

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA  
AMBULATORIA**

**MAYO, 2022**

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
Dra. Lorena Hernández Delgado	Subdirectora de Pediatría	
Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
Dr. José Jesús Acevedo Mariles	Subdirector de Urgencias y Medicina	
Dr. Gustavo Aguilar Montes	Subdirector de Cirugía	
Dra. Guadalupe Dorantes Mendoza	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	

Elabora	Revisa	Autoriza
<b>Dr. Trinidad Humberto Hernández Báez</b> Jefe de División de la División de Cirugía Ambulatoria	<b>Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez</b> Subdirector de Anestesia y Terapias	<b>Dra. Arlene Orta Guerrero</b> Directora Médica

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> <b>Hoja: 2 de 8</b>
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN	2
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.-MARCO JURÍDICO	5
III.- PROCEDIMIENTOS:	
1. PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA	
2. PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	
3. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	
4. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA	
5. PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA	
6. PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	
7. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
8. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA	
9. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	
10. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA	
12. PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE CIRUGÍA AMBULATORIA	

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General Dr. Manuel Gea González, se crea en 1946 inicialmente funcionando como Sanatorio Hospital para enfermos tuberculosos, en 1952 como Instituto Nacional de Neumología, y en 1972 por decreto presidencial se convierte en Hospital General, crece la demanda de procedimientos quirúrgicos, en 1987 surge el proyecto de iniciar la cirugía ambulatoria, inicialmente con un solo quirófano y por la creciente demanda el 27 de marzo de 1988 se extendió el servicio a 4 quirófanos en primer piso de la torre antigua, auspiciado por el desarrollo de técnicas quirúrgicas y el progreso de nuevos fármacos, sistemas de monitoreo y equipos de administración de anestesia, obteniendo una recuperación más rápida, menor riesgo de infecciones integración biopsicosocial temprana, cumpliendo los objetivos de la cirugía ambulatoria, quedando como jefe del servicio el Dr. Alfonso Galván Montañón hasta el año de 1993, logrando conjuntar las cirugías de corta estancia de todos los servicios quirúrgicos de nuestro Hospital, por necesidad de remodelar el área es cerrada en abril de 1997 y abriendo un módulo provisional en 4º piso estando como encargado y luego jefe del departamento el Dr. Arturo Cruz Cerón con cirugías de corta estancia de los servicios de cirugía plástica, oftalmología y otorrinolaringología., se suceden una serie de cambios derivados de la necesidad de remodelaciones en el hospital, que permitieron el funcionamiento del área de ambulatoria hasta el año 2008. Desde entonces se tiene una época de buen funcionamiento de la unidad.

Luego de seis años de planeación y construcción con los trabajos terminados en la nueva torre de especialidades, se inaugura la Unidad de Cirugía Ambulatoria, con cirugías de urología operadas con el robot DaVinci, posteriormente el 11 de febrero del 2015 nos autorizan a ocupar instalaciones del 2º piso torre nueva y el 16 de febrero iniciamos en forma regular con 4 quirófanos, en el mes de septiembre se integra con tres quirófanos el servicio de cirugía plástica y reconstructiva.

Hasta septiembre del año 2017 el trabajo de la Unidad de Cirugía Ambulatoria, permitió altos niveles de productividad, en este año, después del sismo de septiembre, y con la pérdida de la torre antigua, nuevamente se ocupa el espacio de la unidad de cirugía ambulatoria para darle espacio a la Unidad Toco Quirúrgica y hospitalización de Gineco-obstetricia.

La cirugía ambulatoria significa la forma más adecuada de responder a las necesidades de atención quirúrgica de la población, con la construcción de la nueva torre de especialidades básicas, y la migración de la Unidad Toco quirúrgica a ella, se recuperará el área de cirugía ambulatoria con 8 quirófanos y toda la infraestructura necesaria para su óptimo funcionamiento. La actualización de este manual se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura orgánica funcional.

Las actividades de enseñanza e investigación de la División de Cirugía Ambulatoria estarán apegadas conforme a los manuales de procedimientos de las Divisiones adscritas a la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Investigación Biomédica adscritas a la Dirección de Enseñanza e Investigación.

