud para Servicio de Imagen,
  - Cita e Indicaciones para Estudios y
  - Resultados de Estudio, **Ver proceso COP.10**
- Especifican que se trata de paciente menor de edad a todo paciente que sea menor de 18 años y que se le brinde atención en el servicio de Imágenes Cerebrales. **Ver proceso COP.10**

Consentimiento especial.

- Es indispensable que la firma del familiar responsable en todos los consentimientos informados que se recaben para el manejo de estos pacientes, corresponda a la firma de autorización del padre o tutor, de acuerdo con lo plasmado en la nota de los consentimiento informados y de conformidad con el Código Civil en lo relativo a la representación de los menores de edad. **Ver proceso COP.10**

Monitorización del paciente menor de edad durante la atención

- Solicitar como requisito de control a todos los pacientes menores de edad, que deberán acudir acompañados por un adulto en la cita de historia clínica, a toda consulta subsecuente y a cualquier servicio que se preste en la Institución. En caso de que el paciente menor de edad acuda solo, el personal de trabajo social establecerá comunicación con sus familiares, padre o tutor, indicándoles acudir a la Institución. **Ver proceso COP.10**
- En el caso de pacientes menores de edad que acuden a servicios auxiliares de diagnostico como imágenes cerebrales, mapeo cerebral, electrocardiograma y laboratorio, deberán venir acompañados de un familiar responsable. **Ver proceso COP.10**
- Especificar, el personal médico, en el caso de pacientes de 15 o 18 años que requieran hospitalización, en el Formato Nota de Ingreso en el apartado de Plan de Manejo, que requieren de acompañante de 24 horas durante todo el tiempo que dure la hospitalización. **Ver proceso COP.10**
- Todos los pacientes menores de edad hospitalizados deberán estar acompañados las 24Hrs. acompañados por un adulto y a cualquier servicio que se preste en la Institución. En caso de que el paciente menor de edad acuda solo, el personal de trabajo social establecerá comunicación con sus familiares, padre o tutor, indicándoles acudir a la Institución. V**er proceso COP.10**
- El médico tratante lleva acabo el pase de visita diario a los paciente que se encuentran hospitalizados, con el propósito de valorar el estado de salud actual y el progreso del paciente, registrando en el Formato Nota de Evolución las revaloraciones efectuadas y los cambios que pudieran surgir en las necesidades de atención del paciente, el plan de manejo y el tratamiento, cuando la condición médica lo amerite tomando en consideración los resultados de estudios,

evolución durante el internamiento, severidad de los síntomas, apego al tratamiento y redes de apoyo. **Ver proceso COP.10**

- Se lleva a cabo el pase de visita diario a los pacientes menores de edad que se encuentran hospitalizados **Ver proceso COP.10**
- Todos los pacientes menores de edad hospitalizados deberán estar acompañados las 24 Hrs. por un adulto y asimismo a cualquier servicio durante la hospitalización **Ver proceso COP.10**
- En caso de que el paciente menor de edad acuda solo, el personal de trabajo social establecerá comunicación con sus familiares, padre o tutor, indicándoles la necesidad de de su presencia, para poder brindar la atención y dar continuidad a la misma. **Ver proceso COP.10**
- Diariamente el médico tratante actualizara el estado del paciente, en el Formato de Nota de Evolución se consignara el interrogatorio del estado actual, exploración física la cual se realiza en compañía del familiar responsable o acompañante terapéutico, resultados de los estudios realizados, respuesta al tratamiento y eventos adversos que pudieran presentarse derivados de la atención. **Ver proceso COP.10**
- Realizar, el personal enfermería, diariamente entrevista a cada paciente hospitalizado y efectuar la valoración de los patrones funcionales de salud, riesgo de caídas, dolor y registro de signos vitales en cada turno, registrando los hallazgos en el Formato Registros Clínicos de Enfermería y anexando al expediente clínico, con el propósito de monitorear al paciente y colaborar con el personal médico proporcionando la información necesaria para efectuar las revaloraciones correspondientes al plan de atención o su reorientación y planificación del alta. **Ver proceso COP.10**
- Cuando se requiere iniciar tratamiento farmacológico, realizar estudios de laboratorio o gabinete, solicitar servicio de interconsulta y/o cualquier otro procedimiento medico en pacientes menores de edad siempre se informará al familiar responsable o tutor legal. **Ver proceso COP.10**
- Realizar el servicio interconsulta para pacientes hospitalizados verificando que el servicio solicitado acuda a la habitación del paciente a realizar la interconsulta y se registre en el formato Nota de Interconsulta que se anexa al expediente clínico, de requerirlo se solicitara servicio de interconsulta a los pacientes que se encuentren hospitalizados verificando que el servicio solicitado acuda a la habitación del paciente a brindar la valoración, informando al familiar responsable del menor sobre la solicitud de interconsulta. **Ver proceso COP.10**
- Dar continuidad y seguimiento a las indicaciones de estudios y de tratamiento recomendados por el servicio o por la unidad médica que realizó el servicio de interconsulta. **Ver proceso COP.10**

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Para la atención de pacientes vulnerables y de riesgo menores de edad, la Institución cuenta con:x
  a) Un médico psiquiatra especialista en paido psiquiatría para brindar la atención a todos los pacientes de 13 a 17 años, que reciben el servicio de Consulta Externa.
  b) Médicos especialistas en psiquiatría adscritos a la Subdirección de Hospitalización capacitados para brindar atención en el caso de pacientes de 16 o 17 años que requieran hospitalización, si se requiere solicitar interconsulta a la Clínica de la Adolescencia.
  c) Enfermeras especialistas en psiquiatría capacitadas para brindar los cuidados generales de enfermería que se requieran.
  d) En el servicio de Imágenes Cerebrales, el personal de salud está capacitado para dar atención a estos pacientes. **Ver proceso COP.10**
- El personal de salud en el servicio de hospital determinará la competencia de los acompañantes de estos pacientes hospitalizados. **Ver proceso COP.10**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Disponibilidad y uso de equipo especializado.

- Para la atención de pacientes menores de edad que requieran estudios de gabinete con anestesia, el Departamento de Imágenes Cerebrales cuenta con el equipo mínimo necesario establecido en el numeral 7.4 y el apéndice normativo B de la NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología en adultos y pediátrica. **Ver proceso COP.10**
- La Institución cuenta con la Clínica de la Adolescencia para brindar atención a todos los pacientes menores de edad (de 13 años en adelante hasta los 17 años de edad) del servicio de Consulta Externa en caso de presentar un trastorno psiquiátrico que hayan iniciado en la infancia o la adolescencia y esté presente en la actualidad, y de acuerdo a los criterios de aceptación de la clínica, para brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP.10**
- Así mismo, la Clínica de la Adolescencia brinda el servicio de interconsulta en caso de pacientes hospitalizados menores de edad (de 16 hasta los 17 años de edad) en caso de ser necesario, para brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP.10**
- Para la atención de pacientes menores de edad que requieran estudios de gabinete con anestesia, el Departamento de Imágenes Cerebrales cuenta con el equipo mínimo necesario establecido en el numeral 7.4 y el apéndice normativo B de la NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología en adultos y pediátrica. **Ver proceso COP.10**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

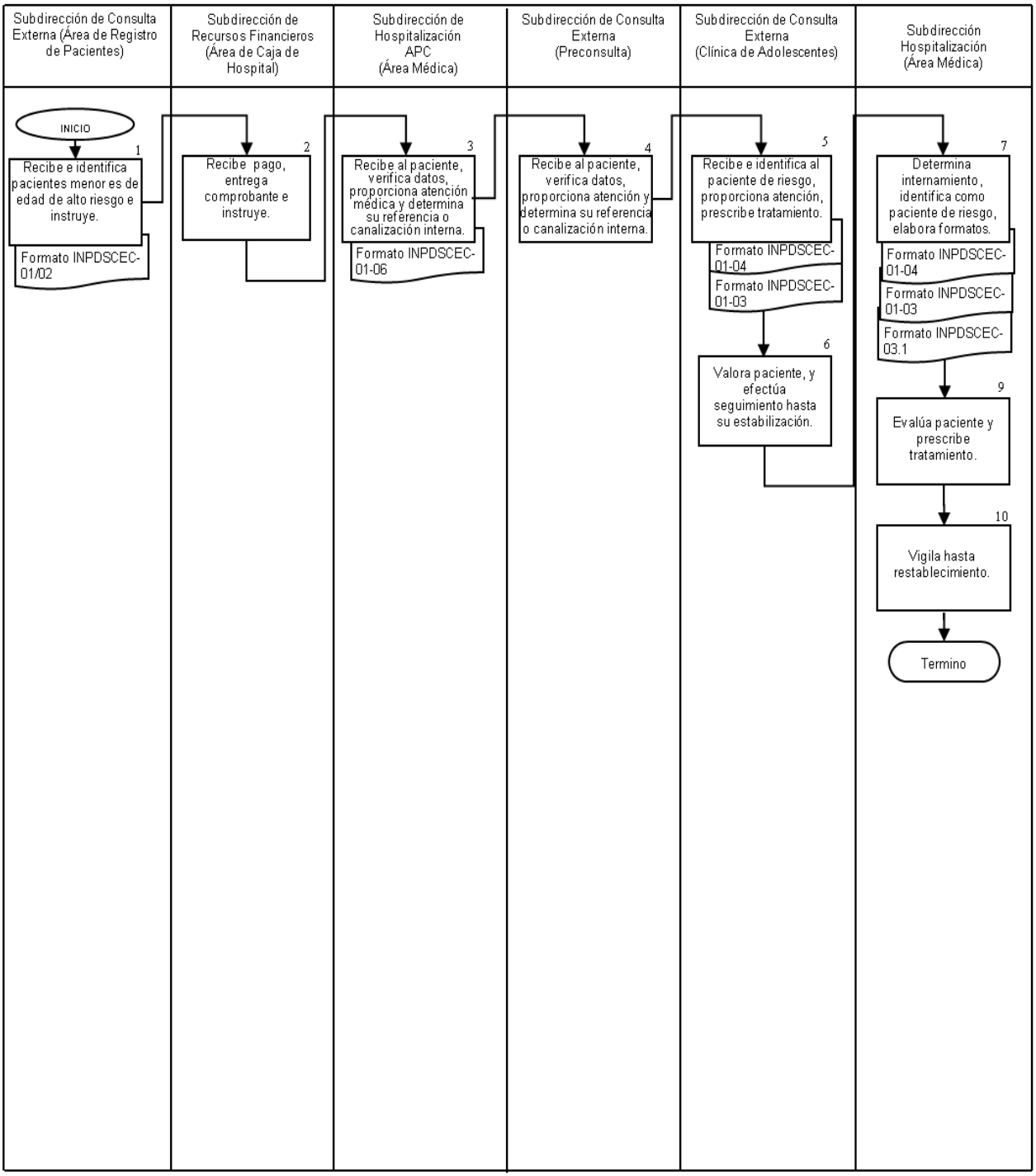
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe paciente e identifica como pacientes de alto riesgo a los menores de edad, verifica datos de identificación mediante Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro, informa No. de expediente e indica pase a pagar a la caja.	INPDSCEC-01-02
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**2**	Recibe pago de paciente y/o familiar, entrega comprobante de pago e indica pase a la toma de los signos vitales al módulo de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización APC (Área Médica)	**3**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, elabora triage, proporciona atención médica y determina su referencia o canalización interna. a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia. b) Canaliza al área de preconsulta en caso de paciente de primera vez (pasa a la actividad siguiente). c) Canaliza al área de consulta externa en caso de ser paciente de la institución, (pasa a la actividad 6). c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Preconsulta)	**4**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, proporciona atención medica y determina su referencia o canalización interna: a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia. b) Canaliza a la clínica de subespecialidad de adolescentes para elaboración de historia clínica (pasa a la actividad siguiente). c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Clínica de Adolescentes)	**5**	Recibe al paciente, se presenta, identifica como paciente en riesgo al menor de edad mediante Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica, proporciona atención médica, prescribe tratamiento farmacológico.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03
	6	Valora paciente, en su caso reorienta tratamiento y efectúa seguimiento de padecimiento psiquiátrico, hasta su estabilización **Termina Procedimiento**	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**7**	Determina internamiento, identifica como paciente en riesgo al menor de edad mediante el Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 historia clínica en caso internamiento de primera vez y Formato INPDSCEC-03.1nota de ingreso.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03 INPDSCEC-03.1

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actlvidad	Documento o anexo
	8	Evalúa paciente, prescribe tratamiento farmacológico.	
	9	Vigila hasta el restablecimiento de su trastorno psiquiátrico que determinó la hospitalización.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.6 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.3 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.5 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.7 Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia.
10.9 Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.11 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría

13. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MÁS SIN Y CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y/O MENTAL.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, seguridad y calidez a los pacientes de pacientes de alto riesgo a los pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes de 60 años o más y aquellos que presenten discapacidad física o mental y que acudan a solicitar los servicios clínicos de la institución.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

✓ El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo del paciente de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del paciente

- ✓ MISP.6 Proceso para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

II. Estándares Centrados en el Paciente

Acceso y continuidad de la atencion (ACC)

- ✓ ACC.1.4 barreras para el acceso y prestación del servicio

Derechos del paciente y su familia (PFR)

- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Atencion de pacientes (COP)

- ✓ COP.10 Manejo de pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental.

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)

- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de llevar a cabo:

- Todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y durante toda la atención como pacientes vulnerables y de alto riesgo a los pacientes de 60 años en adelante sin y con discapacidad física y/o mental, tomando en consideración sus características para brindarle el atención medica que el paciente requiere. **Ver proceso PFR.1.5**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Para el caso de pacientes de menos de sesenta años con discapacidad física, se observaran las mismas políticas descritas para los pacientes de sesenta años o más sin y con discapacidad física y/o mental. **Ver proceso PFR.1.5**
- Cumplir con las medidas establecidas en el Programa de Prevención de Caídas determinado por el Sub Comité de Seguridad del Paciente:
  - Los pacientes que tengan riesgo de caída en código rojo y amarillo, no participen en actividades que implican movimientos en la terapia recreativa.
  - Los pacientes geriátricos tendrán asignada una cama baja, e invariablemente estos pacientes deberán contar con un cuidador de 24 hrs. durante todo el internamiento.
  - En el caso de que los medicamentos generen efectos secundarios sobre el estado de consciencia, la presión arterial, el equilibrio, y coordinación psicomotora del paciente, el médico informe y de indicaciones al personal de enfermería si el paciente requiere del uso de barandales en la cama, sujeción, traslado en silla de ruedas, en cada cambio de turno.
  - En el caso de que el paciente haya sufrido una caída, deberá ser examinado físicamente por el personal médico, si el caso lo requiere se solicitaran radiografías del sitio de la lesión y estudios de laboratorio y de imagen que se requieran, se proporcionará el manejo correspondiente y se indicarán los medicamentos necesarios analgésicos/antiinflamatorios.
  - Solicitar a la administración que se compre el calzado adecuado para los pacientes, a fin de reducir el riesgo de caídas.
  - Solicitar a la administración que se verifique el funcionamiento adecuado de los antiderrapantes en las instalaciones del edificio de la Dirección de Servicios Clínicos.
  - Vigilar y reportar las fugas de agua en los baños con el propósito de que la Subdirección de Servicios Generales, realice el mantenimiento correctivo y preventivo, según correspondaIdentificar. **Ver proceso MISP.6**

Planificación de la atención.

- Canalizar, el personal médico de Consulta Externa y APC, a la Clínica de Psicogeriatría, a todos los pacientes de 65 años en adelante en caso de presentar uno o más trastornos psiquiátricos complejos, que requieran manejo de alta especialidad médica y que ameritan tratamiento farmacológico, y de conformidad con los criterios de aceptación de la clínica, para brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico de hospitalización, si se requiere interconsulta a la Clínica de Psicogeriatría en caso de pacientes hospitalizados de 65 años en adelante, para brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP.10**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Efectuar, el personal médico de Consulta Externa y de Hospital, a todo paciente la evaluación de la escala de riesgo de caídas Downton del Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, de manera que se identifique durante la evaluación inicial a aquellos pacientes que puedan presentar riesgo de caídas, con la finalidad de reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída y que se determinen las necesidades, el servicio y el tipo de atención a otorgar al paciente. **Ver proceso MISP.6**
- Registrar, el personal médico, que se trata de paciente vulnerable y de alto riesgo en caso de presentarse pacientes de 60 años de edad o más sin y con discapacidad física y/o mental, en los Formatos Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Historia Clínica, Nota de Ingreso, Indicaciones médicas y Nota de Evolución correspondientes a cada servicio, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso ACC.1.4**
- Registrar, el personal de enfermería, que se trata de paciente vulnerable y de alto riesgo en caso de presentarse pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental, en

los Formatos Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente en caso de paciente que requiere hospitalización, y en el área de APC en el Formato Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso PFR.1.5**

Consentimiento especial.

- No se requiere la firma de un consentimiento especial para la atención en caso de pacientes vulnerables y de riesgo de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental. Sin embargo, el personal médico recaba el consentimiento informado de acuerdo al servicio correspondiente que se le proporcione al paciente: Consulta Externa, Hospitalización, Imágenes Cerebrales y Atención Psiquiátrica Continua. **Ver proceso COP.10**

Monitorización del paciente menor de edad durante la atención

- Solicitar como requisito de control a todos los pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental, que deberán acudir acompañados por un adulto en la cita de historia clínica, a toda consulta subsecuente y a cualquier servicio que se preste en la Institución. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, en su caso, a la entrada de un paciente de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental, una silla de ruedas para el traslado del paciente dentro de la Institución durante todo el proceso de atención. **Ver proceso COP.10**
- En caso de pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental que por cualquier motivo no puedan trasladarse a un consultorio ubicado en pisos superiores de la Dirección de Servicios Clínicos, brindar la atención en la consulta de primera vez (historia clínica o evaluación inicial) o cita subsecuente, en el consultorio para pacientes discapacitados que está ubicado en el Módulo A de la Consulta Externa, e informar a los pacientes que se cuenta con baños para adultos mayores y discapacitados. **Ver proceso COP.10**
- Planificar, el personal médico, al ingreso de pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental que requieran hospitalización. **Ver proceso COP.10**
- Especificar, el personal médico, en el caso de pacientes de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental que requieran hospitalización, en el Formato Nota de Ingreso en el apartado de Plan de Manejo, que requiere de acompañante de 24 horas durante todo el tiempo que dure la hospitalización si así lo amerita. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal de salud, a todo paciente de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental que acudan a los servicios auxiliares de diagnóstico como Imágenes Cerebrales, Mapeo Cerebral, Electrocardiograma y Laboratorio, que deberán venir acompañados de un familiar responsable durante la atención. **Ver proceso COP.10**

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Para la atención de pacientes vulnerables y de riesgo de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental, la Institución cuenta con:
  a) Un médico psiquiatra especialista en geriatría para brindar la atención a todos los pacientes de 60 años de edad o más, que reciben el servicio de Consulta Externa.
  b) Médicos especialistas en psiquiatría adscritos a la Subdirección de Hospitalización capacitados para brindar atención en el caso de pacientes de de 60 años de edad o más que requieran hospitalización, si se requiere solicitar interconsulta a la Clínica de Psicogeriatría.
  c) Enfermeras especialistas en psiquiatría capacitadas para brindar los cuidados generales de enfermería que se requieran.
  d) En el servicio de Imágenes Cerebrales, el personal de salud está capacitado para dar atención a estos pacientes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

e) El personal de salud en el servicio de hospital determinará la competencia de los acompañantes de estos pacientes hospitalizados.