El presente manual, consta de 12 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas Sustantivas o Médico Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> Hoja: 4 de 8
---	---------------------------------	---	-------------------------------

## **I.- OBJETIVO DEL MANUAL**

Dar a conocer en forma ordenada y sistemática las actividades para atender a todo paciente con problema quirúrgico, que pueda ser resuelto por cirugía de ambulatoria, aplicando la tecnología y conocimientos vigentes para llevarla a cabo con trato digno, oportuno, calidad, eficiencia y seguridad del paciente, así como, facilitar a todas las áreas participantes la información necesaria para llevar a cabo los procesos para la atención quirúrgica de los pacientes que lo soliciten.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> <b>Hoja: 5 de 8</b>
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

## II.- MARCO JURÍDICO

### CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley General de Salud.

Ley General de Archivos.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal de los Trabajadores al servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B, del Artículo 123 Constitucional.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

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

### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.

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

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

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

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

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.


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

### CÓDIGOS

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> <b>Hoja: 6 de 8</b>
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

## **ACUERDOS**

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción 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.

Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer que los formatos de declaración de situación patrimonial y de intereses son técnicamente operables con el Sistema de Evolución Patrimonial y de Declaración de Intereses de la Plataforma Digital Nacional, así como el inicio de la obligación de los servidores públicos de presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

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.

## **OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.

Lineamientos para la aplicación y seguimiento de 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.

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-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.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación De Los Servicios De Salud. Atención Médica Pre Hospitalaria.

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.

### **NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.**

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Organización Específico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas de Transferencia de Tecnología del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento que rige y norma las Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento de la Comisión Mixta de Escalafón para los Trabajadores de Base del Hospital General Doctor Manuel Gea González.



Disposiciones generales para la celebración de contratos plurianuales de obras públicas, adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.



Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales en el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos Generales para la recepción, aceptación y registro y control de las donaciones en especie que reciba el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> <b>Hoja: 8 de 8</b>
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

Normas, criterios, políticas y bases para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenar espacios físicos no hospitalarios en el Hospital General Doctor Manuel Gea González.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 1 de 14</b>

## **1. PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 2 de 14</b>

## 2. PROPÓSITO

Establecer las actividades y lineamientos para todo el personal de salud involucrado en la Valoración Anestésica de todo paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico en el Hospital, de manera segura y de calidad.

## 3. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Cirugía es responsable del envío de los pacientes que se someterán a un procedimiento quirúrgico. División de Anestesiología es responsable de valorar a los pacientes para calcularles su riesgo anestésico-quirúrgico y de esta forma prevenir cualquier eventualidad en el evento quirúrgico. División de Radiología e Imagen es responsable de realizar el estudio de imagen necesario para el diagnóstico oportuno de Covid-19.

2.2 A nivel externo es aplicable a todo paciente que amerite un procedimiento quirúrgico.

## 4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas debe indicar al paciente los horarios de 8:30 a 11:00 ó de 11:00 a 14:00 para su Valoración Pre-Anestésica, en el segundo piso de la Torre de Especialidades junto al Modulo del Control de Oftalmología; en todos los casos de cirugía electiva. En las cirugías de Urgencia o Emergencia la valoración Pre-anestésica deberá ser realizada por el médico anesthesiologo en turno, previo al paso del paciente a quirófano.



3.2 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de solicitar a todo paciente que se le realizará, ya sea su Valoración Pre-operatoria (Cardiovascular) o Valoración Pre-Anestésica, su trámite de Gratuidad o de pago antes de su consulta.

3.3 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones Quirúrgicas son responsables de integrar el expediente clínico del paciente con: la hoja frontal, historia clínica, nota médica (formato de notas de evolución e indicaciones), resultados de laboratorio y gabinete, así como mantenerlo ordenado.

3.4 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar al paciente con exámenes de laboratorio y gabinete con una vigencia máxima de tres meses, sin que haya habido en ese lapso intervención quirúrgica y/o patología agregada.

3.5 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de determinar el estado físico del paciente y, de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésico-quirúrgico.

3.6 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de diferir todo procedimiento quirúrgico cuando el paciente no se presente a su valoración pre-anestésica o que tenga incompleto el protocolo para poder realizar su intervención quirúrgica.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		
			<b>Hoja: 3 de 14</b>

3.7 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología en el área de “Valoración Pre-operatoria” es responsable de notificar al médico responsable dependiendo de los resultados de los estudios preoperatorios, si el paciente se encuentra en condiciones de ser hospitalizado o no, y en caso de que proceda la hospitalización, enviará al paciente a la División de Anestesiología para valoración pre-anestésica, en caso contrario lo remitirá con su médico tratante para que lo establezca.

3.8 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la programación de cirugías, de acuerdo con el calendario de los grupos quirúrgicos que establezca la Subdirección de Cirugía.

3.9 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de elaborar la Solicitud del Registro de Operaciones, y anotar los datos completos del paciente, avalada por el jefe del servicio y médico adscrito, debidamente firmadas.

3.10 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar a la División de Anestesiología, la solicitud de Registro de Operaciones, 72 o más horas hábiles antes del procedimiento anestésico.

3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar y valorar los estudios de laboratorio como: biometría hemática, tiempos de coagulación; y grupo sanguíneo, Rh, así como solicitar la toma de piloto, en caso, de cirugía mayor (a criterio del médico cirujano y anestesiólogo).

3.13 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, son responsables de revisar y valorar a los pacientes pediátricos, estudios como biometría hemática, tiempos de coagulación, de ser necesario, electrolitos séricos, EGO, grupo y Rh, química sanguínea.



3.14 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar a los pacientes que presenten patología crónico-degenerativa o agregada, que requieran valoración pre-operatoria, al igual que los pacientes mayores de 65 años con los estudios generales y los necesarios dependiendo de su enfermedad de base.

3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de diferir la cirugía, cuando en la valoración preanestésica detecte alguna patología no diagnosticada, descompensada, o cualquier otra situación que ponga en peligro la vida del paciente, y registrarla en la nota médica del expediente.

3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de establecer los riesgos anestésico-quirúrgicos, de acuerdo con los criterios de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).

3.17 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable durante la evaluación preanestésica se le debe dar a conocer al paciente y familiares las indicaciones a seguir, de acuerdo con las patologías preexistentes y como influirán en el manejo anestésico; el plan anestésico sugerido y el riesgo de acuerdo con la cirugía programada.

3.18 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de llenar debidamente la hoja de evaluación preanestésica con los datos obtenidos en la entrevista, y se obtendrá el consentimiento informado preanestésico firmado por el paciente en caso

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 4 de 14</b>

de ser mayor de edad (si es menor de edad será firmado por un responsable familiar o tutor; obteniendo dirección y teléfono para localizarlo de ser necesario); y por dos testigos.

3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable para determinar si el paciente está en condiciones de ingresar a quirófano.

3.20 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables de notificar a la División de Anestesiología, cuando tengan un paciente con necesidad quirúrgica inmediata.

3.21 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables en pacientes que requieran cirugía de urgencia, deben entregar la solicitud de cirugía bien requisitada y firmada por el médico responsable, incluyendo los datos del paciente, datos clínicos más importantes, así como resultados de laboratorio y gabinete dependiendo de sus patologías y diagnósticos, para realizar su valoración preanestésica. Además de notificar al servicio de enfermería que solicite suba al paciente al 6to piso.

3.22 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y de la División de Anestesiología son responsables de enviar a todo paciente que amerite intervención quirúrgica de urgencia, una TAC de tórax e interpretación con la finalidad de llevar a cabo el procedimiento, ya sea, en quirófanos covid o quirófanos no covid.

3.23 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de organizar la programación de cirugía de urgencias dependiendo de las emergencias y urgencias existentes.



3.24 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de realizar la valoración preanestésica en el área de urgencias, y si es una emergencia, igual se solicitará de inmediato a los quirófanos del 6to piso para su valoración preanestésica, así sea sin más documentos, ni solicitud, si así lo amerita la emergencia (con sospecha de síntomas de covid-19, se realizará la intervención en el quirófano covid, sala 8 del 6to piso).

3.25 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.26 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.27 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina, Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.

3.28 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 5 de 14</b>

3.29 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.


3.30 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la “Toma de Piloto” en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.

3.31 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la “Toma de piloto” que no se utilicen posterior a las 24 horas.

3.32 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.

3.33 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la “Toma de Piloto”, a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.