Insumos y equipos especializados disponibles

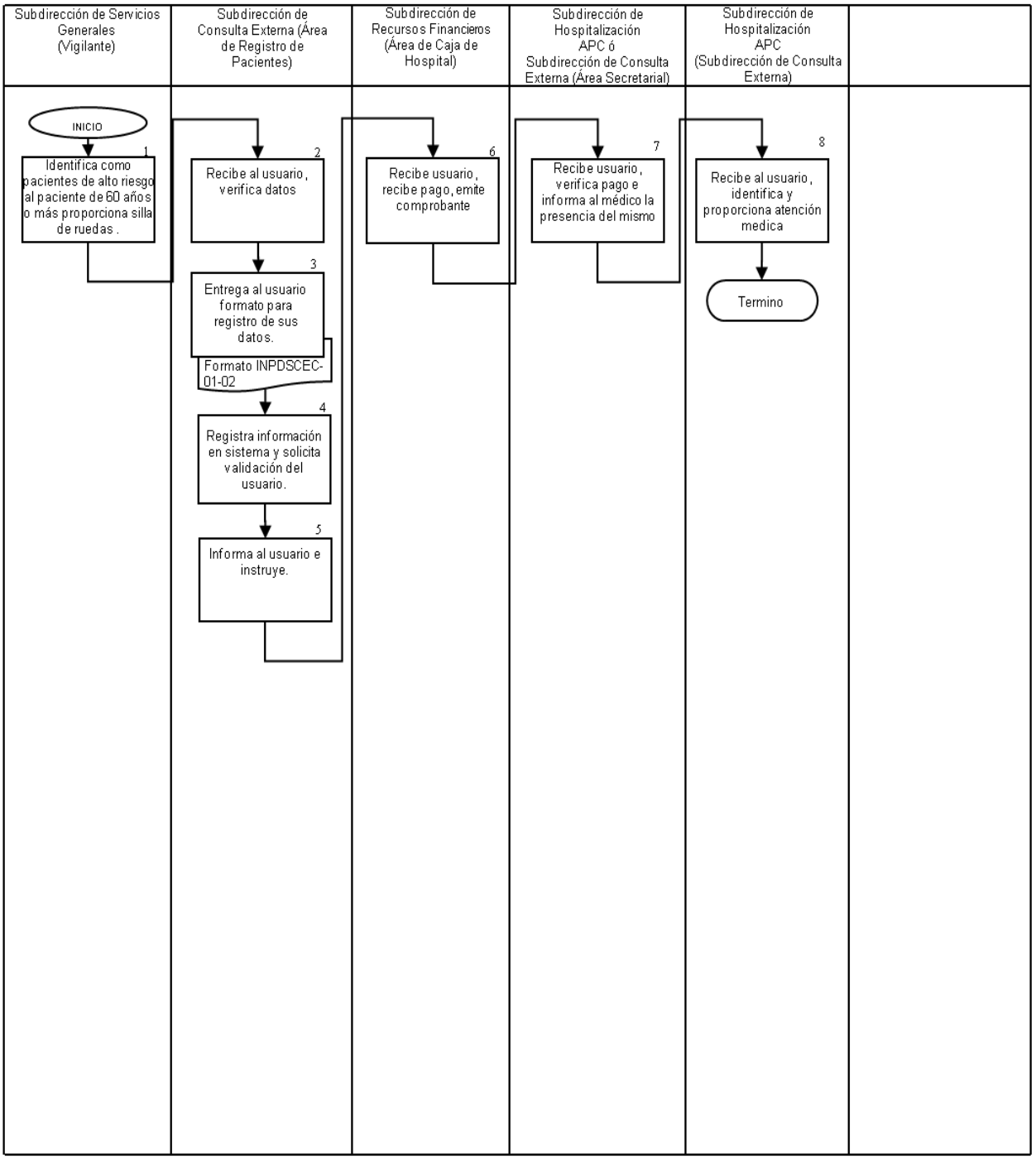
- Para la atención de pacientes vulnerables y de riesgo, de 60 años o más sin y con discapacidad física y/o mental, la Institución cuenta con:
  - ✓ Un consultorio para pacientes discapacitados ubicado en el Módulo A de la Consulta Externa.
  - ✓ Baños para adultos mayores y discapacitados.
  - ✓ Sillas de ruedas para el traslado de pacientes.
  - ✓ La Clínica de Psicogeriatría, ubicada en la planta baja del edificio de subespecialidades para brindar atención a todos los pacientes de 65 años en adelante, en caso de presentar uno o más trastornos psiquiátricos complejos, que requieran manejo de alta especialidad médica y que ameritan tratamiento farmacológico, y de conformidad con los criterios de aceptación de la clínica, para brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente.
  - ✓ Así mismo, la Clínica de Psicogeriatría brinda el servicio de interconsulta en caso de pacientes hospitalizados adultos mayores que lo requieran, para brindar la atención y seguimiento del paciente.
  - ✓ Habitaciones en la planta baja de los tratamientos T-I (Hombres) y T-II (Mujeres) de la Subdirección de Hospitalización.
  - ✓ Camas bajas con barandales si el caso lo amerita.
  - ✓ Sillas de plástico para facilitar el baño diario del paciente.
  - ✓ Disponibilidad y uso de sitios de estacionamiento reservados para discapacitados, rampas y elevador para facilitar el acceso de los pacientes adultos mayores y discapacitados. **Ver proceso COP.10**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Servicios Generales (Vigilante)	**1**	Recibe paciente e identifica como pacientes de alto riesgo al paciente de 60 años o más y aquellos que presenten discapacidad física o mental y proporciona silla de ruedas al familiar y orienta donde dirigirse para su atención.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**2**	Recibe al usuario, verifica nombre, fecha y hora de llegada.	INPDSCEC-01-02
	3	Llama al usuario entrega el Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro para asentar sus datos, asesora en el llenado y verifica información.	
	4	Registra en el Sistema Hospitalario “Health Centre” la información proporcionada por el usuario mediante el Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro y solicita su validación.	
	5	Informa al usuario el No. de expediente, indica realice pago en caja y pasar posteriormente al Área de Enfermería (módulo de signos vitales) para toma de signos vitales.	
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**6**	Recibe usuario, recibe pago, emite comprobante entrega usuario. Orienta en caso de pacientes que acuden a los servicios auxiliares de diagnostico, pasar al servicio correspondiente y entrega comprobante de pago.	
Subdirección de Hospitalización APC ó Subdirección de Consulta Externa (Área Secretarial)	**7**	Recibe usuario, verifica pago, e informa al médico la presencia del mismo.	
Subdirección de Hospitalización APC (Subdirección de Consulta Externa)	**8**	Recibe al usuario, se presenta, verifica datos de identificación, lo identifica como paciente en riesgo, proporciona información el objetivo del servicio, sus beneficios e importancia de su participación y que su asistencia y continuidad en las mismas es voluntaria y proporciona atención medica.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

10.2 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

10.3 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.4 Instrucciones de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad.

10.5 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.

10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

14. PROCEDIMIENTO PARA EL PACIENTE DE ALTO RIESGO QUE REQUIEREN SERVICIOS DE REANIMACIÓN O DE SOPORTE VITAL BÁSICO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, y calidez a los pacientes identificados de alto riesgo que requieren servicios de reanimación o de soporte vital básico.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes de alto riesgo que por alguna condición médica requieren servicios de reanimación o de soporte vital básico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- ✓ El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el paciente requiere servicios de reanimación o de soporte vital básico**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

I. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

- ✓ MISP.2 Indicaciones Medicas
- ✓ MISP 6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

II. Estándares Centrados en el Paciente

Acceso y continuidad de la atencion (ACC)

- ✓ ACC.1.4 barreras para el acceso y prestación del servicio

Derechos del paciente y su familia (PFR)

- ✓ PFR.1.4 Proteger a pacientes contra las agresiones.
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Atencion de pacientes (COP)

- ✓ COP.10.1 Atencion de pacientes en situación de urgencia
- ✓ COP.10.2 Atención de pacientes que requieren Reanimación Cardiopulmonar.

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)

- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de:

- Indicar, el personal médico adscrito o residente de la Subdirección de Hospitalización en situaciones de emergencia (paro cardiorespiratorio, crisis convulsivas, crisis de angustia, paciente agitado agresivo) al personal de enfermería, las órdenes verbales, mediante el proceso de escuchar, confirmar (repitiendo al médico), preparar y ministrar; posteriormente a la atención de la urgencia el médico deberá plasmar por escrito la indicación en el Formato Indicaciones Médicas consignando, que fue una indicación verbal. **Ver proceso MISP.2**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Planificación de la atención.

- Identificar la urgencia real que se entiende como todo problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o una función y que requiere de atención inmediata y la urgencia sentida es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. **Ver proceso COP.10.1**
- Cuando el personal médico o de enfermería deberá en caso de que el paciente requiera soporte vital básico iniciar el procedimiento para el manejo del paciente que requiere servicio de reanimación o soporte vital básico.
- Observar para la atención del paciente que requiere servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado, el protocolo de atención establecido por la AHA (American Heart Association), conocido como C-A-B para la reanimación cardiopulmonar, el apoyo vital básico o avanzado, según sea el caso del paciente. **Ver proceso COP.10.2**
- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, de manera inmediata como pacientes de alto riesgo a los pacientes que requieren servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado, corroborando que el paciente está inconsciente y sin pulso por lo que requiere de la reanimación cardiopulmonar (RCP). **Ver proceso COP.10.2**
- Activar el Código Azul el personal de salud (médico y de enfermería) que corresponde a paciente en paro cardiorrespiratorio, solicitando ayuda al personal médico y de enfermería capacitados en proporcionar soporte vital básico o avanzado, especificando el sitio al que el personal debe acudir para que se presenten en el área. **Ver proceso COP.10.2**
- Trasladar, el personal de enfermería, el carro de paro (carro rojo) y el desfibrilador al sitio en que se activa el Código Azul, brindando la atención inmediata en el sitio en que sea detectado el paciente que requiere la atención. **Ver proceso COP.10.2**
- Proceder primeramente, el personal de salud, por la gravedad de la condición y el riesgo a la atención del paciente; una vez resuelta la situación verificar la identidad del paciente con los dos identificadores determinados por la política de la institución para tal efecto (nombre completo y fecha de nacimiento). **Ver proceso COP.10.2**
- Trasladar en cuanto la situación lo permita al paciente al área de Atención Psiquiátrica Continua o a su habitación en el área de hospital; de acuerdo a las necesidades y el protocolo establecido deberá referirse al paciente a la unidad de salud más próxima, para que reciba la atención post-reanimación especializada. **Ver proceso COP.10.2**
- Excluir para la atención de los pacientes que requieren servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado al personal administrativo, personal de vigilancia, personal paramédico en periodo de formación y todo aquel personal que no cuente con la capacitación acreditada vigente o personas ajenas a la institución. **Ver proceso COP.10.2**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Realizar, el personal médico, el registro de la información clínica del paciente que requirió los servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado, en el formato correspondiente al servicio donde se brindo la atención inmediata al paciente (en preconsulta-hoja de preconsulta, consulta externa, hospitalización, imágenes cerebrales y atención psiquiátrica continúa) registrando fecha y hora del evento, estado de salud y cuál es la condición médica por la que el paciente requiere servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado; anexando dichos formatos en el expediente clínico. **Ver proceso COP.10.2**
- Realizar, el personal de enfermería, el registro de la información pertinente en los Formatos de Registros Clínicos de Enfermería en APC, Registros Clínicos de Enfermería, de acuerdo al área

donde se brindo la atención al paciente que requirió servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado. **Ver proceso COP.10.2**

- En caso de ser necesaria la referencia del paciente para su atención, el personal médico elaborará el Formato Nota de Referencia / Contrarreferencia y se trasladará al paciente en la ambulancia de la Institución, acompañado al menos por dos médicos para su atención durante el traslado a otra unidad médica del Sector Salud más próxima, con el propósito de controlar el estado del paciente y de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas; documentando el formato en el expediente clínico del paciente. **Ver proceso COP.10.2**

Consentimiento especial.

- No se requiere la firma de un consentimiento especial para la atención de los pacientes que requieren servicios de reanimación o soporte vital básico o avanzado. **Ver proceso COP.10.2**

Monitorización del paciente

- El personal médico de la Dirección de Servicios Clínicos deberá establecer como requisito de control que en todos los casos se debe seguir el protocolo CAB de la American Heart Association **Ver proceso COP.10.2**
- El personal de enfermería deberá vigilar durante el periodo de tiempo de estabilización del paciente, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tensión arterial, (signos vitales). **Ver proceso COP.10.2**
- El personal médico y/o de enfermería deberá proporcionar, los cuidados al paciente en situación de urgencia, manteniendo al paciente en observación, hasta la estabilización de los signos vitales, del estado de conciencia y hasta que el médico instruya su traslado a otra institución para continuar con la atención. **Ver proceso COP.10.2**

Requisitos de control del paciente.

- Establecer como requisito de control que en todos los casos se debe seguir el protocolo CAB de la American Heart Association. Se inicia con compresiones cardíacas en número de 30 por dos ventilaciones por cinco ciclos. En cuanto se cuente con el desfibrilador conectar al paciente y determinar la actividad eléctrica cardíaca, si se requiere desfibrilación proceder a la misma. Se mantendrán las maniobras de soporte vital básico y si el caso lo requiere se proporcionarán las maniobras de soporte vital avanzado en cuanto sea posible (contando con el equipo y personal calificado). Se mantendrán las maniobras de soporte vital avanzado hasta que sea posible trasladar al paciente a otra unidad para el manejo post-reanimación. **Ver proceso COP.10.2**

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención de los pacientes que requieren servicios de RCP Básico.

- La institución cuenta con:
  - Médicos especialistas en psiquiatría con capacitación acreditada para proporcionar RCP avanzado.
  - Médicos especialistas en psiquiatría con capacitación acreditada para proporcionar RCP básico en horario matutino de 8 a 14 horas, en horario vespertino de 14 a 21 horas, y sábados y domingos en horario de 8 a 20 horas.
  - Un médico internista y un médico especialista en geriatría en horario matutino de 8 a 14 horas de lunes a viernes.
  - Médicos residentes de primer año cuentan con capacitación acreditada en RCP básico.
  - Todo el personal de enfermería adscrito al área de hospital y al área de atención psiquiátrica continua cuenta con la capacitación acreditada en RCP básico.
  - En el área de imágenes cerebrales todo el personal de salud cuenta con la capacitación acreditada en RCP básico. **Ver proceso COP.10.2**

Disponibilidad y uso de equipo especializado.

- Instruir al personal de salud que en la Dirección de Servicios Clínicos se cuenta con 4 carros de paro, cada uno con desfibrilador y con los medicamentos y equipo necesario para RCP básico y avanzado:
  1. Área de Atención Psiquiátrica Continua.
  2. Área de Terapia Eléctrica (TEC).
  3. Área de Tratamiento III (TIII).
  4. Área de Imágenes Cerebrales.
- En el área de hospital y en el área de Atención Psiquiátrica Continua se cuenta con ventilador, oxímetro, baumanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico. **Ver proceso COP.10.2**

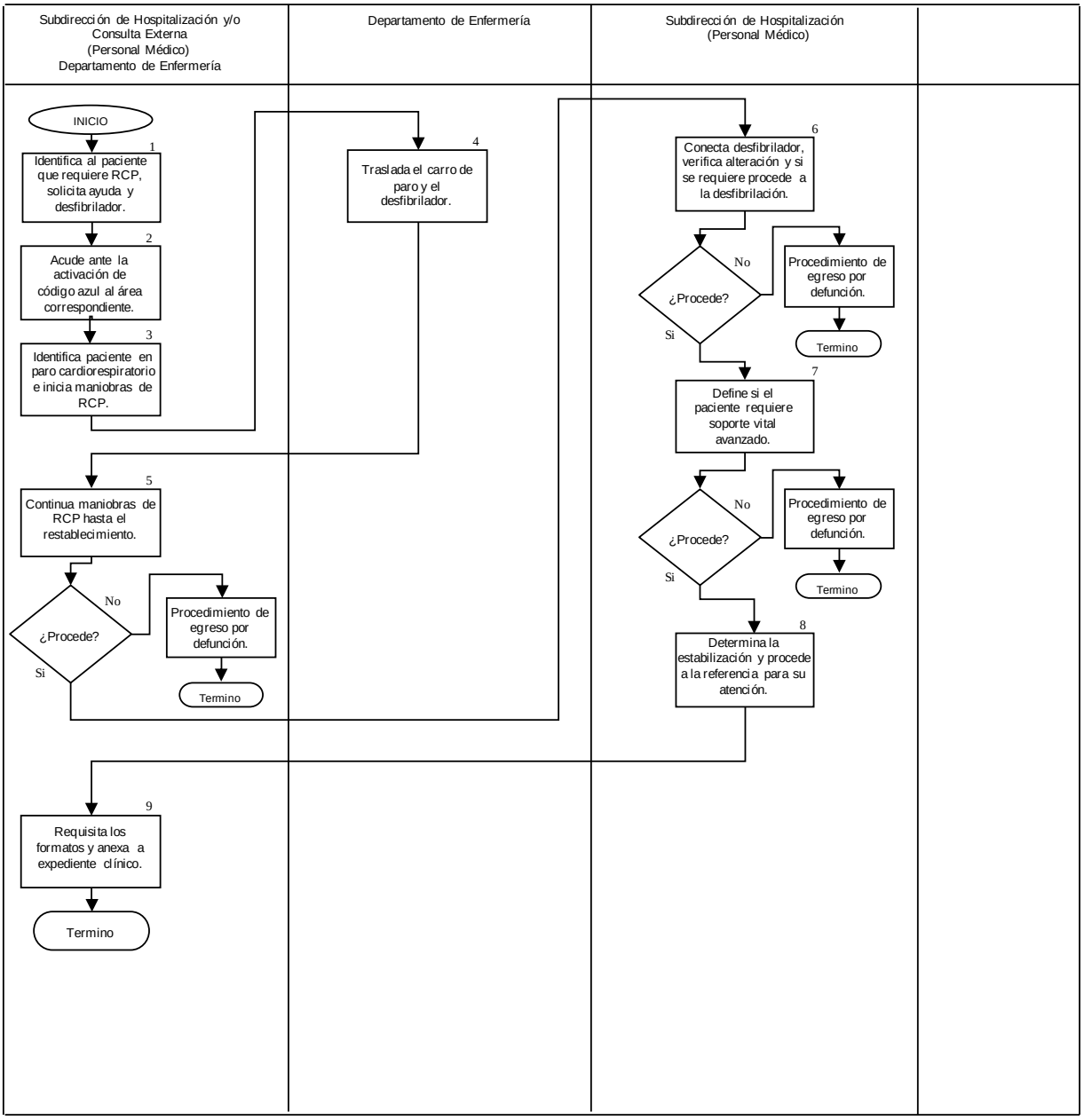
PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA, LA INSTITUCIÓN CUENTA CON	
Maleta de emergencia "ambulancia de traslado"	Haloperidol, Fenitoína, Diazepam, Clonazepam, Olanzapina, Agua inyectable, Cloruro de Sodio, Glucosa, Jeringas 5cc, Jeringas 3cc, Catéter Periférico #18, Catéter Periférico #20, Catéter Periférico #22, Mascarilla, Gasa estéril, Guante estéril, Venda elástica 10 cm, Toallas alcoholadas, Alcohol gel, Tegaderm parche, Contenedor para jeringa, Tanque de oxigeno 1800 PSI, Baumanómetro, Ambu, Sabana Estándar, Sabana Desechable, Cobertor.
5 carros de paro	Monitor desfibrilador,electrolitos concentrados, medicamentos, ambú con mascarilla, laringoscopios rectps y curvos, cánulas de mayo, cánula nasal, mascara de Oxigeno simple, mascara de Oxigeno con reservorio, mascarilla de venturi, tubos endotraqueales, guías y fiadores, sondas de aspiración, amarra o fijación para TET.
Equipo especializado disponible en el Edificio de Servicios Clínicos	Camilla bajas (con barandales si el caso lo amerita), Sillas de ruedas para el traslado de pacientes, dos camas (Área de APC), equipo para restricción fisca, estuche de exploración, baumanómetro, estetoscopio, traumabag y férulas inflables.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización y/o Consulta Externa (Personal Médico) Departamento de Enfermería	**1**	Identifica al paciente que requiere RCP, o soporte vital, activa código azul, solicita ayuda y desfibrilador.	
	2	Acude el personal médico y enfermeras ante la activación de código azul, al área correspondiente al evento.	
	3	Identifica el personal médico y de enfermería que el paciente se encuentra en paro cardiorespiratorio e inicia maniobras de RCP, de acuerdo al protocolo establecido por la AHA (American Heart Association), conocido como C-A-B.	
Departamento de Enfermería	**4**	Traslada el personal de enfermería el carro de paro y el desfibrilador.	
Subdirección de Hospitalización y/o Consulta Externa (Personal Médico) Departamento de Enfermería	**5**	Continúa maniobras de RCP, de acuerdo al protocolo establecido por la AHA (American Heart Association), conocido como C-A-B, hasta el restablecimiento. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Pasa al procedimiento para el egreso por defunción.	
Subdirección de Hospitalización (Personal Médico)	**6**	Conecta desfibrilador, verifica alteración del ritmo cardiaco y si se requiere procede a la desfibrilación, el personal médico capacitado para tal efecto. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Pasa al procedimiento para el egreso por defunción.	
	7	Define el personal médico capacitado, si el paciente requiere soporte vital avanzado y en su caso procede a la atención. Procede: Si:Continua siguiente actividad No. Pasa al procedimiento para el egreso por defunción.	
	8	Determina la estabilización del paciente, procede a la referencia a la unidad de salud más próxima para su atención post-reanimación especializada.	
Subdirección de Hospitalización y/o Consulta Externa (Personal Médico) Departamento de Enfermería	**9**	Requisita los formatos correspondientes según el caso y anexa al expediente clínico. Requisita el personal de enfermería Formato INPDSCEC-07-04 de registros clínicos de enfermería, Formato INPDSCEC-07-05 Hoja de observaciones de enfermería y formato INPDSCEC-07-02 Registros de enfermería en APC y anexa al expediente clínico.	INPDSCEC-07-04 INPDSCEC-07-05 INPDSCEC-07-02
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.4 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

8.5 **Defunción:** Se entenderá como el cese de la función de los órganos vitales del paciente

8.6 **Defunción por muerte clínica**: El cese o función de los signos vitales del paciente como resultado de su estado clínico o evolución de la enfermedad.

8.7 **Defunción por suicidio**: Es el atentado que comete el paciente en contra de su propia persona y que termina con el cese de la función de los signos vitales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.3 Formato INPDSCEC-02.1- Preconsulta.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-02.1- Preconsulta.
10.5 Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continua.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-06.1 Atención Psiquiátrica Continúa.
10.7 Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en APC.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-02 Registros de Enfermería en APC.
10.9 Formato INPDSCEC-07-04 de Registros Clínicos de Enfermería.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-04 de Registros Clínicos de Enfermería.
10.11 Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-07-05 Observaciones de Enfermería

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

15. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE DE ALTO RIESGO DE MUJERES EMBARAZADAS O EN TRABAJO DE PARTO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, y calidez a las pacientes identificadas de alto riesgo mujeres embarazadas o en trabajo de parto.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a las pacientes identificadas de alto riesgo mujeres embarazadas o en trabajo de parto.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo de paciente mujeres embarazadas o en trabajo de parto**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Acceso y continuidad de la atencion (ACC)
- ✓ ACC.1.4 barreras para el acceso y prestación del servicio

Derechos del paciente y su familia (PFR)
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Atencion de pacientes (COP)
- ✓ COP.10 Para el manejo de paciente mujeres embarazadas o en trabajo de parto

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Competencias y Capacitación de l Personal (SQE)
- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de:

- El Instituto Nacional de Psiquiatría es un servicio mono especializado en psiquiatría, por lo que las pacientes que cursen con embarazo de alto riesgo (complicaciones médicas) o en trabajo de parto, deben referirse a una unidad médica especializada en gineco-obstetricia del Sector Salud (de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas). **Ver proceso PFR.1.5**

Planificación de la atención.

- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y durante toda la atención como paciente de alto riesgo a las mujeres embarazadas o que se sospecha embarazo atendidas en la Institución a fin de brindarle la atención medica que la paciente requiere. **Ver proceso ACC.1.4**
- Examinar, el personal médico, en caso de pacientes embarazadas, si cursa con embarazo normal o si se cursa con embarazo de alto riesgo (complicaciones médicas); el personal médico

deberá evaluar si la paciente es susceptible de atención en la Institución o si requiere referencia a otra unidad de salud, a fin de brindarle la atención medica que la paciente requiere. **Ver proceso COP.10**

- Examinar, el personal médico, en caso de pacientes que cursen con embarazo normal, si la paciente está recibiendo atención ginecológica, de no ser así, se deberá referir a una unidad gineco-obstétrica (Hospital General Dr. Manuel Gea González y/o Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas) para contar con una valoración gineco-obstétrica a fin de brindarle la atención medica que la paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Evaluar, el personal médico, en caso de pacientes embarazadas que cursen con embarazo de alto riesgo (complicaciones médicas), si la paciente es susceptible de atención en la Institución o si requiere referencia a otra unidad de salud; en el segundo caso, se deberá referir a una unidad médica especializada en la atención de embarazos de alto riesgo (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, Hospitales de Alta Especialidad Gíneco-Obstétrica) a fin de brindarle la atención medica que la paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Realizar, el personal médico, en caso de pacientes embarazadas hospitalizadas que presenten trabajo de parto, hemorragia o que desee voluntariamente interrumpir el embarazo por haber sido producto de una violación, referencia de manera inmediata con Formato Nota de Referencia/Contrarreferencia a otra unidad médica de salud (servicio de ginecología del Hospital General Dr. Manuel Gea González) en ambulancia de la Institución. **Ver proceso COP.10**
- Informar, el personal médico, a la paciente y/o familiar responsable que debido a la condición médica de la paciente, se requiere la referencia a otra unidad del sector salud (Hospital General Dr. Manuel Gea González y/o Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas), a fin de priorizar las necesidades que ponen en peligro la vida del paciente o sus necesidades inmediatas. **Ver proceso COP.10**

Egreso de pacientes embarazadas de Hospitalización:

- Brindar, el personal médico en Hospitalización, a la paciente y su familia al egreso de pacientes embarazadas, las instrucciones claras acerca de la unidad médica gineco-obstetricia donde será referida, dónde y cómo podrá recibir atención durante su embarazo y parto así como la indicación de acudir al servicio de APC si el problema psiquiátrico así lo requiere, a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso. **Ver proceso COP.10**
- Brindar, el personal de Trabajo Social, información y orientación a la paciente y sus familiares en caso de egreso por referencia acerca del nombre y la ubicación (domicilio) donde será referida la paciente; precisar los horarios de atención en la Institución, así como el nombre y la ubicación de los establecimientos dónde podrá recibir atención de ser necesario (de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas), a fin de asegurar que se cubran las necesidades de atención posteriores a su egreso. **Ver proceso COP.10**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Efectuar, el personal médico de Consulta Externa y de Hospital, a todas las pacientes en el Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad el registro de las pacientes que están embarazadas o la determinación de sospecha de embarazo en su caso, de manera que se identifique desde la evaluación inicial las medidas, el servicio y el tipo de atención a otorgar a la paciente. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico de Consulta Externa, que se trata de paciente de alto riesgo embarazada o que se sospecha embarazo que está recibiendo atención en la Institución, en los Formatos Preconsulta, Historia Clínica y Nota de Evolución correspondientes a cada servicio, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**

- Registrar, el personal médico en Hospitalización, que se trata de paciente de alto riesgo embarazada o que se sospecha embarazo que está internada o que requieren internamiento, en los Formatos Nota de Ingreso, Historia Clínica, Indicaciones Médicas y Nota de Evolución, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico en APC, que se trata de paciente de alto riesgo embarazada o que se sospecha embarazo que requiere internamiento o atención en la Institución en el Formato Atención Psiquiátrica Continua, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico, en caso de solicitar estudios del servicio de Imágenes Cerebrales a pacientes de alto riesgo embarazada o con sospecha de embarazo, si se tiene la fecha de última menstruación o indicar si la paciente está embarazada en el Formato Solicitud para Servicio de Imagen con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal de enfermería, que se trata de paciente de alto riesgo embarazada o que se sospecha embarazo; en los Formatos Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente en caso de paciente que requiere hospitalización, y en el área de APC en el formato Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva. **Ver proceso COP.10**

Egreso de pacientes embarazadas o que se sospecha embarazo:

- Consignar, el personal médico en Hospitalización, al egreso de las pacientes con sospecha embarazo en el Formato Nota de Egreso, la fecha de su última menstruación y el resultado de la prueba de embarazo practicada durante la hospitalización, para brindar el seguimiento correspondiente de acuerdo a las necesidades de atención de la paciente o servicios para su continuidad. **Ver proceso COP.10**
- Consignar, el personal médico en Hospitalización, al egreso de pacientes embarazadas en el Formato Nota de Egreso, la siguiente información para brindar el seguimiento correspondiente de acuerdo a las necesidades de atención de la paciente o servicios para su continuidad:
  a) Registrar el número de semanas de embarazo que cursa la paciente;
  b) Los resultados cuando los hubiere de estudios e interconsultas practicadas tanto en la Clínica de Genética Psiquiátrica de este Instituto como en la unidad gineco-obstétrica correspondiente;
  c) El tratamiento farmacológico que se proporcionó a la paciente (señalando que en el seguimiento ambulatorio se deben evitar medicamentos potencialmente teratogénicos si se encuentra en el primer trimestre del embarazo, o medicamentos que puedan causar toxicidad en el neonato si se encuentra en el tercer trimestre del embarazo).
  d) Consignar que durante todo el tiempo de estancia hospitalaria y al egreso se otorgó información a la paciente y al familiar responsable acerca de la evolución del trastorno psiquiátrico, del embarazo, del tratamiento administrado, de los resultados de estudios e interconsultas practicadas tanto al servicio de Genética de este Instituto como a la unidad gineco-obstétrica correspondiente; señalando (en caso de que hubiera) los riesgos potenciales teratogénicos y al nacimiento para el producto y los riegos durante el embarazo y en el postparto para la paciente.
  e) Registrar que se entrega tríptico de Planificación Familiar en Paciente Psiquiátrica acerca de los riesgos potenciales entre trastorno psiquiátrico, embarazo, postparto y lactancia. **Ver proceso COP.10**
- Otorgar, el personal médico en Hospitalización, al egreso de pacientes embarazadas, el tríptico de **Planificación Familiar en Paciente Psiquiátrica,** así como el Formato Nota de Referencia/Contrarreferencia a la unidad médica gineco-obstetricia correspondiente en donde la

paciente se podrá atender durante el embarazo y parto, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención de la paciente. **Ver proceso COP.10**

Consentimiento Informado

- No se requiere la firma de un consentimiento especial para la atención de pacientes de alto riesgo mujeres embarazadas. Sin embargo, el personal médico recaba el consentimiento informado de acuerdo al servicio correspondiente que se le proporcione a la paciente: Consulta Externa, Hospitalización, Imágenes Cerebrales y Atención Psiquiátrica Continua. **Ver proceso COP.10**

Monitorización de paciente mujer embarazada o en trabajo de parto.

- Solicitar, el personal médico, como requisito de control a todas las pacientes embarazadas, que preferentemente deberán acudir acompañadas por un adulto; en caso de que la paciente acuda sola y su condición médica psiquiátrica lo amerite, el personal de trabajo social establecerá comunicación con sus familiares, indicándoles acudir a la Institución. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico, en caso de pacientes embarazadas que requieran internamiento, deberán contar con valoración gineco obstétrica previa, por escrito de la unidad en la que están siendo atendidas. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico, como requisito de control para las pacientes embarazadas, ultrasonido obstétrico e interconsultas al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González una vez cada treinta días en caso de primer y segundo trimestre del embarazo, y en el tercer trimestre una vez cada quince días. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico, en caso de pacientes embarazadas hospitalizadas que cursen con embarazo de alto riesgo (complicaciones médicas), interconsulta gineco-obstétrica especializada a una unidad médica especializada en la atención de embarazos de alto riesgo (Hospital General Dr. Manuel Gea González y/o Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes). La paciente deberá contar con las interconsultas gineco-obstétrica especializadas las veces que fueran necesarias a fin de brindarle la atención médica que la paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Solicitar, el personal médico de hospitalización, en caso de pacientes hospitalizadas embarazadas interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica del Instituto, o una unidad gineco-obstétrica (Hospital General Dr. Manuel Gea González y/o Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas), para brindar la atención y seguimiento de acuerdo a las necesidades de atención de la paciente o servicios para su continuidad. **Ver proceso COP.10**
- Brindar, el personal médico, durante todo el tiempo de estancia hospitalaria y al egreso a la paciente embarazada y al familiar responsable, información acerca de la evolución del trastorno psiquiátrico, del embarazo, del tratamiento administrado, de los resultados de estudios e interconsultas practicadas tanto al servicio de la Clínica de Genética Psiquiátrica del Instituto como a la unidad gineco-obstétrica correspondiente; señalando (en caso de que hubiera) los riesgos potenciales teratogénicos y al nacimiento para el producto y los riegos durante el embarazo y en el postparto para la paciente.
- Indicar, el personal médico, el tratamiento farmacológico para la paciente ante la presencia de embarazo, evitando medicamentos potencialmente teratogénicos si se encuentra en el primer trimestre del embarazo, o medicamentos que puedan causar toxicidad en el neonato si se encuentra en el tercer trimestre del embarazo. **Ver proceso COP.10**
- Indicar, el personal médico, para la paciente ante la presencia de embarazo, el tratamiento farmacológico con menor riesgo teratogénico en pacientes que cursen con embarazo de primer

trimestre o con menores efectos secundarios para el producto en pacientes que cursen con embarazo de tercer trimestre. **Ver proceso COP.10**

- Brindar, el personal médico de Consulta Externa, psicoeducación a la paciente y/o familiar responsable en caso de pacientes embarazadas o puérperas atendidas en la consulta externa, para identificar factores de riesgo y/o signos de alarma de urgencias obstétricas, para que soliciten atención en la unidad médica correspondiente. **Ver proceso COP.10**

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Para la atención de las pacientes de alto riesgo que cursan embarazo o con sospecha de embarazo, la Institución cuenta con:
  a) Personal de salud (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras especialistas en psiquiatría, trabajadoras sociales) capacitados en proporcionar manejo farmacológico y psicoterapéutico a estos.
  b) Un médico especialista en genética y un médico especialista en psiquiatría con subespecialidad en genética, adscritos a la Clínica de Genética Psiquiátrica de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
  c) Personal de enfermería especialista en psiquiatría en el área de hospitalización, para cubrir las 24 horas del día, los 365 días del año y capacitadas para brindar los cuidados generales de enfermería que se requieran. **Ver proceso COP.10**

Disponibilidad y uso de equipo especializado.

- Para la atención de las pacientes de alto riesgo que cursan embarazo, la Institución cuenta con:
  a) Habitaciones con sillones tipo reposet para los acompañantes, a fin de que la paciente permanezca acompañada por todo el tiempo que el médico así lo determine.
  b) La Clínica de Genética Psiquiátrica para brindar interconsulta a pacientes que presentan uno o más trastornos psiquiátricos para asesoría genética preconcepcional, prenatal y posnatal, en el contexto de apoyo psicológico y farmacológico.
  c) La Clínica de Género y Sexualidad para brindar atención a pacientes mujeres embarazadas que presentan trastornos psiquiátricos (trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad), durante el periodo de embarazo y el periodo de postparto.
  d) El servicio del Laboratorio de Análisis Clínicos para la realización de la prueba de embarazo que se práctica a las pacientes con sospecha de embarazo.
  e) El servicio del Imágenes Cerebrales para la realización de ultrasonido para el diagnóstico de embarazo. **Ver proceso COP.10**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

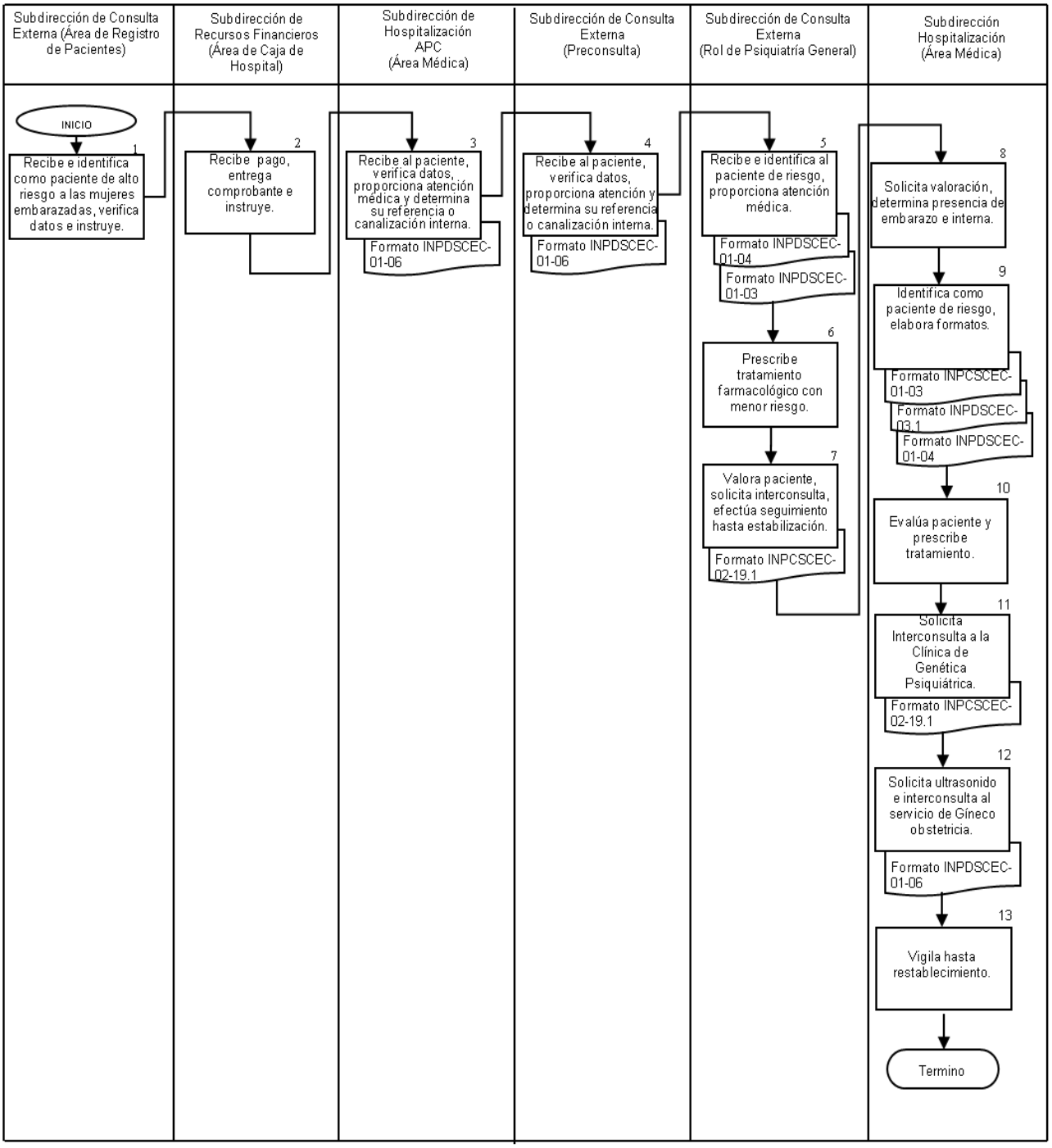
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe paciente e identifica como paciente de alto riesgo a las mujeres embarazadas, verifica datos de identificación mediante formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro, informa No. de expediente e indica pase a pagar a la caja.	INPDSCEC-01-02
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**2**	Recibe pago de paciente y/o familiar, entrega comprobante de pago e indica pase a la toma de los signos vitales al módulo de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización APC (Área Médica)	**3**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, elabora triage, proporciona atención médica y determina su referencia o canalización. a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la insititución, o por presentar trabajo de parto, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia (a otra unidad de salud más cercana y entrega paciente y/o familiar. b) Canaliza al área de preconsulta en caso de paciente de primera vez (pasa a la actividad siguiente) c) Canaliza al área de consulta externa en caso de ser paciente de la institución, (pasa a la actividad 7) c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 9).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Preconsulta)	**4**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, proporciona atención médica, y determina su referencia o canalización interna. a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la Institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia. b) Canaliza al área de Psiquiatría General para elaboración de historia clínica (pasa a la actividad siguiente). c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 9).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Rol de Psiquiatría General)	**5**	Recibe al paciente, se presenta, identifica como paciente en riesgo embarazada mediante el Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03, Historia Clínica (proporciona atención médica.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03
	6	Prescribe tratamiento farmacológico con menor riesgo teratogénico en pacientes que cursen con embarazo de primer trimestre, o con menores efectos secundarios para el producto en pacientes que cursen con embarazo de tercer trimestre.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
	7	Valora paciente, solicita interconsulta a la clínica de genética psiquiátrica INPCSCEC-02-19.1, y en caso de ser necesario ultrasonido obstétrico en el área de imágenes cerebrales, efectúa seguimiento de padecimiento psiquiátrico hasta su estabilización, tomando en consideración su embarazo. **Termina Procedimiento**	INPCSCEC-02-19.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**8**	Solicita previo al internamiento valoración gineco-obstétrica por escrito de la unidad en la que están siendo atendidas. Evalúa y determina presencia de embarazo, documenta semanas de gestación y procede al internamiento.	
	9	Identifica como paciente en riesgo a la embarazada mediante Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica en caso internamiento de primera vez y Formato INPDSCEC-03.1 Nota de ingreso.	INPDSCEC-01-03 INPDSCEC-03.1 INPDSCEC-01-04
	10	Evalúa al paciente, prescribe tratamiento farmacológico con menor riesgo teratogénico en pacientes que cursen con embarazo de primer trimestre, o con menores efectos secundarios para el producto en pacientes que cursen con embarazo de tercer trimestre.	
	11	Solicita interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica INPCSCEC-02-19.1, para complementar su atención integral en la institución.	INPCSCEC-02-19.1
	12	Solicita ultrasonido obstétrico e interconsultas INPDSCEC-01-06 al servicio de gineco obstetricia (Hospital Dr. Manuel Gea González) una vez cada treinta días en caso de primer y segundo trimestre del embarazo, y en el tercer trimestre una vez cada quince días; o las veces que fuera necesario.	INPDSCEC-01-06
	13	Vigila hasta el restablecimiento de su trastorno psiquiátrico que determinó la hospitalización.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente**: el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta**: Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización**: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.6 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.3 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.5 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.7 Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia
10.9 Formato INPCSCEC-02-19.1 Interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPCSCEC-02-19.1 Interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica.
10.11 Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.13 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

16. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE QUE TIENEN RIESGO DE PRESENTAR CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y/O TIENEN RIESGO DE SUICIDIO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, y calidez a los pacientes identificados de alto riesgo de presentar conductas autolesivas y/o con riesgo de suicidio.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes identificados de alto riesgo que presentan conductas autolesivas y/o tienen riesgo de suicidio.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo de paciente que tiene riesgo de presentar conductas autolesivas y/o tienen riesgo de suicidio**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Derechos del paciente y su familia (PFR)
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Atencion de pacientes (COP)
- ✓ COP.10 Para el manejo de paciente que tienen riesgo de presentar conductas autolesivas y/o tienen riesgo de suicidio
- ✓ COP10.9 Sujecion

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Sistema de Competencias y Capacitación del Personal (SQE)
- ✓ SQE.2 Capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal de salud será responsable de:

Planificación de la atención.

- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y/o en el primer contacto y durante el proceso de atención como pacientes de alto riesgo a los pacientes con riesgo de presentar conductas autolesivas y/o con riesgo de suicidio para brindarle la atención medica que el paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- En caso de paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida que requiere internamiento después de haber realizado intento suicida de alta a moderada letalidad, para su ingreso deberá contar con evaluación médica y/o estudios de laboratorio y/o gabinete, de una unidad médica general para garantizar que su condición médica es estable y proceder a la hospitalización. **Ver proceso COP.10**

- El personal médico deberá evaluar si el paciente es susceptible de atención en la Institución o se encuentre grave con condición médica inestable y/o descompensada y ameritara atención especializada; en caso de requerir referencia a otra unidad de salud, se deberá elaborar el Formato Nota de Referencia/Contrarreferencia para ser referido a otra unidad de salud, solicitando la Contrarreferencia cuando la situación se haya resuelto. **Ver proceso COP.10**
- En caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, dentro de la Institución, y de ser necesario, se deberá utilizar la aplicación involuntaria de medicamentos (administración de medicamentos por vía oral o parenteral) y/o restricción física de acuerdo al procedimiento establecido para el manejo del paciente agitado y agresivo descrito en el Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospitalización respetando los derechos humanos, la dignidad del paciente y cuidando de no lastimarlo durante el procedimiento. **Ver proceso COP.10**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- En caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo como para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y paramédico, equipo o instalaciones del Instituto, avisar al personal médico de Atención Psiquiátrica Continua, la presencia de evento de paciente agitado y/o agresivo que requiere sujeción; activando el código morado del Código de Colores para la Seguridad Hospitalaria. **Ver proceso COP.10.9**
- Registrar, el personal médico, que se trata de paciente de alto riesgo en caso de identificarse conductas autolesivas y/o riesgo suicida que están internados o que requieren internamiento, en los Formatos Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Historia Clínica, Nota de Ingreso, Indicaciones médicas y Nota de Evolución correspondientes a cada servicio, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso PFR.1.5 y Ver proceso COP.10**
- Efectuar, el personal médico de Consulta Externa y de Hospitalización, a todo paciente la determinación de la estimación de riesgo suicida (Sentíes/Zamudio) del Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, de manera que se identifique durante la evaluación inicial a aquellos pacientes que puedan presentar conductas autolesivas y/o riesgo suicida e incurrir en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, con la finalidad de que se determinen las medidas, el servicio y el tipo de atención a otorgar al paciente. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal de enfermería, que se trata de paciente de alto riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida; en los Formatos Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente en caso de paciente que requiere hospitalización, y en el área de APC en el formato Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, que se tratag de pacientes con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva. **Ver proceso COP.10**
- Elaborar, el personal médico, la Estimación de Riesgo Suicida (Sentíes/Zamudio) que se encuentra el Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad a todo paciente que puedan presentar conductas autolesivas y/o riesgo suicida e incurrir en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, con la finalidad de que se determinen las medidas, el servicio y el tipo de atención a otorgar al paciente. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico, la descripción del intento de suicidio por escrito en el Formato Nota de Evolución, en caso de presentarse evento de paciente que incurrió en actos dañino para sí mismo, donde se constate la fecha y hora del inicio, duración y control del evento, el tipo de intervención requerida; y las indicaciones pertinentes para su atención en el Formato Indicaciones Médicas. **Ver proceso COP.10**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Consentimiento Informado

- En caso de paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida que acuda al servicio de APC después de haber realizado intento suicida de alta a moderada letalidad, recabar, el personal médico, el Formato Consentimiento Informado para Recibir Consulta en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua, donde se consigna que el paciente y el familiar responsable autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo y de ser necesario, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos (administración de medicamentos por vía oral o parenteral) y/o restricción física; anexando el formato en el expediente clínico firmado por el médico, paciente y dos testigos. **Ver proceso COP.10 y Ver proceso COP.10.9**
- En caso de paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida que requiere internamiento después de haber realizado intento suicida de alta a moderada letalidad para su ingreso, recabar, el personal médico, el Formato Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario, donde se consigna que el paciente y el familiar responsable autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo y de ser necesario, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos (administración de medicamentos por vía oral o parenteral) y/o restricción física; anexando el formato en el expediente clínico firmado por el médico, paciente y dos testigos. **Ver proceso COP.10**
- En caso de que el paciente en forma voluntaria no acepte la hospitalización, NO se podrá efectuar procedimiento alguno en el servicio; debiendo requisitar el Formato Nota de Referencia/Contrarreferencia dejando consignada la manifestación del paciente de forma libre y consiente de la NO autorización para realizar el internamiento, en original para el paciente y anexando copia en el expediente clínico firmada por el paciente, el médico y dos testigos. **Ver proceso COP.10**

Monitorizacion de paciente que tienen riesgo de presentar conducta autolesiva y/o tienen riesgo de suicidio.

- Solicitar, el personal médico, como requisito de control a todos los pacientes de alto riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, que si el caso lo amerita deberán acudir acompañados por un familiar responsable en la cita de historia clínica, a toda consulta subsecuente y a cualquier servicio que se preste en la Institución. **Ver proceso COP.10**
- Asignar, el personal médico, una habitación ubicada frente a la central de enfermería, en caso de pacientes con conductas autolesivas y/o riesgo suicida que requieren internamiento, supervisando que el paciente NO permanezca solo y mantenerlo con vigilancia estrecha de manera constante, efectuando rondines las 24 hrs, con el propósito de contar con las medidas preventivas de seguridad para evitar que el paciente incurra en daños para sí mismo. **Ver proceso COP.10**
- Llevar a cabo, el personal de salud, en el caso de que un paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo las siguientes medidas:
  a) De ser necesario, realizar la aplicación involuntaria de medicamentos (administración de medicamentos por vía oral o parenteral) y/o restricción física para controlar el evento.
  b) Retirar cualquier objeto con el que el paciente se haya causado daño así mismo. Únicamente es competencia del personal de vigilancia, retirar cualquier arma que pudiera portar el paciente. El personal médico NO intervendrá hasta que el personal de vigilancia haya retirado cualquier arma que el paciente pudiera portar.
  c) Escuchar y atender en su caso, las lesiones que hubiera provocado a sí mismo.
  d) Informar inmediatamente a la Subdirección de Hospital, al médico psiquiatra adscrito a la Subdirección de Hospital y al médico residente de cuarto año Jefe de guardia.

e) Informar al familiar responsable las medidas correspondientes y necesarias a seguir en la atención.
f) Supervisar que el paciente NO permanezca solo y mantenerlo con vigilancia estrecha de manera constante.
g) Solicitar al personal involucrado elabore informe circunstanciado para que la Subdirección de Hospitalización la entregue a la Dirección de Servicios Clínicos y a Gestión de Calidad para el seguimiento administrativo correspondiente. **Ver proceso COP.10**

- Colocar, el personal enfermería, diariamente en los pizarrones ubicados a la entrada de cada tratamiento (de T-I a T-V) para todo paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, el imán de color que representa al Código de Seguridad de acuerdo al Riesgo de Autolesión o de Suicidio (Color anaranjado sin letra) para así tomar las medidas necesarias para la seguridad del paciente. **Ver proceso COP.10**

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Para la atención de pacientes de alto riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, la Institución cuenta con:

a) Personal de salud (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras especialistas en psiquiatría, trabajadoras sociales) capacitados en proporcionar manejo farmacológico y psicoterapéutico a estos.
b) El personal de salud en el servicio de hospital determinará la competencia de los acompañantes de estos pacientes hospitalizados. **Ver proceso COP.10**

Disponibilidad y uso de equipo especializado.

- Para la atención de pacientes de alto riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, la Institución cuenta con:

a) Habitaciones frente a la central de Enfermería de cada tratamiento de la Subdirección de Hospitalización.
b) Habitaciones con sillones tipo reposet para que el paciente permanezca acompañado por cuidador todo el tiempo que el médico así lo determine.
c) Materiales seguros diseñados para la restricción física.
d) Jeringas para la administración vía intramuscular.
e) Medicamentos necesarios para la administración vía intramuscular, o vía oral en todas las áreas de la Subdirección de Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua.
f) Radios para comunicación entre personal de vigilancia. **Ver proceso COP.10**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

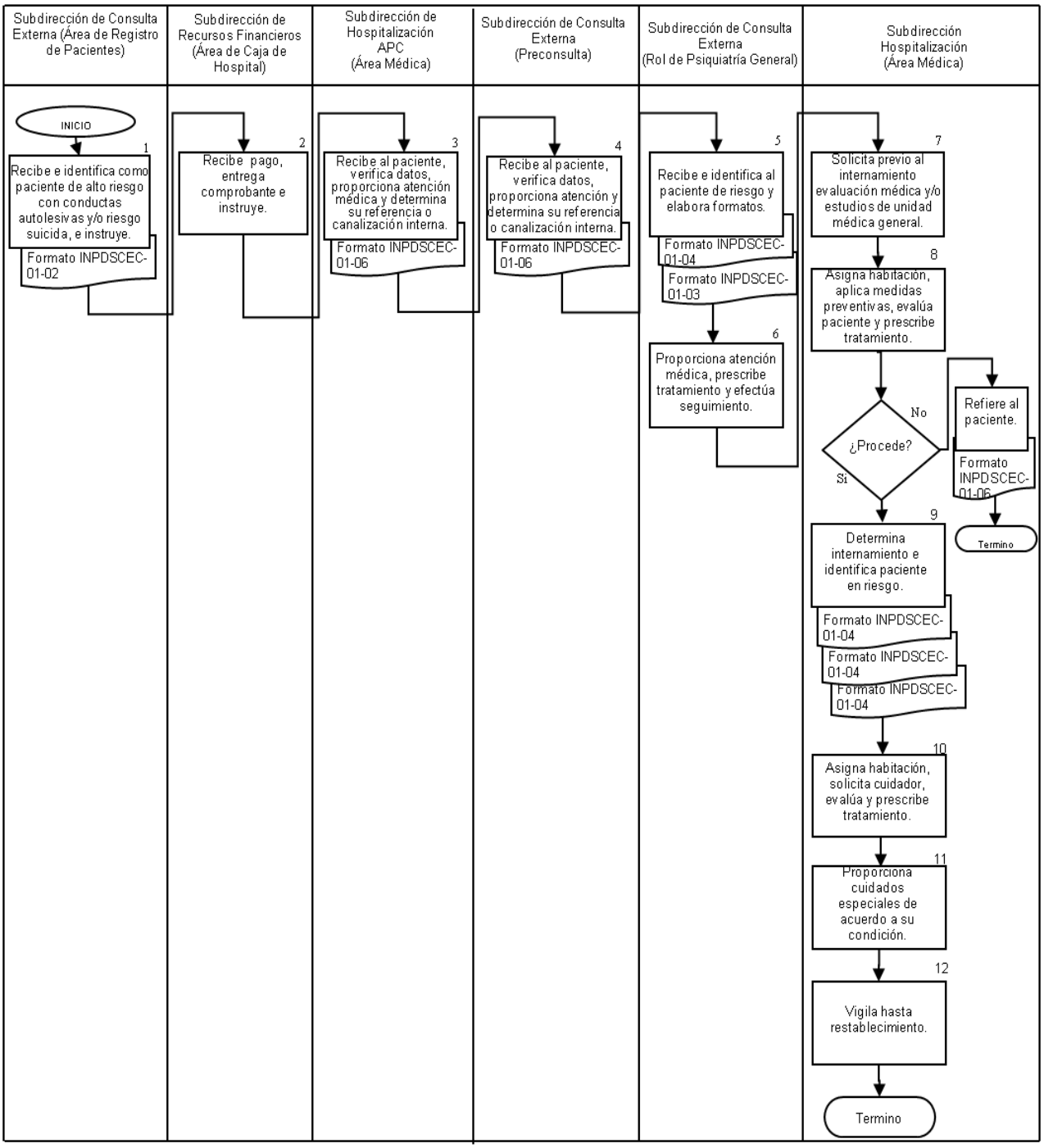
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe paciente verifica datos de identificación mediante Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro, informa No. de expediente e indica pase a pagar a la caja.	INPDSCEC-01-02
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**2**	Recibe pago de paciente y/o familiar, entrega comprobante de pago e indica pase a la toma de los signos vitales al módulo de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización APC (Área Médica)	**3**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, elabora triage, proporciona atención médica y determina su referencia o canalización interna. a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, o que por su condición médica de grado de autolesión así lo amerite, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia. b) Canaliza al área de preconsulta en caso de paciente de primera vez (pasa a la actividad siguiente) c) Canaliza al área de consulta externa en caso de ser paciente de la institución, (pasa a la actividad 7) d) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Preconsulta)	**4**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, proporciona atención medica y determina: a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia. b) Canaliza a rol de psiquiatría general para elaboración de historia clínica, (pasa a la actividad siguiente). c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Rol de Psiquiatría General)	**5**	Recibe al paciente, se presenta, identifica como paciente en riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, mediante el Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03
	6	Proporciona atención médica, prescribe tratamiento farmacológico y efectúa seguimiento de padecimiento medico psiquiátrico, hasta su estabilización. **Termina Procedimiento**	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**7**	Solicita previo al internamiento, en caso de pacientes que acudan después de haber realizado intento suicida de alta a moderada letalidad evaluación médica y/o estudios de laboratorio y/o gabinete, de una unidad médica general para garantizar que su condición médica es estable y proceder a la hospitalización.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
	8	Valora evaluación médica y/o estudios de laboratorio y/o gabinete y determina. Procede: Si: Continua siguiente actividad No. Regresa a actividad 4 Refiere al paciente y elabora Formato INPDSCEC-01-06 Nota de referencia.	INPDSCEC-01-06
	9	Determina internamiento e identifica como paciente en riesgo con conductas autolesivas y/o riesgo suicida, mediante Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 historia clínica, en caso internamiento de primera vez y Formato INPDSCEC-03.1 Nota de ingreso.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03 INPDSCEC-03.1
	10	Asigna habitación individual enfrente del control de enfermería y solicita cuidador de 24 hrs. Evalúa paciente, y prescribe tratamiento farmacológico de acuerdo a su condición de paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida.	
Departamento de enfermería (Área de Enfermería en Hospital)	**11**	Proporciona cuidados especiales de acuerdo a su condición de paciente con conductas autolesivas y/o riesgo suicida.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**12**	Vigila hasta el restablecimiento de su trastorno psiquiátrico que determinó la hospitalización.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2019, del Expediente Clínico.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud.	N/A
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.6 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

8.7 **Monitorizar al paciente** Refiere vigilar durante el periodo de tiempo de recuperación del paciente la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tensión arterial, (signos vitales) oxímetro.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.
10.3 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.5 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.7 Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia/Contrarreferencia.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia.
10.9 Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.11 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.

17. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE DE ALTO RIESGO CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (DESNUTRICIÓN, SOBREPESO U OBESIDAD).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención médica de calidad, y calidez a los pacientes de alto riesgo identificados con trastorno de la alimentación ya sea desnutrición, sobrepeso u obesidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo de paciente con trastornos de la alimentación (desnutrición, sobrepeso u obesidad)**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Acceso y continuidad de la atencion (ACC)
- ✓ ACC.1.4 Barreras para el acceso y prestación del servicio

Derechos del paciente y su familia (PFR)
- ✓ PFR.1.5 Brindar protección adicional a los pacientes vulnerables.

Evaluacion de Pacintes (AOP)
- ✓ AOP.8 Evaluacion Nutricional de cada paciente
- ✓ AOP.9 Criteripos para pacientes que requieren una evaluación especializada adiciona

Atencion de pacientes COP
- ✓ COP.10 Para el manejo de paciente de alto riesgo con trastornos de la alimentación (desnutrición, sobrepeso u obesidad)

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Competencias y Capacitación del personal
- ✓ SQE.2 De la capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de:

- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y durante toda la atención como de alto riesgo a los pacientes con conductas alimentarias de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad), para brindarle la atención medica que el paciente requiere. **Ver proceso COP.10**
- Identificar, todo el personal adscrito a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, en la evaluación inicial y durante toda la atención como de alto riesgo a los pacientes con

conductas alimentarias de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad) para brindarle la atención medica que el paciente requiere. **Ver proceso ACC.1.4 y Ver proceso AOP.8**

- Efectuar, el personal médico de Consulta Externa y de Hospital, a todo paciente la evaluación del estado nutricional (riesgo) del Formato Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, a través de la determinación del peso, talla, IMC y el perímetro abdominal de manera que se identifique durante la evaluación inicial a aquellos pacientes que puedan presentar riesgo en su estado nutricional, con la finalidad de que se determinen las necesidades, el servicio y el tipo de atención a otorgar al paciente. **Ver proceso AOP.8**
- Determinar, el personal médico, el estado nutricional del paciente de acuerdo al índice de masa corporal:
  - Desnutrición grado III IMC < 16
  - Desnutrición grado II IMC 16 a 16.9
  - Desnutrición grado I IMC 17 a 17.9
  - Bajo Peso IMC 18 a 18.4
  - Normalidad IMC 18.5 a 24.9
  - Sobrepeso IMC 25 a 29.9
  - Obesidad grado I IMC 30 a 34.9
  - Obesidad grado II IMC 35 a 39.9
- Obesidad mórbida IMC > 40 **Ver proceso AOP.8**
- El Perímetro Abdominal se considera un indicador de la obesidad abdominal y su medida puede representar un incremento en el riesgo cardiovascular, y no debe sobrepasar las siguientes medidas:

  > = 102 cm en hombres y
  > = 88 cm en mujeres **Ver proceso AOP.8**
- El manejo de los pacientes con conductas alimentarias de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad), se efectúa a través de un monitoreo del peso y brindar asistencia nutricional cuando el médico así lo determine, mediante la solicitud de interconsultas al servicio de nutrición en Hospital, e interconsulta a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en caso de pacientes que cursan con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la alimentación no especificados y trastornos por atracón. **Ver proceso COP.10**
- Registrar, el personal médico, el peso, la talla y el índice de masa corporal de los pacientes, en los Formatos Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Historia Clínica, Nota de Ingreso y Nota de Evolución a fin de determinar el estado nutricional de los pacientes. **Ver proceso AOP.8**
- Identificar, el personal médico, a los pacientes con la necesidad de una evaluación más exhaustiva de su estado nutricional con base en la evaluación del estado nutricional (riesgo) y de acuerdo a los Criterios para identificar a los pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva, a fin de tomar en consideración los riesgos nutricionales (identificar problemas nutricionales: desnutrición, obesidad mórbida, descompensación metabólica y cuando el médico así lo considere) y brindar la dieta más adecuada a su tratamiento y acorde a las necesidades del paciente. **Ver proceso AOP.8**
- Determinar, el personal médico, si el paciente cursa con sobrepeso (IMC de 24.9 a 29.9), obesidad grado I, II y III (IMC de 30 a 39.9) o mórbida (IMC a partir de 40), registrándolo en los formatos Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Historia Clínica, Nota de Ingreso y Nota de Evolución a fin de brindar la dieta más adecuada y determinar la atención acorde a las necesidades del paciente. **Ver proceso AOP.8**

Criterios para identificar a los pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva:

- Solicitar, el personal médico de la Subdirección de Hospitalización, mediante el formato Nota de Interconsulta al área de nutrición una valoración más exhaustiva en caso de pacientes que

presenten desnutrición, obesidad mórbida, descompensación metabólica y cuando así lo considere el médico, para la elaboración de un plan de alimentación específico. **Ver proceso AOP.8 y Ver proceso AOP.9**

- Solicitar, el personal médico de la Subdirección de Consulta Externa, en los casos en los que se detecte un Índice de masa corporal menor a 18.5 y de 35 a 39.9 (IMC<18.5 e IMC de 35 a 39.9) sin patología alimentaria, sean enviados al servicio del Área de Nutrición para una evaluación nutricional exhaustiva. En los casos que se detecte un Índice de masa corporal mayor a 40 (IMC>40) sin patología alimentaria, sean referidos a una unidad de salud correspondiente para su tratamiento, y para los casos con patología alimentaria, sean enviados a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria para su evaluación y tratamiento. **Ver proceso AOP.8 y Ver proceso AOP.9**
- Entregar, el personal médico a través del personal del Área de Nutrición, a los pacientes con sobrepeso y obesidad el Folleto Recomendaciones Para Preconsulta, y a los pacientes con obesidad mórbida con trastorno de la conducta alimentaria, solicitar interconsulta a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. A pacientes con obesidad mórbida sin trastorno de la conducta alimentaria, deben referirse a otra unidad médica del Sector Salud (Instituto Nacional de Salud, Hospital de Alta Especialidad de acuerdo al Directorio Institucional de Unidades Médicas). **Ver proceso COP. 10**

Atencion de pacientes con conductas alimentarias de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad).

- Determinar, el personal médico, el tratamiento psicofarmacológico teniendo en cuenta la condición clínica del paciente (sobrepeso o con obesidad) de manera que contribuya a disminuir el riesgo del síndrome metabólico. **Ver proceso COP. 10**
- Brindar, el personal médico y el personal del Área de Nutrición, al paciente y sus familiares durante todo el tiempo de estancia hospitalaria hasta su egreso, información acerca del objetivo de la evaluación nutricional, remarcar la importancia de su participación en el proceso de atención e inducir cambios de los hábitos alimenticios del paciente acorde a sus características y necesidades de manera que coadyuve a mejorar su calidad de vida y recuperación. **Ver proceso COP. 10**
- Canalizar, el personal médico de Consulta Externa, a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, a los pacientes en caso de presentar uno o más trastornos psiquiátricos complejos de conformidad con los criterios de aceptación de la clínica (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la alimentación no especificados y trastornos por atracón), que requieran manejo de alta especialidad médica y que ameritan tratamiento farmacológico, a fin de brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP. 10**
- Registrar, el personal médico, que se trata de un paciente de alto riesgo en caso de presentarse pacientes con trastornos de la alimentación (desnutrición, sobrepeso u obesidad), en los Formatos Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Historia Clínica, Nota de Ingreso, Indicaciones médicas y Nota de Evolución correspondientes a cada servicio, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP. 10**
- Solicitar, el personal médico de Hospitalización, interconsulta al Área de Nutrición a través del Formato Nota de Interconsulta a todos aquellos pacientes hospitalizados que se les detecte la necesidad de una valoración nutricional específica en caso de pacientes que presenten desnutrición, obesidad mórbida, descompensación metabólica y cuando así lo considere el médico, para que se les realice una evaluación nutricia específica a fin de brindar una dieta más adecuada a su tratamiento y acorde a las necesidades del paciente. **Ver proceso COP. 10**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Solicitar, el personal médico de Consulta Externa, interconsulta al Área de Nutrición a través del Formato Nota de Interconsulta a todos aquellos pacientes que se les detecte un Índice de masa corporal menor a 18.5 y de 35 a 39.9 (IMC<18.5 e IMC de 35 a 39.9) sin patología alimentaria, para que se les realice una evaluación nutricia especializada a fin de brindar la atención y seguimiento que requiere el paciente. **Ver proceso COP. 10**
- Llevar a cabo, el personal médico de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en caso de presentarse pacientes con trastornos de la alimentación (desnutrición, sobrepeso u obesidad), en el Formato Nota de Evolución el registro del peso, talla e índice de masa corporal del paciente dejando por sentado la evolución del estado nutricional y el apego a las recomendaciones nutricionales, anexando el formato al expediente clínico. **Ver proceso COP. 10**
- Proporcionar, el personal del Área de Nutrición, asesoría a los pacientes y sus familiares sobre el tipo de alimentación que deberá seguir, la manera en la que deben consumirse los equivalentes, técnicas de preparación y sugerencias para el consumo total de nutrientes. Recomendar al paciente que realice de 35 a 45 minutos diarios de ejercicio para la obtención de mejores resultados. Brindar así mismo, sesiones psicoeducativas para favorecer la participación activa del paciente así como de sus familiares de manera que contribuyan a un mayor apego, un mejor manejo de su padecimiento y lograr mejoras en su salud. **Ver proceso COP. 10**
- Efectuar, el personal del Área de Nutrición,
  - Revaloración nutricional de los pacientes hospitalizados que son interconsultados al servicio de nutrición a solicitud del personal médico responsable de la atención del paciente, registrando en el formato Nota de Interconsulta los resultados de la evaluación nutricional exhaustiva así como las sugerencias y recomendaciones nutricionales, así como elaborar el Plan de Alimentación Específico (Revaloración) para el paciente.
  - Evaluación nutricional (exhaustiva / especializada) de los pacientes de Consulta Externa que son interconsultados al servicio de nutrición a solicitud del personal médico responsable de la atención los días martes y jueves en un horario de 09:00 a 12:00 hrs, registrando en el Formato Nota de Interconsulta los resultados de la evaluación nutricional exhaustiva, las sugerencias y recomendaciones nutricionales, así como elaborar el Plan de Alimentación Específico para el paciente que coadyuve a su calidad de vida y recuperación.
  - Evaluación nutricional al egreso de los pacientes hospitalizados en el Formato Evaluación Nutricional (anverso) donde se registre la evaluación del estado nutricional del paciente a su egreso, las sugerencias y recomendaciones nutricionales así como registrar la entrega del Formato Plan de Alimentación y el Tríptico de Conocimiento de Nutrición, e incorporar en el expediente clínico del paciente.
  - Entregar, el personal del Área de Nutrición, al paciente y/o al familiar responsable el Formato Plan de Alimentación a los pacientes que reciben una evaluación nutricional en el servicio, así como el Tríptico de Conocimiento de Nutrición donde se muestran:

    Información de alimentos que nuestro organismo necesita.