3.34 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
<b>VALORACIÓN PREOPERATORIA Y/O CARDIOVASCULAR</b>			
Subdirección de Cirugía	1	Realiza "PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA"  ¿El paciente amerita Valoración Pre-operatoria?	
División de Anestesiología	2	Si: Realiza Valoración Pre-operatoria  ¿El paciente requiere valoración cardiológica?  Si: Solicita la Valoración Cardiológica para revaloración  No: Continúa Valoración  ¿El paciente es apto para la intervención quirúrgica?  No: Notifica al médico adscrito de cirugía, la contraindicación de la Intervención quirúrgica y emite recomendaciones y solicita su envío hasta mejorar condiciones. <b>Termina Procedimiento</b>  Si: Envía con médico tratante para asignar fecha del procedimiento quirúrgico.	
Subdirección de Cirugía	3	No: Continúa PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	
	4	Notifica al paciente que deberá presentarse 48 horas antes de su intervención quirúrgica para su valoración preanestésica.	
División de Anestesiología	5	Confirma cita para la valoración Pre-anestésica	
<b>VALORACIÓN PREANESTÉSICA</b>			
División de	6	Recibe al paciente 48 horas antes de su	Nota Preanestésica



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**PROCEDIMIENTO**

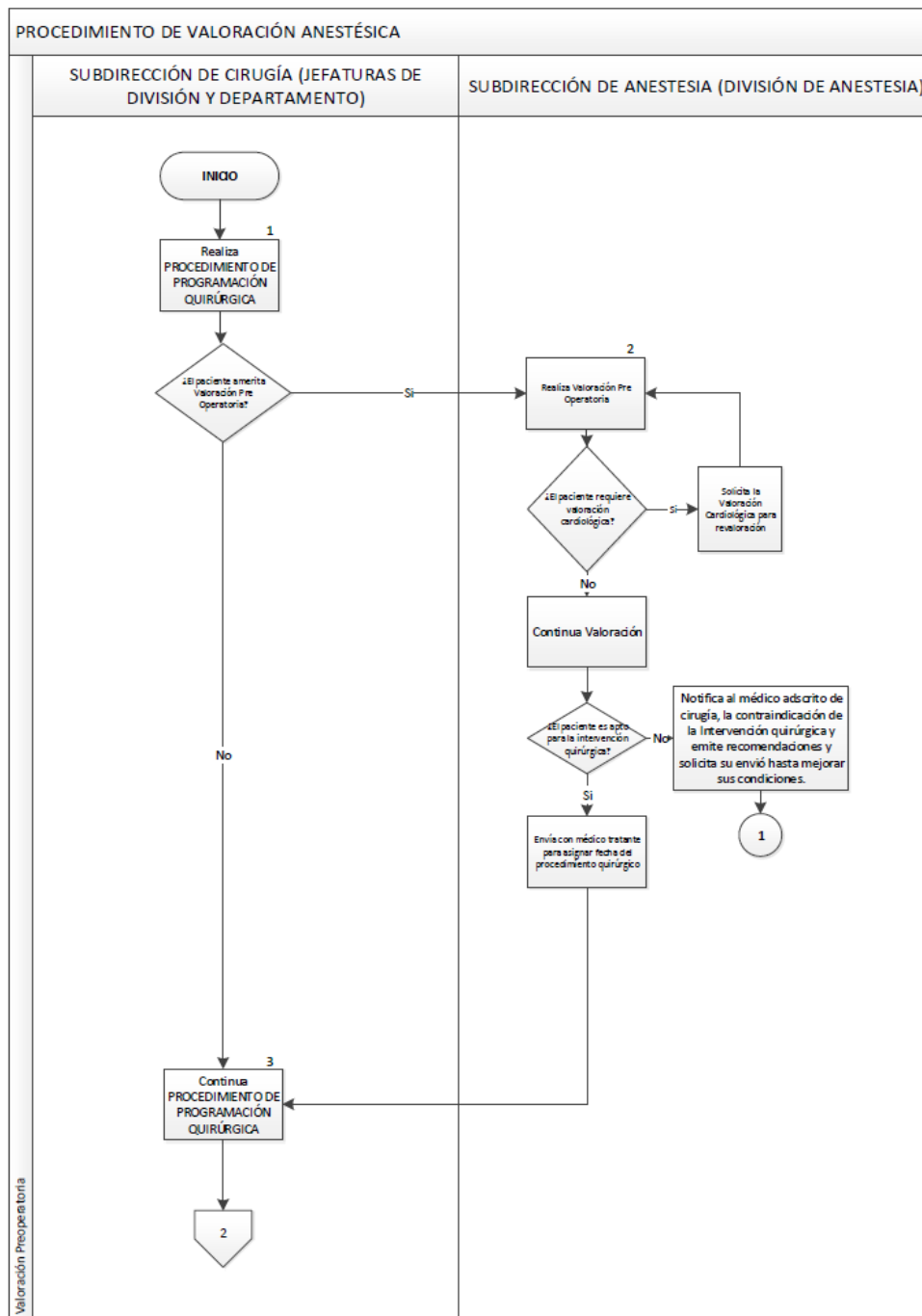
**SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS**