    Índice de Masa Corporal.

    Índice Cintura Cadera.

    Prevención de enfermedades.

    El plato del bien comer.

    Los equivalentes con la finalidad de inducir cambios de los hábitos alimenticios del paciente acorde a las características y necesidades del paciente que coadyuve a su calidad de vida y recuperación. **Ver proceso AOP.8 y Ver proceso COP. 10**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Registrar, el personal de enfermería, que se trata de paciente de alto riesgo en caso de presentarse pacientes con conductas alimentarias de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad), en los Formatos Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente para paciente que requiere hospitalización, y en el área de APC en el formato Registros de Enfermería en Atención Psiquiátrica Continua, con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y se lleve el seguimiento correspondiente del caso. **Ver proceso COP. 10**

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

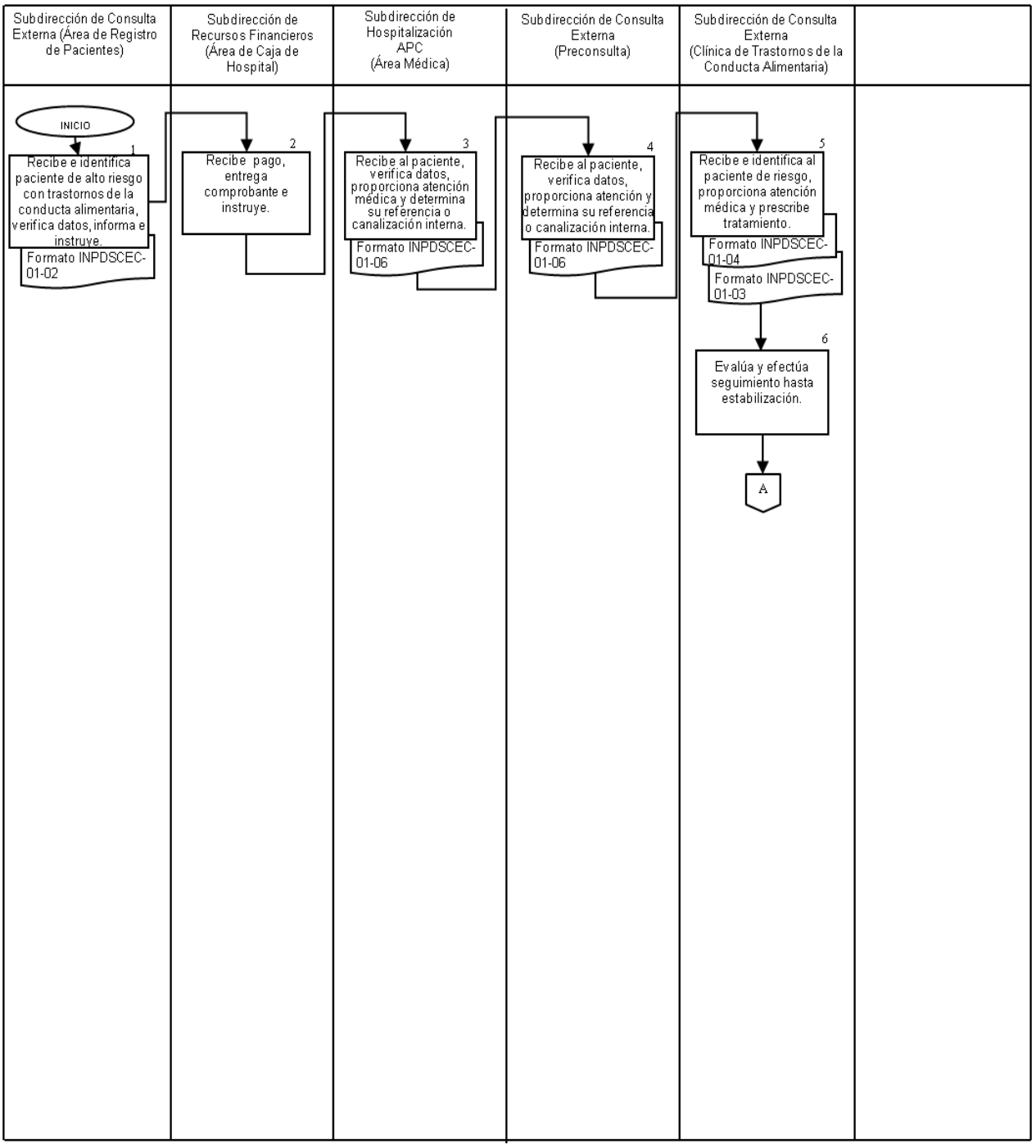
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe paciente, identifica como alto riesgo con conducta alimentaria de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad), verifica datos de identificación mediante Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro, informa No. de expediente e indica pase a pagar a la caja.	INPDSCEC-01-02
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**2**	Recibe pago de paciente y/o familiar, entrega comprobante de pago e indica pase a la toma de los signos vitales al módulo de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización APC (Área Médica)	**3**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, elabora triage, proporciona atención medica y determina: a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia. b) Canaliza al área de preconsulta en caso de paciente de primera vez (pasa a la actividad siguiente). c) Canaliza al área de consulta externa en caso de ser paciente de la institución, (pasa a la actividad 7). d) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Preconsulta)	**4**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, proporciona atención medica y determina: a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia. b) Canaliza a la clínica de subespecialidad de trastornos de la conducta alimentaria para elaboración de historia clínica, (pasa a la actividad siguiente) c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria)	**5**	Recibe al paciente, se presenta, identifica como alto riesgo con conducta alimentaria de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad) mediante formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica, proporciona atención médica, determina el estado nutricional del paciente, y prescribe tratamiento farmacológico.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03
	6	Evalúa paciente, y efectúa seguimiento de padecimiento psiquiátrico, hasta su estabilización. **Termina Procedimiento**	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**7**	Solicita previo al internamiento valoración por parte de los médicos adscritos a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria.	
Subdirección de	**8**	Evalúa paciente, corrobora internamiento y recaba firmas	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

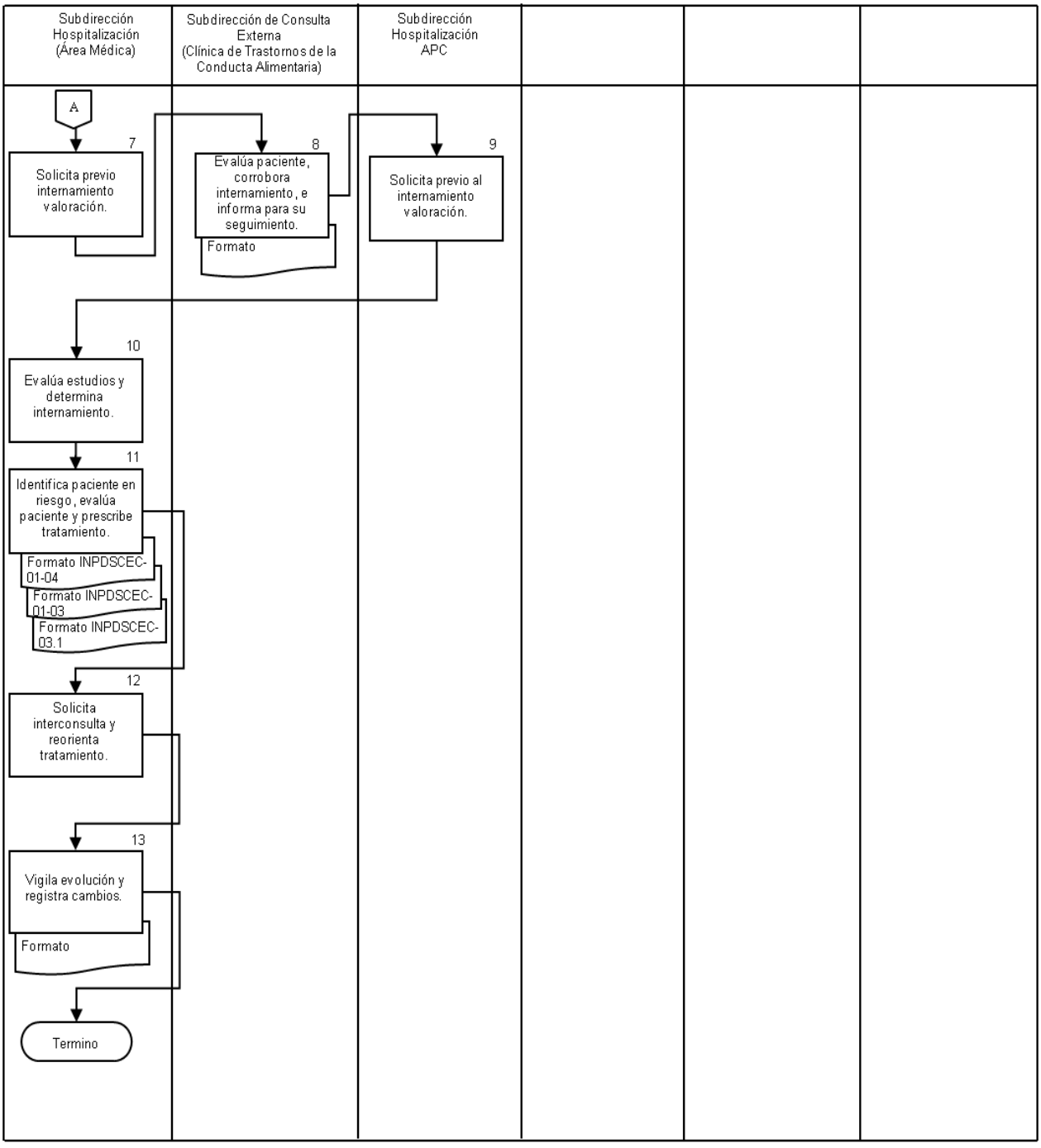
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Consulta Externa (Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria)		en el formato INPCSCEC-02-11.1 Carta de Consentimiento Informado de Trastornos de la Conducta Alimentaria.e informa al área médica de hospital para su seguimiento.	
Subdirección de Hospitalización APC	**9**	Solicita previo al internamiento valoración de la condición médica (electrolitos y electrocardiograma) de otra unidad de salud, en caso de que la condición médica del paciente así lo requiera.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**10**	Evalúa estudios en caso de haberlos solicitado y determina la necesidad del internamiento, procede al mismo.	
	11	Identifica como paciente de alto riesgo con conducta alimentaria de riesgo (desnutrición, sobrepeso u obesidad), mediante Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 historia clínica (en caso internamiento de primera vez) y Formato INPDSCEC-03.1.nota de ingreso. Evalúa paciente, y prescribe tratamiento farmacológico.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03 INPDSCEC-03.1
	12	Solicita interconsulta a trastornos de la conducta alimentaria, al internista y con el área de nutrición según corresponda, en su caso reorienta tratamiento farmacológico.	
	13	Vigila evolución y registra cambios en el peso e índice de masa corporal hasta el egreso.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.6 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

8.7 **Monitorizar al paciente** Refiere vigilar durante el periodo de tiempo de recuperación del paciente la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tensión arterial, (signos vitales) oxímetro.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.
10.3 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.5 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.7 Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-05.- Nota de Evolución.
10.9 Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia
10.11 Formato INPCSCEC-02-19.1 Interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPCSCEC-02-19.1 Interconsulta a la Clínica de Genética Psiquiátrica.
10.13 Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.15 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

18. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PACIENTE DE ALTO RIESGO CON ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA O INMUNODEPRIMIDOS.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Proporcionar la atención medica de calidad, y calidez a los pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimidos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección de Servicios Clínicos

2.2 A nivel externo este procedimiento aplica a los pacientes identificados con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimidos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de Salud de la Subdirección de Hospitalización que participa en el **Procedimiento para el manejo de paciente de alto riesgo con enfermedad infectocontagiosa o inmunoderpimidos**, deberá conocer y aplicar en el ámbito de su competencia los siguientes Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud en Calidad y Seguridad:

II. Estándares Centrados en el Paciente

Evaluacion de Pacintes (AOP)
- ✓ AOP.1.1 Evaluación inicial de pacientes hospitalizados
- ✓ AOP.9 Criteripos para pacientes que requieren una evaluación especializada adiciona

Atencion de pacientes COP
- ✓ COP.10.6 Para la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas
- ✓ COP.10.7 Para la atención de los pacientes con enfermedades inmunodeprimidos

IV. Sistemas Críticos para la seguridad del paciente

Capacitación y Competencias del Personal
- ✓ SQE.2 De la capacitación acerca del sistema de gestión de competencias y capacitación del Personal.

Prevención y Control de Infecciones
- ✓ PCI.5 De las medidas de precaución estándar en la atención de pacientes

3.1 La Dirección de Servicios Clínicos a través del personal se salud será responsable de:

- Llevar a cabo e indicar por escrito, el personal médico, en el Formato Indicaciones Médicas las siguientes medidas cuando un paciente curse con un cuadro infeccioso o se trate de un paciente inmunodeprimido: asignar habitación individual no compartida en los extremos de las áreas, con la precauciones de barrera, aislamiento parcial y aplicación de las medidas preventivas e higiénicas (lavado de manos) correspondientes como restricción de visitas y que todas las personas que tengan contacto con el paciente porten bata, gorro y cubre bocas; así como realizar la limpieza y desinfección de la habitación durante la estadía del paciente y una vez que es dado de alta.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Llevar a cabo las siguientes medidas cuando un paciente curse con un cuadro infeccioso o se trate de un paciente inmunodeprimido:

Planificación de la atención.

- Identificar en la evaluación inicial y/o en el primer contacto todo el personal de salud en todas las áreas de atención en el Instituto, como pacientes de alto riesgo a los pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, en caso de paciente psiquiátrico que curse con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido. **Ver proceso AOP.1.1, Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Evaluar el personal médico si el paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido es susceptible de atención en la Institución o amerita atención especializada y/o se encuentre grave con condición médica inestable o descompensada; en caso de requerir referencia a otra unidad de salud, se deberá elaborar el Formato de Referencia/Contrarreferencia, para su atención en otra unidad médica del Sector Salud (de acuerdo al Directorio de Unidades Médicas), efectuando los requisitos de control establecidos al egreso de los pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido; solicitando la Contrarreferencia cuando la situación se haya resuelto. **Ver proceso AOP.1.1, Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Proporcionar, el personal médico, la atención adecuada, en caso de internamiento de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, mediante la aplicación de las medidas preventivas correspondientes que el paciente requiera, debiendo seguir los criterios señalados en la NOM-045-SSA2, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y los que establece el Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospitalización. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Informar, el personal médico, en caso de internamiento al personal de enfermería, que se trata de paciente psiquiátrico de alto riesgo por cursar con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, para que se proporcionen los cuidados especiales de enfermería que el paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido requiera se apliquen las medidas preventivas correspondientes. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Solicitar, el personal médico, los estudios de laboratorio y gabinete, interconsulta al servicio de medicina interna del propio Instituto, y/o interconsulta u otros estudios a otra unidad médica si el paciente con enfermedad contagiosa o inmunodeprimido así lo amerite, consignando por escrito que se trata de paciente con enfermedad contagiosa o inmunodeprimido para que se apliquen las medidas preventivas correspondientes. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Realizar, el personal médico, en caso contingencia influenza virus AH1N1, triage respiratorio a todo paciente y/o familiar que ingrese a las áreas de atención en la Dirección de Servicios Clínicos, para proteger contra las enfermedades contagiosas a todos los pacientes, familiares, visitantes, cuidadores y personal de la Institución. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- El personal enfermería, deberá colocar, en los pizarrones ubicados a la entrada los tratamientos (T-I Hombre o T-II Mujer) para todo paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, el imán de color que representa al Código de Seguridad correspondiente (Color café con letra I mayúscula) para así tomar las medidas necesarias para el manejo del paciente. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Asignar al ingreso de un paciente, sí esté cursa con un cuadro infeccioso o se trata de un paciente inmunodeprimido, una habitación individual no compartida en los extremos de las áreas, con la precauciones de barrera, aislamiento parcial y aplicación de las medidas preventivas e higiénicas (lavado de manos) correspondientes como restricción de visitas y que

todas las personas que tengan contacto con el paciente porten bata, gorro y cubre bocas; así como realizar la limpieza y desinfección de la habitación durante la estadía del paciente y una vez que es dado de alta. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

- El personal médico del área de Atención Psiquiátrica Continua deberá indicar si el paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido es susceptible de recibir atención en la Institución o amerita atención especializada en otra institución, efectuando los requisitos de control establecidos para la referencia de los pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Dejar registrado, el personal médico, en el Formato Historia Clínica y el Formato Evaluación Inicial de Vulnerabilidad y Riesgos, para el servicio de APC en el Formato Atención Psiquiátrica Continua, y en el caso de hospitalización en el Formato Nota de Ingreso, en el Formato Notas de Evolución y formato de Indicaciones Medicas, que se trata de un paciente de alto riesgo con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud y para que se apliquen las medidas preventivas correspondientes. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Registrar, el personal de enfermería, en el Formato Valoración Inicial de Enfermería al Ingreso del Paciente, en el Formato Registros Clínicos de Enfermería y en el Formato Registro de Indicaciones Verbales que se trata de pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud y para que se apliquen las medidas preventivas correspondientes. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Consignar, el personal de salud, en las solicitudes de estudio de laboratorio y/o gabinete que se trata de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido con el objeto de que el personal de salud se comunique de manera efectiva y para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud y para que se apliquen las medidas preventivas correspondientes. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

Consentimiento Informado

- En los casos de atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas o inmunodeprimidos, se recaba el Consentimiento Informado de Ingreso a Hospitalización, el cual incluye la atención generalizada de todo lo que el paciente requiera durante el internamiento.

Monitorización de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimidos.

- Asignar al ingreso de un paciente, esté cursa con un cuadro infeccioso o se trata de un paciente inmunodeprimido, una habitación individual no compartida en los extremos de las áreas, con la precauciones de barrera, aislamiento parcial y aplicación de las medidas preventivas e higiénicas (lavado de manos) correspondientes como restricción de visitas y que todas las personas que tengan contacto con el paciente porten bata, gorro y cubre bocas; así como realizar la limpieza y desinfección de la habitación durante la estadía del paciente y una vez que es dado de alta. V**er apartado PCI.5**
- Llevar a cabo las medidas para proteger contra las enfermedades contagiosas a todos los pacientes, familiares, visitantes, cuidadores y personal de la Institución, en caso de paciente psiquiátrico que requiera hospitalización y curse con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido:
  - El personal médico, deberá proporcionar, la atención adecuada, en caso de internamiento de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, mediante la aplicación de las medidas preventivas correspondientes que el paciente requiera debiendo seguir los criterios señalados en la NOM-045-SSA2, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y

Control de Infecciones Nosocomiales, en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y los que establece el Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospitalización.

- El personal médico, de enfermería y de laboratorio deberá conocer y cumplir con los cinco momentos de higiene de manos, realizando higiene de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente y su entorno, hacer curaciones, manipular dispositivos, tener contacto con fluidos del paciente, y antes de administrar medicamentos a cualquier paciente, sobre todo si se trata de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido.
- El personal médico, deberá indicar, que se proporcione al paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, los alimentos dentro de su habitación, no comparta sus alimentos, verificar que el paciente se lave las manos antes de comer y después de ir al baño, y que no preste sus objetos de uso personal a otros pacientes para disminuir el riesgo de contagio.
- El personal médico y de enfermería, deberá verificar, que el personal de intendencia efectué la limpieza y desinfección adecuada de la habitación y así como indicar aseo por separado de los objetos de uso del paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido durante su permanencia en el servicio (utensilios de alimentación y la ropa de cama del paciente).
- El personal de salud, deberá brindar educación sobre prácticas de control de infecciones a los pacientes, cuidadores y visitantes.
- El personal médico, de enfermería y de laboratorio clínico, deberá cumplir con las medidas básicas de seguridad y con el manejo de los RPBI (Residuos peligrosos biológico infecciosos) depositando en los contenedores de bolsa roja para tal efecto, localizados en cada uno de los tratamientos, TEC, laboratorio clínico y APC.
- La subdirección de Servicios Generales deberá supervisar que el personal de mantenimiento cumpla con el procedimiento establecido para la recolección y manejo de los RPBI (Residuos peligrosos biológico infecciosos) indicado en el Plan de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (horario, ruta, portando gorra cubre boca y guantes). **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

Egreso de pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido:

- Verificar, el personal médico y de enfermería, que el personal de intendencia efectué la limpieza y desinfección adecuada de la habitación una vez dado de alta al paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, así como indicar que no podrá utilizarse la habitación hasta 24 hrs después de ser efectuada la limpieza y desinfección de la misma. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**
- Efectuar, el personal de intendencia, la limpieza y desinfección constante del servicio de APC y de los consultorios en los que se haya proporcionado atención al paciente con enfermedad infectocontagiosa; así como efectuar la limpieza y desinfección, en su caso, por el uso de la ambulancia institucional para traslado del paciente con enfermedad infectocontagiosa. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

Competencias del personal involucrado en el proceso de atención.