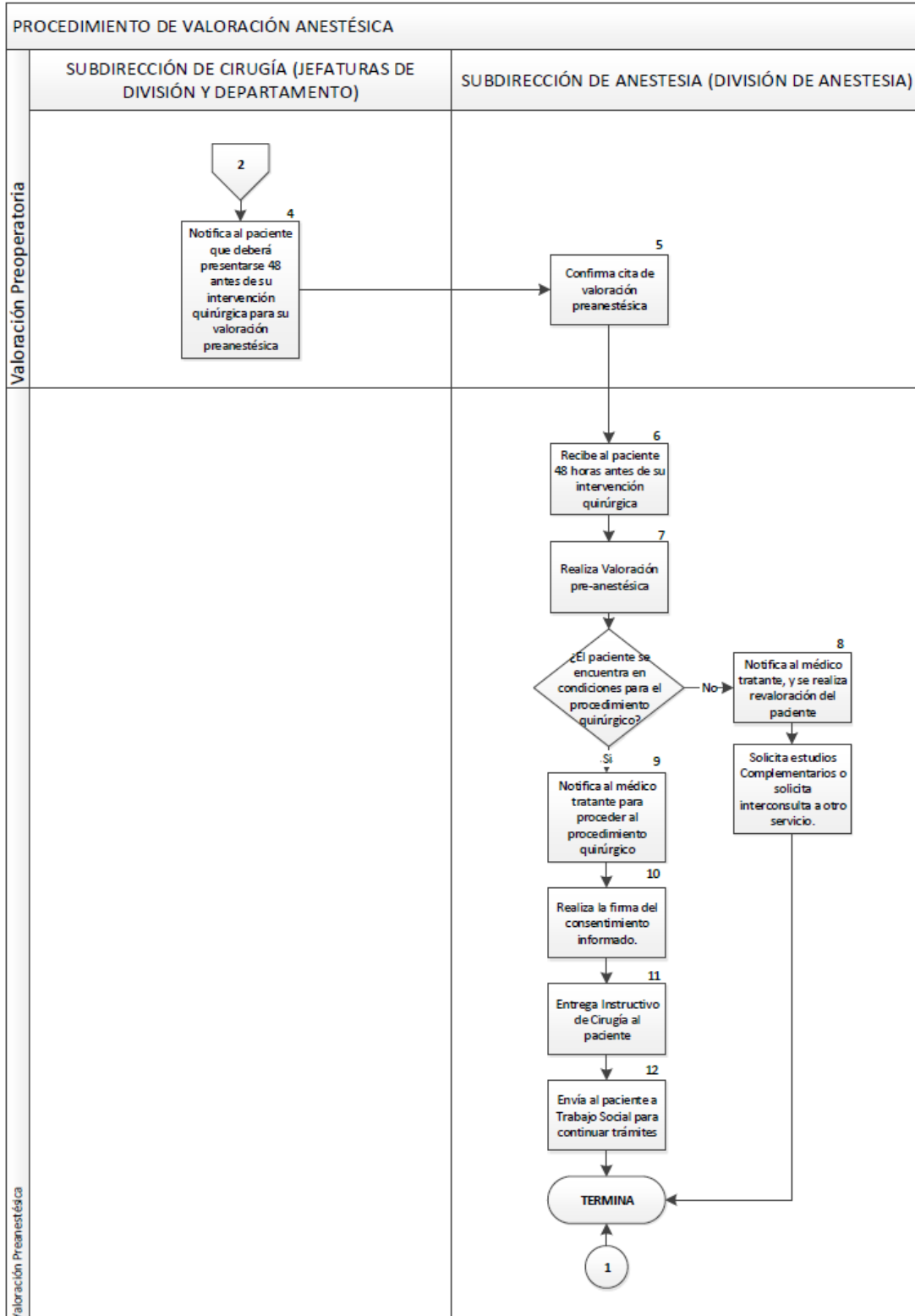
**PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA**



<b>Anestesiología</b>		intervención quirúrgica	Consentimiento informado  Instructivo de Cirugía	
	<b>7</b>	Realiza Valoración Pre-anestésica  ¿El paciente se encuentra en condiciones para el procedimiento quirúrgico?		
	<b>8</b>	No: Notifica al médico tratante, y se realiza revaloración del paciente  Solicita estudios complementarios o solicita interconsulta a otro servicio. <b>Termina Procedimiento</b>		
	<b>9</b>	Si: Notifica al médico tratante para proceder al procedimiento quirúrgico		
	<b>10</b>	Realiza la firma del consentimiento informado		
	<b>11</b>	Entrega Instructivo de cirugía al paciente		
	<b>12</b>	Envía al paciente a Trabajo social para continuar trámites  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		



## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 10 de 14</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Especifico	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología	No Aplica

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cirugía Electiva o programada:** Acontece cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado para su tratamiento, ejemplos; Procedimientos de cataratas, colocación de prótesis ortopédicas, o por decisión propia (cirugía estética) etc. Realizándose su valoración preanestésica horas antes o días previos, así como su valoración perioperatoria (cardiovascular, etc.).

**8.2 Cirugía de Emergencia:** La cirugía de emergencia es aquella que acontece cuando existe una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y requiere de una actuación quirúrgica inmediata dentro de los primeros 30 min a 2hrs, ejemplo: desprendimiento de placenta, bradicardia o sufrimiento fetal, lesión arterial traumática, entre otros.



**8.3 Cirugía de Urgencia:** La cirugía de urgencia se realiza en pacientes que requieren una valoración y acción inmediata para salvar la vida del paciente o la función de alguna parte de su cuerpo, esto dentro de las primeras 24hrs posterior al diagnóstico. Estas cirugías no son programadas y requieren un diagnóstico e intervención rápidas para evitar mayores complicaciones en el paciente, ejemplos: apendicitis, hernia estrangulada, embarazo ectópico no roto, torsión de ovario o testículo, etc.

**8.4 Exploración del paciente:** Revisión física con aparatos (respiratorio, digestivo) y sistemas (cardiovascular).

**8.5 Valoración Cardiológica o cardiovascular:** es la evaluación que está orientada en el estado cardiovascular del paciente, engloba el corazón, arterias y venas. Concluye con un diagnóstico sobre el estado cardiovascular del paciente, así como el grado de riesgo de sufrir algún evento cardiovascular.

**8.6 Valoración Preanestésica:** Exploración y auscultación física a los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico, así como revisión de resultados de laboratorio y gabinete, con la finalidad de identificar detalladamente el estado físico del paciente y así asegurar la vida del paciente.

**8.7 Valoración Preoperatoria:** es la evaluación que combina instrumentos de clasificación en los que se tienen en cuenta la intensidad del estrés quirúrgico, elementos clínicos y biológicos y la tolerancia clínica del paciente al esfuerzo.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 11 de 14</b>

## 9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	14 DE JUNIO DE 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se actualiza al propósito, el alcance y las políticas</li> <li>Modifica descripción del procedimiento y el diagrama de flujo</li> </ul>

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 NOTA PREANESTÉSICA
- 10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 10.3 INSTRUCTIVO DE CIRUGÍA