- Para la atención de pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido la Institución cuenta con:
  - Médicos especialistas en psiquiatría capacitados en el diagnóstico y tratamiento de los cuadros infecciosos comunes adquiridos en la comunidad como respiratorios, gastrointestinales, urinarios, dermatológicos.
  - Un médico internista para el apoyo del diagnóstico y tratamiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Enfermeras especialistas en psiquiatría capacitadas para brindar los cuidados generales de enfermería que se requieran.
- Todo el personal de salud deberá conocer y aplicar correctamente las técnicas universales de asepsia y antisepsia.
- Todo el personal de salud deberá conocer y aplicar correctamente las políticas y el procedimiento en el manejo de los pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido establecidas para su atención dentro de la Institución.
- Conocer, el personal médico, de enfermería y de laboratorio clínico, las medidas básicas de seguridad y el procedimiento establecido para el manejo de los RPBI (Residuos peligrosos biológico infecciosos) indicado en el Plan de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- Todo el personal de salud deberá conocer y aplicar la técnica correcta de higiene de manos. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

Disponibilidad y uso de equipo especializado.

- Para la atención de pacientes con enfermedad contagiosa o inmunodeprimido, la Institución cuenta con:

a) Habitaciones individuales en los extremos de las áreas, en T-I hombres y en T-II mujeres con aislamiento parcial.
b) Área de laboratorio clínico para realizar estudios de rutina como: biometría hemática con diferencial, exudados faríngeos, exudados vaginales, exámenes generales de orina y urocultivos.
c) Dentro del cuadro básico de medicamentos se cuenta con los antibióticos de uso común para el tratamiento de enfermedad infectocontagiosas adquiridas en la comunidad.
d) Insumos necesarios para el manejo de pacientes con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimidos como equipo de protección contra riesgos biológicos (batas, botas, cubrebocas, guantes desechables), jabón líquido, gel alcoholado, material de limpieza para la desinfección.
e) Contenedores de bolsa roja para la recolección de los Residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) localizados en cada uno de los tratamientos, TEC, laboratorio clínico y APC. **Ver proceso COP.10.6 y Ver proceso AOP10.7**

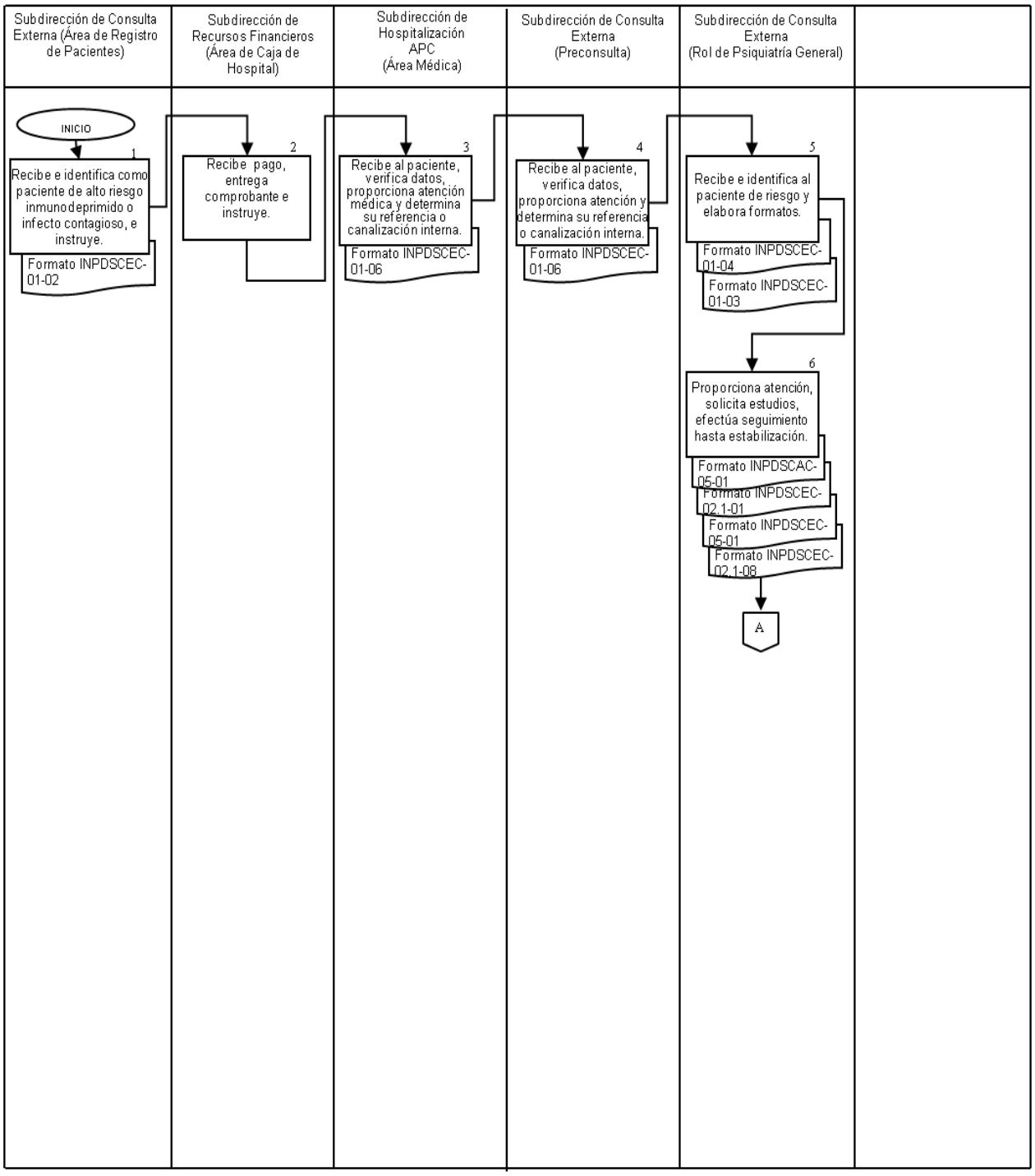
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Consulta Externa (Área de Registro de Pacientes)	**1**	Recibe paciente e identifica como paciente de alto riesgo inmunodeprimido o infecto-contagioso, verifica datos de identificación mediante Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro, informa No. de expediente e indica pase a pagar a la caja.	INPDSCEC-01-02
Subdirección de Recursos Financieros (Área de Caja de Hospital)	**2**	Recibe pago de paciente y/o familiar, entrega comprobante de pago e indica pase a la toma de los signos vitales al módulo de enfermería.	
Subdirección de Hospitalización APC (Área Médica)	**3**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, elabora triage, proporciona atención médica y determina su referencia o canalización interna. a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, o que por su condición médica de infecto-contagioso o inmunodeptimido así lo amerite, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia b) Canaliza al área de preconsulta en caso de paciente de primera vez (pasa a la actividad siguiente). c) Canaliza al área de consulta externa en caso de ser paciente de la institución, (pasa a la actividad 7). d) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Preconsulta)	**4**	Recibe al paciente, se presenta, verifica datos de identificación, proporciona atención medica y determina: a) Referencia a otra unidad de salud por no ser sujeto de atención en la institución, elabora Formato INPDSCEC-01-06 Formato de Referencia y Contrarreferencia. b) Canaliza a rol de psiquiatría general para elaboración de historia clínica, (pasa a la actividad siguiente). c) Propone internamiento, (pasa a la actividad 8).	INPDSCEC-01-06
Subdirección de Consulta Externa (Rol de Psiquiatría General)	**5**	Recibe al paciente, se presenta, identifica como paciente en riesgo como inmunodeprimido o infecto-contagioso, mediante Formato INPDSCEC-01-04 Evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad, elabora Formato INPDSCEC-01-03 Historia clínica.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03
	6	Proporciona atención médica, elabora Formato INPDSCAC-05-01 Solicitud de estudios de laboratorio (con antibiograma y/o INPDSCEC-02.1-01gabinete en su caso, prescribe tratamiento farmacológico integral de acuerdo al antibiograma INPDSCEC-05-01 y resultados de estudios de gabinete INPDSCEC-04-08 y efectúa seguimiento de padecimiento medico psiquiátrico, hasta	INPDSCAC-05-01 INPDSCEC-02.1-01 INPDSCEC-05-01 INPDSCEC-02.1-08

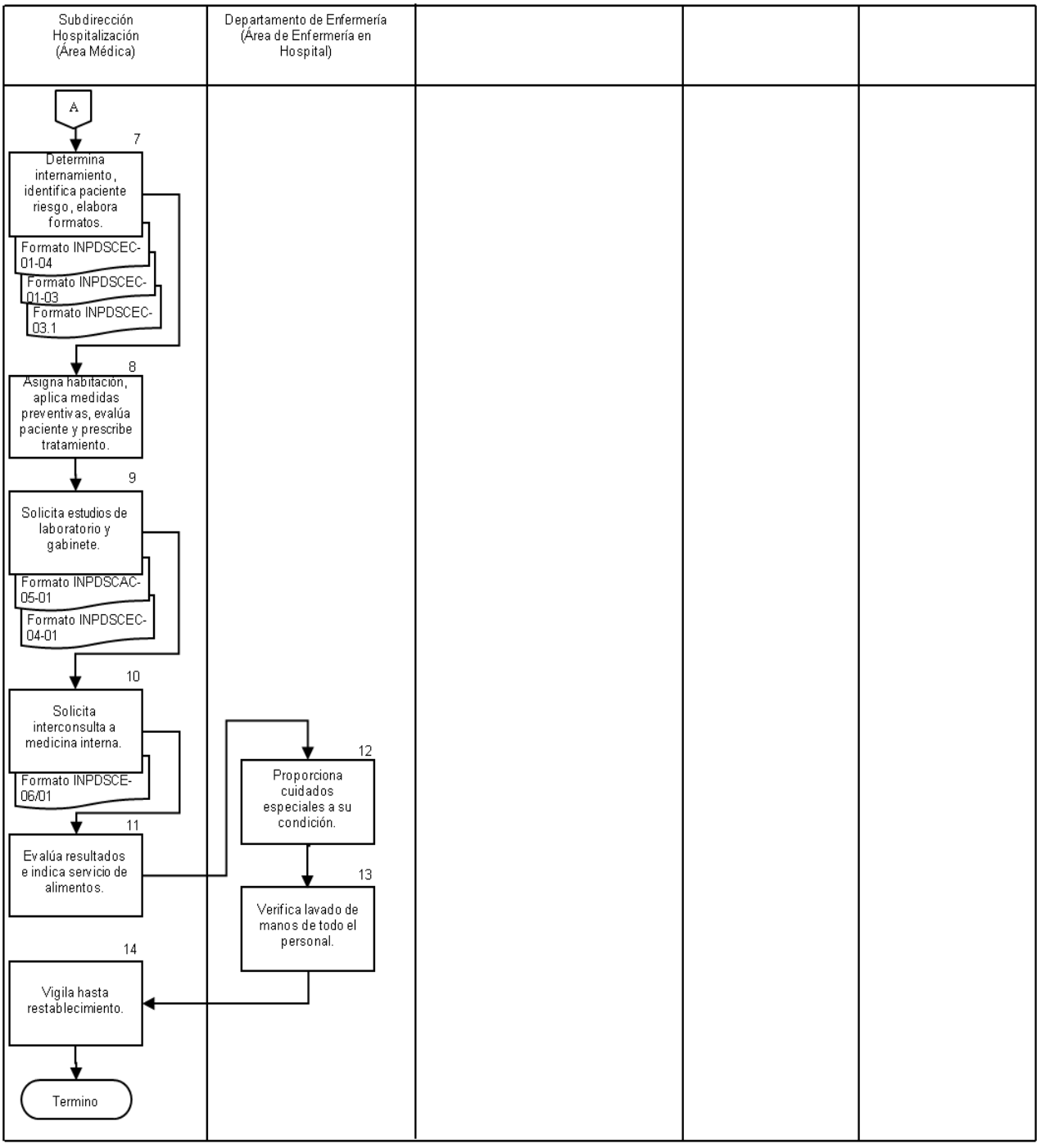
Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
		su estabilización. **Termina Procedimiento**	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**7**	Determina internamiento, identifica como paciente en riesgo con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido, mediante el formato de evaluación inicial de riesgos y vulnerabilidad INPDSCEC-01-04, elabora historia clínica INPDSCEC-01-03 en caso internamiento de primera vez y nota de ingreso INPDSCEC-03.1.	INPDSCEC-01-04 INPDSCEC-01-03 INPDSCEC-03.1
	8	Asigna habitación individual en los extremos de las áreas de TI y TII, con aislamiento parcial, y aplicación de medidas preventivas e higiénicas correspondientes. Evalúa paciente, y prescribe tratamiento farmacológico de acuerdo a su condición de su enfermedad contagiosa o de inmunodeprimido.	
	9	Solicita estudios de laboratorio INPDSCAC-05-01 y gabinete INPDSCEC-04-01 de acuerdo a la condición médica del paciente.	INPDSCAC-05-01 INPDSCEC-04-01
	10	Solicita interconsulta al servicio de medicina interna en el instituto, si así lo requiere el paciente de acuerdo a su condición de su enfermedad contagiosa o de inmunodeprimido.	
	11	Evalúa resultados de los estudios y en su caso reorienta tratamiento adecuado de acuerdo a su condición de su enfermedad contagiosa o de inmunodeprimido, e indica el servicio de alimentos dentro de su habitación.	
Departamento de Enfermería (Área de Enfermería en Hospital)	**12**	Proporciona cuidados especiales de acuerdo a su condición de su enfermedad contagiosa o de inmunodeprimido.	
	13	Verifica que todo el personal se lave las manos antes de entrar a visitar a cualquier paciente, sobre todo si se trata de paciente con enfermedad infectocontagiosa o inmunodeprimido.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**14**	Vigila hasta el restablecimiento de su trastorno psiquiátrico que determinó la hospitalización.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Atención externa:** Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

8.2 **Proceso de atención al paciente:** el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

8.3 **Triage**: Instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

8.4 **Interconsulta:** Se define como otros Servicios dentro y fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como medicina interna, neurología, clínicos, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

8.5 **Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

8.6 **Referencia:** Canalización de aquellos usuarios que por sus necesidades o requerimientos específicos de su padecimiento, requieran recibir atención de otra especialidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-02 Ficha de Registro.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

10.3 Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-03 Historia Clínica.
10.5 Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-04.- Evaluación Inicial de Riesgos de Vulnerabilidad.
10.7 Formato INPDSCEC-01-07 Nota de Interconsulta.
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-07 Nota de Interconsulta.
10.9 Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia/Contrarreferencia.
10.10 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-06 Nota de Referencia/Contrarreferencia
10.11 Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.12 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03.1- Nota de Ingreso.
10.13 Formato INPDSCEC-04-01 Solicitud de Servicio de Imagen
10.14 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-04-01 Solicitud de Servicio de Imagen
10.15 Formato INPDSCEC-04-08 Interpretación de Estudios de Imágenes Cerebrales.
10.16 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-04-08 Interpretación de Estudios de Imágenes Cerebrales.
10.17 Formato INPDSCAC-05-01.- Solicitud de Estudios de Laboratorio.
10.18 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCAC-05-01.- Solicitud de Estudios de Laboratorio.
10.19 Formato INPDSCEC-05-01 Resultados de Estudios de Laboratorio.
10.20 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-05-01 Resultados de Estudios de Laboratorio.
10.21 Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.
10.22 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-08.- Registro de signos vitales y somatometría.

19. PROCEDIMIENTO PARA EL REPORTE DE CUASIFALLAS, EVENTO ADVERSO Y EVENTO CENTINELA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Identificar registrar y reportar al Subcomité de Seguridad del Paciente, la presencia de Cuasifallas, Eventos Adversos y Evento Centinela, que se generen en la Subdirección de Hospitalización (APC)

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Subdirección de Hospitalización (Área Médica) y al Subcomité de Seguridad del Paciente.

2.2 A nivel externo no aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al personal médico para que identifique una Cuasifalla en medicación, esta puede ser:
  - Anotar el nombre incorrecto del medicamento en la receta médica o en el expediente clínico.
  - Anotar la presentación incorrecta del medicamento en la receta médica o en el expediente clínico.
  - Anotar la prescripción incorrecta en la receta médica o en el expediente clínico.
- Instruir al personal médico para que reporte la Cuasifalla en medicación en el formato INPDSCEN-07-06
- Instruir al personal médico para que entregue el reporte de la Cuasifalla en el formato INPDSCEN-07-06 al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.
- Instruir al personal médico para que conozca que un Evento Adverso solo en ocasiones es un Evento Centinela.
- Instruir al personal médico para que identifique un Evento Centinela como un Evento Adverso.
- Instruir al personal médico para que reporte el Evento Adverso en el formato INPDSCEN-07-06 Cedula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos
- Instruir al personal médico para que entregue el reporte del Evento Adverso al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en el formato INPDSCEN-07-06 Cedula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.
- Instruir al personal médico para que reporte el Evento Centinela en el formato INPDSCEN-07-06 y haga también el reporte de éste, como Evento Adverso.
- Instruir al personal médico para que entregue el formato INPDSCEN-07-06 con ambos reportes, el reporte del Evento Centinela y el reporte del Evento Adverso, al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente, a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del Área Médica es responsable de:

- Identificar que un Evento Adverso de acuerdo a la definición establecida.

  EVENTO ADVERSO: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica y otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.
  - Intento de suicidio de leve a moderada letalidad.
  - Autolesiones leves a moderadas.

- Agresión en contra de terceros que no deja lesiones.
- Daño a las instalaciones y/o equipo por conducta agresiva.
- Error en la prescripción médica que genera molestias leves a moderadas en el paciente.
- Error en la transcripción de indicaciones.
- Error en la ministración de medicamentos.
- Efectos secundarios de los medicamentos que generan malestar moderado en el paciente.

- Identificar que Evento Centinela de acuerdo a la definición establecida.

  EVENTO CENTINELA: Involucra la presencia de heridas física o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que todos los eventos centinela son eventos adversos graves, pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinela.

  - Suicidio Consumado
  - Intento suicida de alta letalidad que deje secuelas físicas permanentes
  - Agresión en contra de terceros que genere lesiones que tardan en sanar: pacientes, familiares, cuidadores, visitantes, personal de la Institución, personal subrogado.
  - Efectos secundarios de los medicamentos que pueden ser idiosincráticas que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente.
  - Error en la prescripción médica que pone en riesgo la vida e integridad del paciente.
  - Adquirir infección nosocomial
- Identificar que una cuasifalla de acuerdo a la definición establecida.

  CUASIFALLA (CUASI-ERROR): Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna; la cuasifalla nos permite tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros.