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 12 de 14</b>

### 10.1 NOTA PREANESTÉSICA



### Hospital General Dr. Manuel Gea González NOTA PREANESTÉSICA

<p>Fecha y hora: _____</p> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Diagnóstico(s) o problemas clínicos: _____</p> <p>Paciente programado para: _____</p>	<p>Vía aérea          Predictores de ventilación difícil: SI _____ NO _____          Especifique: _____</p> <p>Dentadura Normal _____ Anormal _____          Especifique: _____          Apertura bucal: _____ cm. Mallampati: _____          Bellhouse: _____ Patil-Aldrete: _____          Distancia esternomentoniana: _____          Distancia tiromentoniana: _____          Circunferencia del cuello: _____          Se espera vía aérea: Fácil _____ Dificil _____</p>																																																												
<p>Resumen del Interrogatorio          Antecedentes de importancia (Incluyendo comorbilidades, alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, perinatales, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hb/ Hto</td> <td></td> <td></td> <td>Sodio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leucocitos</td> <td></td> <td></td> <td>Cloro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plaquetas</td> <td></td> <td></td> <td>Potasio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP / INR</td> <td></td> <td></td> <td>Calcio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TTPa</td> <td></td> <td></td> <td>Magnesio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td></td> <td></td> <td>BT/BD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urea</td> <td></td> <td></td> <td>FA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BON</td> <td></td> <td></td> <td>TSD/7GP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> <td>Albumina</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Otras: _____</p> <p>Radiografía de tórax: _____</p> <p>Electrocardiograma: _____</p> <p>Otros estudios de gabinete: _____</p>	Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha	Hb/ Hto			Sodio			Leucocitos			Cloro			Plaquetas			Potasio			TP / INR			Calcio			TTPa			Magnesio			Glucosa			BT/BD			Urea			FA			BON			TSD/7GP			Creatinina			Albumina		
Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha																																																								
Hb/ Hto			Sodio																																																										
Leucocitos			Cloro																																																										
Plaquetas			Potasio																																																										
TP / INR			Calcio																																																										
TTPa			Magnesio																																																										
Glucosa			BT/BD																																																										
Urea			FA																																																										
BON			TSD/7GP																																																										
Creatinina			Albumina																																																										
<p>Signos vitales:          Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____ IMC: _____          Evaluación clínica del paciente:          Cardiovascular: _____</p> <p>Respiratorio: _____</p> <p>Renal: _____</p> <p>Neurológico: _____</p> <p>Gastrointestinal: _____</p> <p>Musculoesquelético: _____</p> <p>Ginecológico y/o Urológico: _____</p> <p>Otros: _____</p>	<p>Tipo de anestesia propuesta: _____          Riesgo anestésico (ASA): _____          Medicación preanestésica: (Dosis, Vía y hora): _____          plan anestésico, de acuerdo a las condiciones del paciente y a la cirugía programada: _____          Pronóstico: _____          Riesgo respiratorio: _____          Riesgo cardiovascular (AHA/ACC): _____          Riesgo tromboembólico: _____          Riesgo quirúrgico: _____          Riesgo global: _____</p>																																																												
<p>Exploración física:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																												

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 13 de 14</b>

## 10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA**  
**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**  
**CALZADA DE TLALPAN 4800 C.P. 14080, COLONIA SECCIÓN XVI**



NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
No. DE REGISTRO: _____	CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	EDAD: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____	DOMICILIO: _____
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____	
CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____	

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1. al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011. Para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

**DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:**

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) \_\_\_\_\_ como mi Médico Anestesiólogo, quien esta avalado por \_\_\_\_\_, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por \_\_\_\_\_.
2. Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aún así, no me exime de presentar complicaciones.
3. Entiendo que las complicaciones aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento de señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado \_\_\_\_\_ para intentar mejorar mi estado de salud.
4. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
5. Estoy consiente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo \_\_\_\_\_ he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
7. Se me ha explicado que mi atención pudieran intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de Anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
8. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
9. Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias)
10. Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.



En México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA  
 Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O  
 REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		<b>Hoja: 14 de 14</b>

### 10.3 INSTRUCTIVO DE CIRUGÍA

## Si se programa para Cirugía

### PASOS A SEGUIR

*Para realizar el trámite debe acudir acompañado de un familiar mayor de 18 años o tutor.*