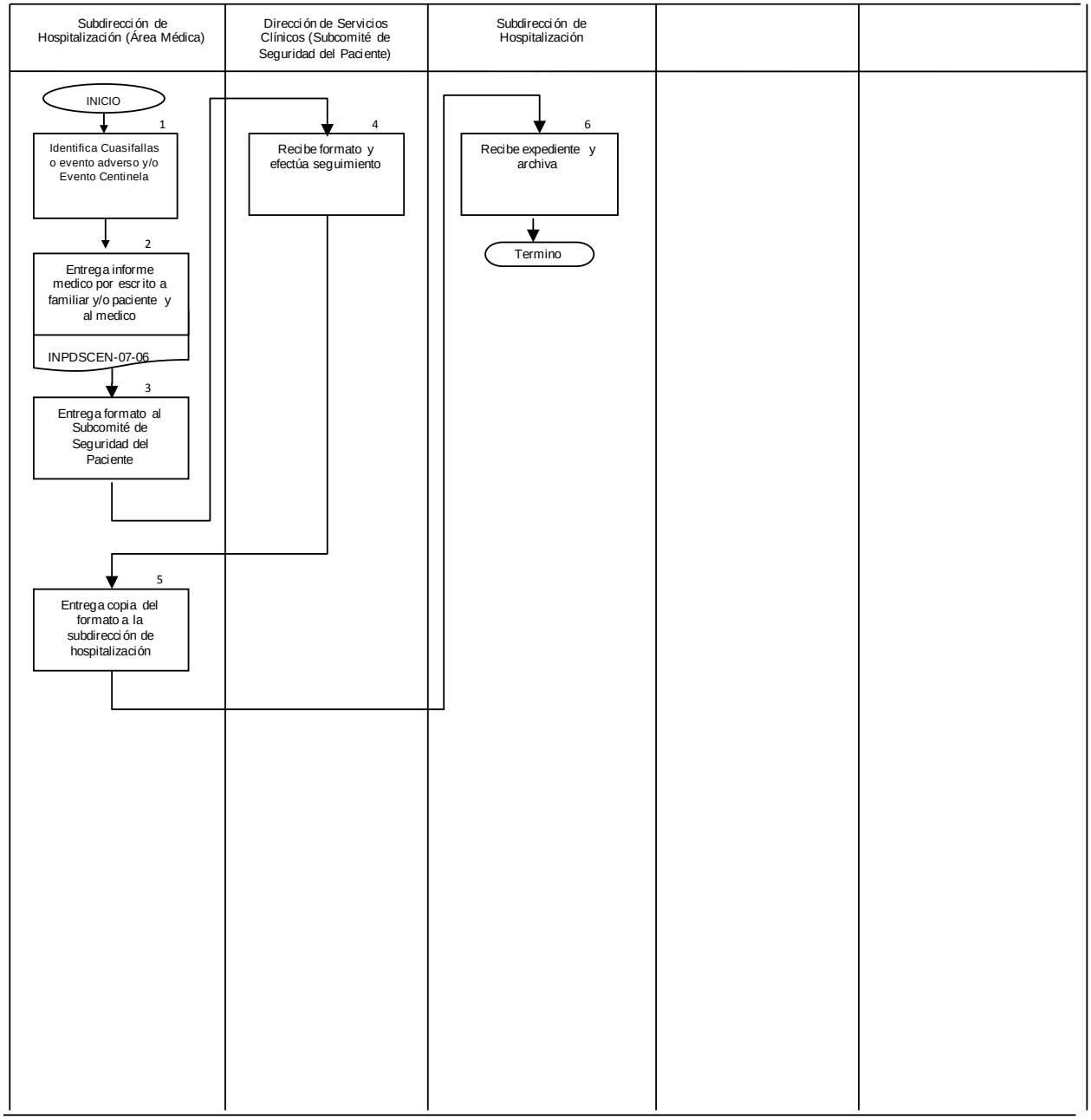
  - Errores en el registro de la información en los documentos de expedientes clínico.
  - Errores en la prescripción en las indicaciones médicas.
  - Errores en la elaboración de recetas.
  - Errores en las solicitudes de laboratorio y/o gabinete.
- Requisitar el formato INPDSCEN-07-06 de Cuasifallas en medicación mediante una descripción completa de la Cuasifalla
- Entregar el reporte de la Cuasifalla al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente, en el formato INPDSCEN-07-06 a más tardar dos días hábiles después de ocurrida la Cuasifalla.
- Considerar al Evento Centinela como un Evento Adverso.
- Reportar el Evento Centinela en el formato INPDSCEN-07-06 Cedula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos, hacer el reporte de éste también como Evento Adverso y entregarlo, al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente, a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.
- Considerar que un Evento Adverso, solo en ocasiones es un Evento Centinela.

  Reportar el Evento Adverso en el formato INPDSCEN-07-06 y entregar el reporte del Evento Adverso al Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente, a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**1**	Identifica Cuasifalla en medicación o Evento Adverso y/o Evento Centinela.	
	2	Requisita formato INPDSCEN-07-06 de Cuasifalla o Evento Adverso y/o Evento Centinela.	INPDSCEN-07-06
	3	Entrega el formato INPDSCEN-07-06 de la Cuasifalla o Evento Adverso y/o Evento Centinela, al Subcomité de Seguridad del Paciente a más tardar dos días hábiles después de ocurrido el evento.	
Dirección de Servicios Clínicos (Subcomité de Seguridad del Paciente)	**4**	Recibe formato INPDSCEN-07-06 de Cuasifalla o Evento Adverso y/o Evento Centinela. Registra acuse de recibido en copias de los mismos, efectúa seguimiento correspondiente.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica)	**5**	Entrega copia del formato de Cuasifalla o Evento Adverso y/o Evento Centinela, con acuse de recibido del Subcomité de Seguridad del Paciente a la Subdirección de Consulta Externa.	
Subdirección de Hospitalización	**6**	Recibe copia del formato de Cuasifalla o Evento Adverso y/o Evento Centinela y archiva en expediente correspondiente.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Registro de cancelación de citas	1 Año	Subdirección de Consulta Externa	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Cuasifalla**: Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna, estas nos permiten tener la ganancia del aprendizaje y podemos prevenir errores futuros.

8.2 **Evento Adverso**: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

8.3 **Evento Centinela**: Involucra la presencia de heridas físicas o psicológicas graves, la presencia de la muerte inesperada o el riesgo potencial de que esto ocurra, de tal forma que podemos decir que todos los eventos centinela son eventos adversos graves, pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinelas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEN-07-06. Cedula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos

10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEN-07-06. Cedula de Medición de Riesgos y Eventos Adversos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

20. PROCEDIMIENTO PARA EVACUACION DE LAS INSTALACIONES EN CASO DE EMERGENCIA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Dar a conocer el procedimiento para salvaguardar en caso de emergencia la seguridad del paciente, sus familiares, cuidadores, visitantes y personal de salud que se encuentra en el área de servicios clínicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Servicios Clínicos, a la Subdirección de Hospitalización (Áreas y Departamentos adscritos), a la Subdirección de Consulta Externa (Áreas y Departamentos adscritos).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes, sus familiares, cuidadores y visitantes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Elaborar procedimiento de evacuación de las instalaciones en caso de situaciones de emergencia
- Contar, coordinar y difundir al personal de salud plan de evacuación del inmueble en caso de sismo, amenaza de artefacto explosivo e incendio
- Instruir al personal médico y de enfermería que si durante el evento de evacuación de las instalaciones en caso de situaciones de emergencia hubiera alguna persona paciente o personal que sufriera alguna lesión o perdiera el conocimiento organizaran brigada de rescate para sacar del inmueble a la persona lesionada.
- Instruir al personal médico y de enfermería para que brinden atención médica de soporte a las personas, paciente o al personal lesionado.
- Realizar si el caso lo requiere el traslado en ambulancia de la Institución o a través de servicio de ambulancia externa, al paciente o al personal lesionado a unidad médica del sector salud correspondiente.
- Llevar a cabo si se requiere referir/trasladar a un paciente lesionado de acuerdo al procedimiento de egreso por referencia/traslado.
- Instruir al personal de trabajo social para que informe vía telefónica de la referencia/traslado al familiar responsable del paciente, si éste no estuviera presenta en el momento del evento.
- Programar cursos de capacitación para el personal médico adscrito, personal médico residente y personal de enfermería en:
  - RCP
  - Manejo de Extintores
  - Evacuación en caso de desastres programando al menos 2 simulacros al año
- Difundir Manual de Protección civil cada año en el mes de marzo cuando llegan los nuevos residentes a la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.
- Instruir que personal médico de nuevo ingreso de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, deberán ser capacitados por el área Protección Civil.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Difundir procedimiento de evacuación de las instalaciones en caso de situaciones de emergencia.
- Capacitar al personal médico y de enfermería para atención en caso de situaciones de emergencia.
- Coordinar procedimiento de evacuación de las instalaciones en caso de situaciones de emergencia.

3.2 La Dirección de Servicios Clínicos a través de la Subdirección de Hospitalización y la Subdirección de Consulta Externa (personal adscrito) será responsable de:

- Dar los avisos correspondientes en el siguiente orden de personal, de acuerdo al Código de Colores para Seguridad Hospitalaria de la Organización Mundial de la Salud, Código Blanco, Rojo, Verde, Amarillo, Omega:
  - La secretaria del área
  - El coordinador del área
  - Personal del área
- Comunicarse telefónicamente en días hábiles a las siguientes extensiones:
  a) En caso Código Blanco, Rojo, Verde, Amarillo, Omega en el siguiente orden:
     - Protección Civil 5422
     - Vigilancia Extensión 5411
     - Mantenimiento Extensión 5364
  b) Deberán comunicarse telefónicamente en días NO hábiles a Vigilancia Extensión 5411, especificando código activado y área precisa de la emergencia ejemplo:
     - Código Rojo en Consulta Externa Módulo A consultorio 1
     - Código Verde en Edificio de Especialidades Segundo Piso consultorio 2
     - Código Amarillo en Hospital Tratamiento I habitación 3.
- Dar los avisos correspondientes en el siguiente orden de personal, de acuerdo al Código de Colores para Seguridad Hospitalaria de la Organización Mundial de la Salud, Código Morado:
  a) En la Subdirección de Consulta Externa:
     - La secretaria del área
     - El coordinador del área
     - Personal del área
  b) En el Hospital:
     - La enfermera del área
     - El personal médico adscrito o el personal médico residente del área
     - El personal de trabajo social del área
- Conocer y llevar a cabo el procedimiento marcado en el Manual de Procedimientos de Emergencia de Protección Civil.
- Comunicarse telefónicamente en días hábiles a las siguientes extensiones:
  - Vigilancia Extensión 5411
  - Atención Psiquiátrica Continua Extensión 5241
- Deberán comunicarse telefónicamente en días NO hábiles a:
  - Vigilancia Extensión 5411
  - Atención Psiquiátrica Continua Extensión 5241
  - Residencia Médica Extensión 5243
- Especificar el código activado Morado y área precisa de la emergencia ejemplo:
  - Código Morado en Consulta Externa Módulo A consultorio 1

- Código Morado en Edificio de Especialidades Planta Baja consultorio 2
- Código Morado en Hospital Tratamiento I habitación 3
- Código Morado en Atención Psiquiátrica Continua

- Conocer y llevar a cabo en caso de Código Morado el procedimiento Paciente Agitado y Agresivo de acuerdo al Manual de Procedimientos de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.
- Dar los avisos correspondientes en el siguiente orden de personal, de acuerdo al Código de Colores para Seguridad Hospitalaria de la Organización Mundial de la Salud. Código Rosa que en la Institución es asimilable a Abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica y Abandono del servicio de Atención Psiquiátrica Continúa sin autorización médica.
  - La enfermera del área
  - El personal médico adscrito o el personal médico residente del área
  - El personal de trabajo social del área
- Comunicarse telefónicamente en días hábiles a las siguientes extensiones:
  a) Vigilancia Extensión 5411
  b) Médico Adscrito del área
     - Consultorio Médico Adscrito TI Extensión 5231
     - Consultorio Médico Adscrito TIII Extensión 5236
     - Consultorio Médico Adscrito TV Extensión 5467
     - Consultorio Médico Adscrito APC Extensión 5240
  c) Subdirección de Hospital Extensión 5229.
- Deberán comunicarse telefónicamente en días NO hábiles a:
  - Vigilancia Extensión 5411
  - Atención Psiquiátrica Continua Extensión 5241
  - Residencia Médica Extensión 5243
- Especificar el código activado Rosa y área precisa de la emergencia ejemplo:
  - Código Rosa en Consulta Externa Módulo A consultorio 1
  - Código Rosa en Edificio de Especialidades Planta Baja consultorio 2
  - Código Rosa en Hospital Tratamiento I habitación 3
- Conocer y llevar a cabo en caso de Código Rosa el procedimiento Egreso por Abandono de la unidad hospitalaria sin autorización médica en Hospital y en Atención Psiquiátrica Continua de acuerdo al Manual de Procedimientos de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) EVACUACION DE LAS INSTALACIONES EN CASO DE EMERGENCIA

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Comité Interno de Protección Civil y/o Personal de todo el Instituto	**1**	Suena alarma de forma automática o manual (por simulacro o algún tipo de situación de emergencia).	
Subdirección de Hospitalización (Departamento de Enfermería - Área de Enfermería en Hospitalización)	**2**	Abre las dos hojas de la puerta de emergencia entre TI y TII.	
	3	Saca silla de ruedas y maleta de atención en caso de desastre.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital y Área de Enfermería en Hospitalización)	**4**	Entran a las áreas y dan instrucciones de evacuación a los pacientes. Procede: Si: los sacan y los guían formando una valla para salir por la puerta entre TI y TII. Sigue en el punto 5. No les indican ubicarse en las zonas de seguridad señaladas con los letreros correspondientes y aplicar la técnica de triangulo de vida.	
	5	Dirigen a los pacientes a los puntos de reunión señalados en color verde en el estacionamiento frente al edificio de imágenes cerebrales.	
Servicios Generales Personal de Vigilancia y/o Comité Interno de Protección Civil	**6**	Entran a revisar el inmueble pueden regresar a las instalaciones. Procede: Si. Es seguro indica al personal médico y de enfermería que pacientes, cuidadores y personal pueden regresar a las instalaciones. Pasa a la actividad siguiente. No. pacientes, cuidadores y personal deben seguir las instrucciones de las autoridades de protección civil.	
	7	Indican que pueden regresar a las instalaciones.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital y Área de Enfermería en Hospitalización)	**8**	Dan la indicación de que pueden regresar. Cuentan y verifican que todos los pacientes hayan regresado a sus habitaciones.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

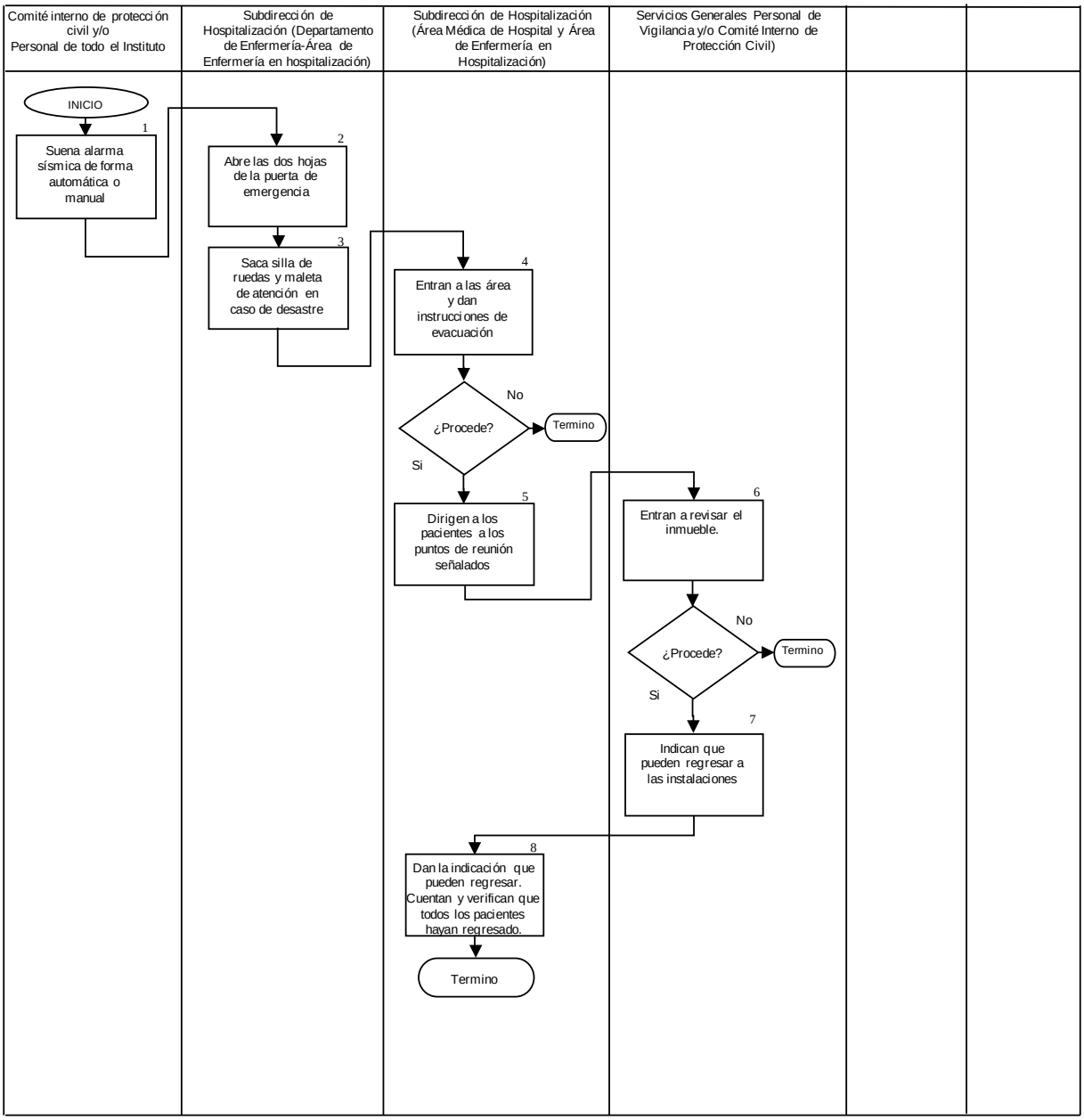
B) ATENCION MÉDICA PARA PACIENTES, FAMILIARES, CUIDADORES, VISITANTES Y PERSONAL DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital y Área de Enfermería en Hospitalización)	**1**	Detectan durante la situación de emergencia persona, paciente o personal que sufriera alguna lesión o perdiera el conocimiento, organizan brigada de rescate para sacar del inmueble a la persona lesionada.	
	2	Brindan atención médica de soporte a la persona, paciente o al personal lesionado o con pérdida del conocimiento.	
Subdirección de Hospitalización (Área Médica de Hospital)	**3**	Valoran estado de la persona, paciente o personal, determinan si requiere traslado de la Institución a otra unidad médica del sector salud Procede: Si. En caso de tratarse un paciente lesionado se procede de acuerdo al procedimiento de egreso por referencia/traslado. En caso referir a personas o personal de la Institución se realiza el traslado en ambulancia de la Institución o a través de servicio de ambulancia externa a servicio médico correspondiente. No. Se restablece persona, paciente o persona Termina procedimientoInforma al área de trabajo social a fin de que realice procedimiento de acuerdo al caso.	
Subdirección de Hospitalización (Área de Trabajo Social en Hospitalización)	**4**	Realiza trámites para uso ambulancia de la Institución o llamado a Servicio de Ambulancia Externa.	
	5	Informa vía telefónica de la referencia/traslado al familiar responsable del paciente, si éste no estuviera presenta en el momento del evento.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

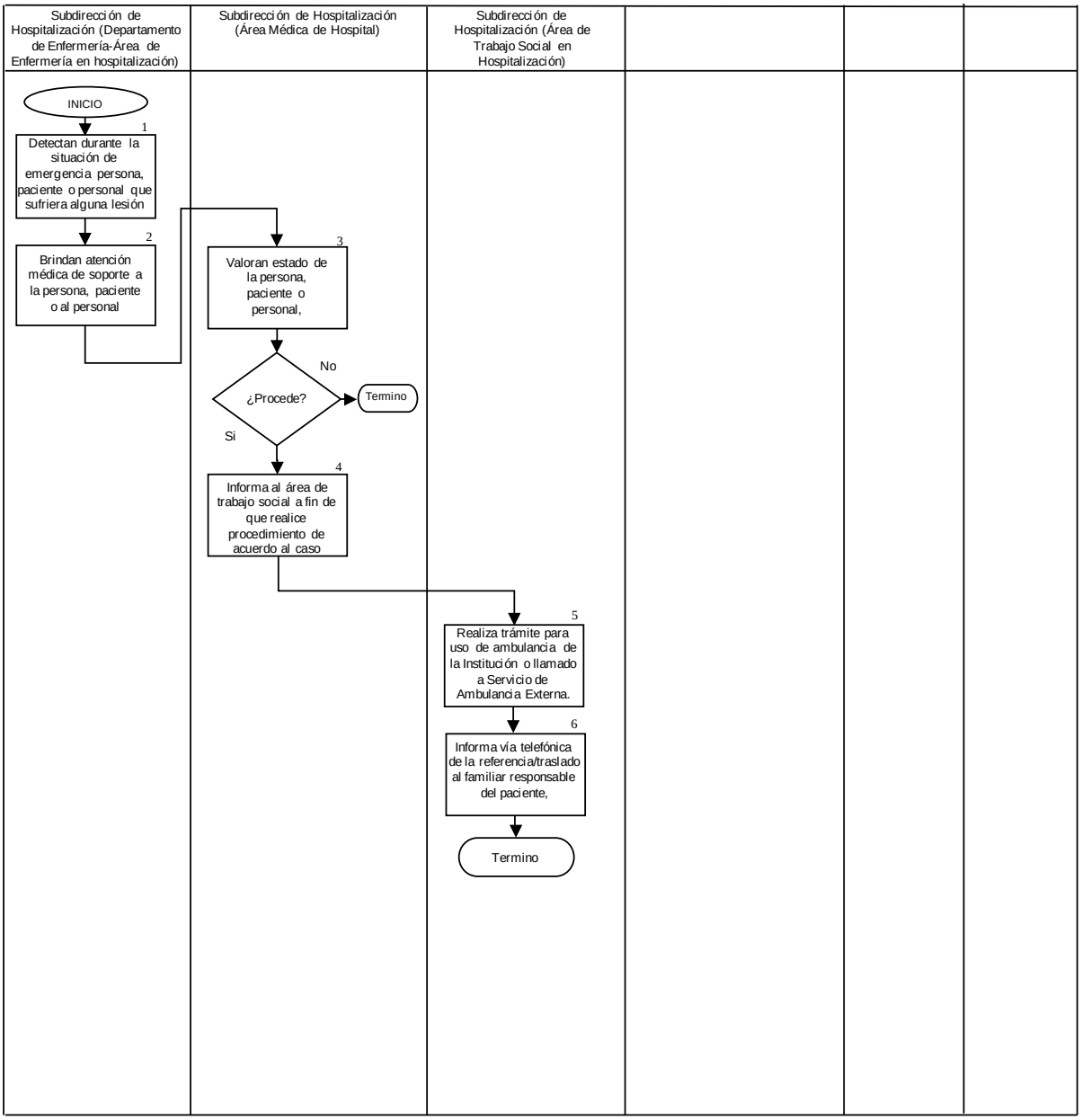
5. DIAGRAMA DE FLUJO

A) EVACUACION DE LAS INSTALACIONES EN CASO DE EMERGENCIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

B) ATENCION MÉDICA PARA PACIENTES, FAMILIARES, CUIDADORES, VISITANTES Y PERSONAL DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Situaciones de emergencia** (manual de procedimientos para atención de emergencias protección civil INP-RFM): Sismo, Incendio, Amenaza con artefacto explosivo, Derrames de sustancias químicas, Derrames de materiales radiactivos, Derrame de residuos biológico infeccioso (RPBI), Inundación, Actividad volcánica (caída de ceniza) y fuga de gas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

21. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DEL RESUMEN CLINICO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

1. PROPÓSITO

Cumplir con el derecho a la información que tienen los usuarios externos, de recibir por escrito si así lo solicitan, información sobre su diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Hospitalización, al Área Médica de Hospital y al Área Médica de Atención Psiquiátrica Continua.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que se encuentran o estuvieron hospitalizados en el Área de Hospital, o que han sido atendidos en el Área de Atención Psiquiátrica Continua.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- Planificar y asegurar que se brinde la atención al paciente que resulte de la integración, coordinación y continuidad de cada uno de los procesos de la atención médica especializada, desde la solicitud del usuario o paciente al servicio de preconsulta o APC, hasta el término de su tratamiento en cada uno de los servicios prestados tanto ambulatorios, hospitalarios, de laboratorio, gabinete e interconsultas y de apoyo; documentando la atención, los hallazgos de las evaluaciones, el diagnóstico y tratamiento planificado en los formatos correspondientes, para cada paciente.
- Elaborar el personal de salud del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz los formatos que integran el expediente clínico de acuerdo con los requerimientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, y de acuerdo con lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales.
- Entregar, el personal médico, al familiar responsable y/o al paciente que se va de alta hospitalaria, original del Formato Resumen Alta Hospitalaria, para que el paciente pueda dar seguimiento a su egreso; recabando en la copia del formato, firma de recibido del paciente y/o familiar responsable, y anexando la misma en el expediente clínico del paciente.
- Entregar, el personal médico de la Subdirección de Hospitalización, al familiar responsable y/o al paciente que se va de alta, original de las indicaciones de egreso hospitalario y el recordatorio de toma de medicamentos, para cubrir la continuidad de su atención en el hogar; recabando en la copia firma de recibido del paciente y/o familiar responsable, y anexando la misma en el expediente clínico del paciente.
- Precisar, el personal médico de la Subdirección de Hospitalización, al familiar responsable y/o al paciente que se va de alta, las recomendaciones y cuidados que deberán seguir el paciente, el recordatorio de la toma de medicamentos; la fecha y hora de las citas en Consulta Externa o consultas en otra institución, así como la indicación de acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) en caso de que el paciente así lo requiera.
- Conocer y respetar los derechos a la información de los pacientes, con base en el cumplimiento a las políticas de confidencialidad y de protección de datos personales, establecidas en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás normativa aplicable en materia**.**
- Coparticipar y conducir, los Directivos de la Institución, los procesos de atención médica que se proporcionan a los pacientes y sus familiares en apego a los derechos de los pacientes, para garantizar una atención de calidad y seguridad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se han elaborado todos los formatos que conforman al expediente clínico de los pacientes de acuerdo con los requerimientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, y de acuerdo con lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales.
- Elaborar, el personal de salud, los documentos que integran el expediente clínico de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y conforme a los requerimientos solicitados por los Estándares de Certificación de Hospitales vigentes.
- Requisitar, el personal médico, los formatos donde se documentan las evaluaciones realizadas y la atención brindada al paciente por el personal del área médica, Historia Clínica, Nota de Ingreso, Evaluación Inicial de Riesgos y Vulnerabilidad, Cita Subsecuente, Nota de Evolución e Indicaciones Médicas, de acuerdo al instructivo de llenado correspondiente; integrándolos al Expediente Clínico sin enmendaduras, ralladuras, tachaduras, omisiones, hojas sucias o datos sobrepuestos; con letra clara y legible; en caso de equivocación durante el llenado de un registro clínico, escribir entre comillas o paréntesis la palabra “error” y anotar enfrente los datos correctos.
- Observar el personal de salud del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, una conducta de respeto a los Derechos Humanos del Paciente Psiquiátrico a los principios establecidos en la Declaración de Lisboa Asociación Mundial sobre Derechos del Paciente y a la Ley General de Salud y su Reglamento.

3.1 La Subdirección de Hospitalización será responsable de:

- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente, al personal de trabajo social y al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua conozcan que es derecho de todo paciente hospitalizado o que haya estado hospitalizado y de su representante (pudiendo ser el familiar responsable), previa acreditación solicitar informe médico por escrito.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen a todo paciente hospitalizado y su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que si lo requieren pueden solicitar informe médico por escrito.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que el informe médico por escrito que elabora la Institución NO tiene validez para fines legales ni constituye un peritaje psiquiátrico, como consta en el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable), que el informe médico por escrito que elabora la Institución es de exclusivamente de uso médico, como consta en el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que soliciten informe médico por escrito el procedimiento para su trámite.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que el procedimiento para el trámite de informe médico por escrito consiste en entregar formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado únicamente los martes de 9 a 12 horas al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que la entrega

del informe médico por escrito es únicamente los martes de 9 a 12 horas, ocho días naturales después de que el personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V haya recibido debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.

- Solicitar al representante (pudiendo ser el familiar responsable) o el paciente si ya fue dado de alta, el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V los martes de 9 a 12 horas.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua:
- Atender los martes de 9 a 12 horas, al su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente
- Entregar el formato Solicitud de Informe Médico formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria
- Explicar llenado del mismo, sobre todo señalar que no se recibirá el formato si no cuenta con el nombre y firma del paciente.
- Requisitar correctamente el representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o el paciente el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria. Anotar fecha y hora, nombre del paciente, número de expediente, anotar en que tratamiento de TI a TV se encuentra hospitalizado el paciente, número de cama/habitación, nombre del médico tratante, nombre y firma del paciente, nombre y firma de su representante (pudiendo ser el familiar responsable), parentesco. Marcar con una cruz para qué se va a utilizar el informe médico:
  - Justificar incapacidad laboral
  - Justificar faltas escolares
  - Informe clínico para médico de otra Institución, sin copia de resultados de estudios.
  - Informe clínico para médico de otra Institución, con copia de resultados de estudios.
  - Archivo personal, sin copia de resultados de estudios.
  - Archivo personal, con copia de resultados de estudios.
  - Otros (especificar).
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua no recibir el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria si éste no está debidamente requisitado, sobre todo si no cuenta con el nombre y firma del paciente.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua a recibir el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado y anotar en libreta la de solicitud y entrega de informes médicos por escrito, la recepción de la solicitud.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua entregar el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado al médico residente de primer año responsable del paciente para que elabore informe médico por escrito.
- Constancia de Hospitalización formato INPDSCEC-03-05.2 Es el formato más breve en el que consta que el paciente está hospitalizado, generalmente para escuela o trabajo, con menor información.
- Constancia de Hospitalización y alta formato INPDSCEC-03-05.1
- Instruir al personal médico residente de primer año que entregue fotocopia de resultados de estudios realizados, si así lo solicita el paciente y su representante (pudiendo ser el familiar responsable).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Instruir al personal médico residente de primer año que elabora el informe médico anote en el mismo su nombre completo, cédula profesional y firma.
- Instruir al personal médico residente de primer año recabe firma de la Subdirección de Hospital o en su ausencia de médico psiquiatra adscrito.
- Instruir al personal médico residente de primer año entregue por duplicado el informe médico debidamente requisitado al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua entregue el informe médico al representante del paciente (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente, recabando en la copia firma de recibido del representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua anote en libreta de solicitud y entrega de informes médicos que hace entrega del mismo al representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente, recabando firma de recibido en dicha libreta.
- Instruir al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua entregue copia de informe médico con firma de recibido de su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente al médico tratante residente de primer año para que lo anexe al expediente clínico.
- Instruir al personal médico residente de primer año recibir del personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, copia del informe médico con firma de recibido de su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente.
- Instruir al personal médico residente de primer año integrar la copia del informe médico con firma de recibido de su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente al expediente clínico.
- Instruir al personal médico residente de primer año al egreso del paciente hacer entrega del expediente clínico completo al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital y APC.
- Instruir al personal médico adscrito al egreso del paciente hacer entrega del expediente clínico completo y revisado a la Subdirección de Hospital y APC.
- Entregar Subdirección de Hospital y APC expediente clínico completo revisado al Archivo Clínico.

3.2 La Subdirección de Hospitalización a través del Área Médica será responsable de:

- Conocer y tener en consideración que es derecho de todo paciente hospitalizado o que haya estado hospitalizado y de su representante (pudiendo ser el familiar responsable), previa acreditación solicitar informe médico por escrito.
- Informar a todo paciente hospitalizado y su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que si lo requieren pueden solicitar informe médico por escrito.
- Informar al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que el informe médico por escrito que elabora la Institución NO tiene validez para fines legales ni constituye un peritaje psiquiátrico, como consta en el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Informar al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable), que el informe médico por escrito que elabora la Institución es de exclusivamente de uso médico, como consta en el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Informar al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que soliciten informe médico por escrito el procedimiento para su trámite.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

- Informar al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que el procedimiento para el trámite de informe médico por escrito consiste en entregar formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado únicamente los martes de 9 a 12 horas al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V.
- Instruir al personal médico adscrito, al personal médico residente y al personal de trabajo social informen al paciente y a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) que la entrega del informe médico por escrito es únicamente los martes de 9 a 12 horas, ocho días naturales después de que el personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V haya recibido debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Solicitar al representante (pudiendo ser el familiar responsable) o el paciente si ya fue dado de alta, el formato Solicitud de Informe Médico formato INPDSCEC-01-10 al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua con módulo en tratamiento V los martes de 9 a 12 horas.
- Constancia de Hospitalización formato INPDSCEC-03-05.2 Es el formato más breve en el que consta que el paciente está hospitalizado, generalmente para escuela o trabajo, con menor información.
- Constancia de Hospitalización y alta formato INPDSCEC-03-05.1
- Instruir al personal médico residente de primer año que elabora el informe médico anote en el mismo su nombre completo, cédula profesional y firma.
- Instruir al personal médico residente de primer año recabe firma de la Subdirección de Hospital o en su ausencia de médico psiquiatra adscrito.
- Instruir al personal médico residente de primer año entregue por duplicado el informe médico debidamente requisitado al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.
- Instruir al personal médico adscrito al egreso del paciente hacer entrega del expediente clínico completo y revisado a la Subdirección de Hospital y APC.

3.3 La Subdirección de Hospitalización a través del Área Secretarial será responsable de:

- Llevar a cabo las actividades siguientes a fin de coadyuvar a la elaboración del resumen clínico:
  - ✓ Atender los martes de 9 a 12 horas, a su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente.
  - ✓ Entregar el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria al paciente o su representante (pudiendo ser el familiar responsable).
  - ✓ Explicar llenado del mismo, sobre todo señalar que no se recibirá el formato si no cuenta con el nombre y firma del paciente.
  - ✓ Requisitar correctamente el representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o el paciente el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria. Anotar fecha y hora, nombre del paciente, número de expediente, anotar en que tratamiento de TI a TV se encuentra hospitalizado el paciente, número de cama/habitación, nombre del médico tratante, nombre y firma del paciente, nombre y firma de su representante (pudiendo ser el familiar responsable), parentesco. Marcar con una cruz para qué se va a utilizar el informe médico:
    - Justificar incapacidad laboral
    - Justificar faltas escolares
    - Informe clínico para médico de otra Institución, sin copia de resultados de estudios.

- Informe clínico para médico de otra Institución, con copia de resultados de estudios.
- Archivo personal, sin copia de resultados de estudios.
- Archivo personal, con copia de resultados de estudios.
- Otros (especificar).

- No recibir el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria si éste no está debidamente requisitado, sobre todo si no cuenta con el nombre y firma del paciente.
- Recibir el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado y anotar en libreta la de solicitud y entrega de informes médicos por escrito, la recepción de la solicitud.
- Recibir de los pacientes o, en el caso de pacientes menores de edad, del padre/madre o tutor registrados como tales en el Sistema de Hospital, el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado y firmado por el interesado.
- Cotejar la identificación oficial en original que presente el interesado con los datos en el Sistema de Hospital “Health Centre”, la persona que cotejo los datos, anota su nombre legible, fecha y firma en la copia fotostática, de la identificación y engrapa en el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Entregar el formato Solicitud de Informe Médico formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria debidamente requisitado al médico residente de primer año responsable del paciente para que elabore informe médico por escrito.
- Entregar el informe médico al representante del paciente (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente, recabando en la copia firma de recibido del representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente, en el siguiente horario:

  Únicamente los martes de 9 a 12 horas, ocho días naturales después que el personal secretarial haya recibido debidamente requisitado el formato INPDSCEC-03-05.1 Resumen de Alta Hospitalaria.
- Anotar en libreta de solicitud y entrega de informes médicos que hace entrega del mismo al representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente, recabando firma de recibido en dicha libreta.
- Entregar copia del informe médico con firma de recibido de su representante (pudiendo ser el familiar responsable) y/o del paciente al médico tratante residente de primer año para que lo anexe al expediente clínico.
- Recibir el formato INPSCH-103 Volante de Consulta de Atención Psiquiátrica Continua con sello verificándolo con el recibo de pago, y anotar en la libreta de consulta de atención psiquiátrica continua.

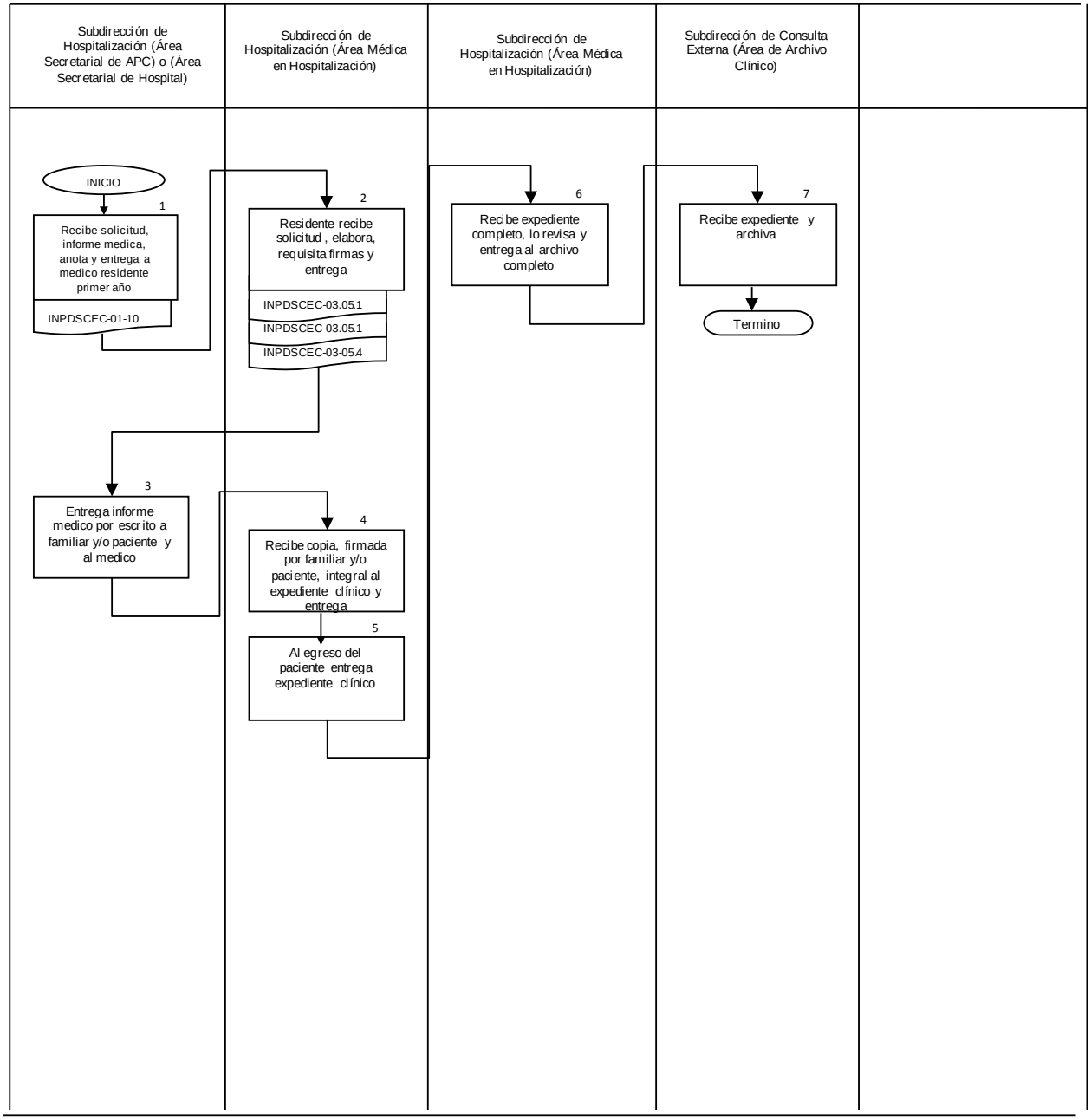
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
Subdirección de Hospitalización (Área de Secretarial de APC) o (Área Secretarial de Hospital)	**1**	Recibe el formato Solicitud de Informe Médico formato INPDSCEC-01-10 debidamente requisitado. Anota en libreta la de solicitud y entrega de informes médicos por escrito, la recepción de la solicitud. Entrega formato INPDSCEC-01-10 Solicitud de Informe Médico debidamente requisitado al médico residente de primer año responsable del paciente para que elabore informe médico por escrito.	INPDSCEC-03-05.1
Subdirección de Hospitalización (Área Médica en Hospitalización)	**2**	Recibe Formato INPDSCEC-01-10 Solicitud de Informe Médico. Elabora por duplicado informe médico de acuerdo al tipo de documento que requiere el paciente y su representante (pudiendo ser el familiar responsable): a) Formato INPDSCEC-03-05.2 Constancia de Hospitalización b) Formato INPDSCEC-03-05.1Constancia de Hospitalización y alta formato c) Formato INPDSCEC-01-10 d) Solicitud de informe médico e) Resumen clínico completo formato. f) Entrega de fotocopia de resultados de estudios realizados. Anota en el informe médico su nombre completo, cédula profesional y firma. Recaba firma de la Subdirección de Hospital o en su ausencia de médico psiquiatra adscrito. Entrega por duplicado el informe médico debidamente requisitado al personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua.	INPDSCEC-03-05.1 INPDSCEC-03-05.2 INPDSCEC-03-05.4
Subdirección de Hospitalización (Área de Secretarial de APC) o (Área Secretarial de Hospital)	**3**	Entrega informe médico al representante del paciente (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente Recaba en la copia firma de recibido del familiar responsable y/o del paciente. Anota en libreta de solicitud y entrega de informes médicos que hace entrega del mismo al familiar responsable y/o del paciente. Recaba firma de recibido en dicha libreta. Entrega copia de informe médico con firma de recibido del representante del paciente (pudiendo ser el familiar responsable) y/o al paciente, al médico tratante residente de primer año para que lo anexe al expediente clínico.	
Subdirección de Hospitalización	**4**	Recibe el médico residente de primer año, del personal secretarial de la Subdirección de Hospital y Atención	

Responsable	No. act.	Actividad	Documento o anexo
(Área Médica en Hospitalización)		Psiquiátrica Continua, copia del informe médico con firma de recibido del familiar responsable y/o del paciente. Integra la copia del informe médico con firma de recibido del familiar responsable y/o del paciente al expediente clínico. Entrega al egreso del paciente el expediente clínico completo al personal médico adscrito a la Subdirección de Hospital y APC.	
	5	Entrega personal médico adscrito al egreso del paciente, el expediente clínico completo y revisado a la Subdirección de Hospital y APC.	
	6	Recibe expediente cínico completo, lo revisa y entrega al archivo cínico.	
Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	**7**	Recibe expediente clínico y archiva.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

5. DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	N/A

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido (Información Confidencial)	Subdirección de Consulta Externa (Área de Archivo Clínico)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Constancia de Hospitalización formato INPDSCEC-03-05.2** Es una constancia de que el paciente se encuentra hospitalizado o estuvo hospitalizado por un determinado periodo de tiempo, es para justificar ausencia laboral o académica por enfermedad.

8.2 **Constancia de Hospitalización y alta formato INPDSCEC-03-05.1** Es una constancia de que el paciente estuvo hospitalizado y fue dado de alta (egreso por mejoría, por traslado, voluntario, abandono de la unidad sin autorización médica, defunción). También puede utilizarse para justificar ausencia laboral o académica por enfermedad.

8.3 **Resumen clínico completo formato INPDSCEC-03-05.4.** Es una constancia de que el paciente está o estuvo hospitalizado, define el período de tiempo, diagnósticos de ingreso y/o de egreso, fecha y resultado de estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento farmacológico. En caso de que ya hubiera egresado motivo del egreso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Abril 2015	Se actualizó formato de acuerdo a la Guía Técnica emitida por la DGPOP en 2013.

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato INPDSCEC-01-10. Solicitud de Informe Médico
10.2 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-01-10. Solicitud de Informe Médico
10.3 Formato INPDSCEC-03-05.4. Resumen Clínico Completo
10.4 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.4. Resumen Clínico Completo
10.5 Formato INPDSCEC-03-05.1 Constancia de Hospitalización y Alta
10.6 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.1 Constancia de Hospitalización y Alta.
10.7 Formato INPDSCEC-03-05.2 Constancia de Hospitalización
10.8 Instructivo de llenado.- Formato INPDSCEC-03-05.2 Constancia de Hospitalización

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Nombre	C.P. Ma. Cristina Lucía González M.	Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Dr. Armando Váquez López-G.
Cargo-Puesto	Jefa del Departamento de Planeación y Modernización Administrativa	Subdirector de Hospitalización	Director de Servicios Clínicos
Firma			
Fecha	Enero, 2017	Enero, 2017	Enero, 2017