1. **SU FECHA DE CIRUGÍA ES EL DÍA:** \_\_\_\_\_ **MES** \_\_\_\_\_ **AÑO** \_\_\_\_\_.
2. **PARA REALIZAR SUS TRÁMITES DEBE PAGAR SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAJA.**
3. **VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**  
 Con su carnet y recibo de pago debe acudir al segundo piso de la Torre de Especialidades (junto al control de Oftalmología) en un horario de 9:00 a 14:00hrs. para su cita de valoración preanestésica.  
 La fecha de su valoración es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
**TRABAJO SOCIAL. (AL TERMINAR SU CITA EN VALORACIÓN PREANESTÉSICA)**  
 Con su carnet y recibo de pago, se verificarán datos y se realizará una **NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO**, en el segundo piso de la Torre de Especialidades en un horario de 8:00 a 13:00hrs. (DEBE ACUDIR ESE MISMO DÍA).  
**ADMISIÓN. (AL TERMINAR SU CITA EN TRABAJO SOCIAL DEBE ACUDIR A ADMISIÓN).**  
 Con recibo de pago, y esta hoja con los sellos Valoración Preanestésica y de Trabajo Social, debe presentarse en Planta Baja de la Torre de Especialidades. (48 horas previo a su cirugía). En el caso de pacientes que ameriten hospitalización este trámite lo realizaran 24 horas previas de la cirugía.
4. **EL DÍA DE SU CIRUGÍA.** Debe presentarse en la Torre de Especialidades.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primer piso<br><input type="checkbox"/> Sexto Piso | <input type="checkbox"/> Turno Matutino 7:00 horas<br><input type="checkbox"/> Turno Vespertino 13:00 horas |
|---|---|

**PARA SU ALTA HOSPITALARIA:** con su hoja de alta y recibo de pago de la cirugía, presentarse en CAJA, TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN para que le pongan los sellos correspondientes.






---

**SELLO**  
Valoración Preanestésica



---

**SELLO**  
Trabajo Social

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 1 de 17</b>

## **2. PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 2 de 17</b>

## 1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en la Programación de Procedimientos Quirúrgicos, para que sea más eficiente y resuelva las necesidades de todos los servicios quirúrgicos del hospital.

## 2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno aplica a la Subdirección de Cirugía responsable de la atención de los pacientes para un procedimiento quirúrgico, Subdirección de Urgencias y Medicina responsable de la valoración del paciente y Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de la atención anestésica del paciente y de consolidar la información de la programación quirúrgica y en general a todo el personal involucrado en los procedimientos quirúrgicos.
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente que amerite un procedimiento quirúrgico.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica es la responsable de requisitar debidamente y firmar las Hojas de Programación y Registro Individual de Operaciones; para la Programación quirúrgica.
- 3.2. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, deben entregar las Hojas de Programación y Registro Individual de Operaciones a más tardar 72 horas antes del procedimiento quirúrgico, en el caso de cirugía electiva; y en el caso de cirugía de urgencia o emergencia en las 6 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.3. La Subdirección de Anestesia y Terapias es la responsable de entregar vía electrónica la Programación quirúrgica a la Dirección Médica, Subdirección de Cirugía, Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Trabajo Social y Servicio de Banco de Sangre. Y de manera impresa al Departamento de Admisión y Archivo Clínico.
- 3.4. La Subdirección de Cirugía a través de sus diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, determinan las Cirugías de urgencias calificadas, así como las de emergencia, las cuales también son sujetas a programación, sin embargo, esta debe ser inmediata haciendo hincapié en los tiempos.
- 3.5. La Subdirección de Cirugía debe realizar la Programación Quirúrgica, de acuerdo a los días asignados a cada especialidad.
- 3.6. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable de anotar en el Tablero de Quirófanos, la Programación Quirúrgica del siguiente día; en el caso de la cirugía electiva.
- 3.7. La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Medicina Interna es la responsable de establecer los Criterios Médicos para la Valoración Cardiovascular Pre-operatoria que son: Paciente mayor de 60 años de edad, paciente con Co-morbilidades importantes como Cardiopatía Isquémica, Cáncer, Neumopatías Crónicas, Enfermedades crónico-degenerativas, entre otras.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 3 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		

- 3.8. La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Medicina Interna es la responsable de establecer los Criterios Médicos para la Valoración Cardiológica por parte de un médico Cardiólogo que son: Pacientes con Enfermedades Cardíacas Descompensadas, pacientes post-operados de Cirugía Cardíaca, Arritmias severas que no responden a tratamientos convencionales y a solicitud de los servicios de Alto Riesgo Peri-operatorio, Anestesia, Medicina Interna o Grupos Quirúrgicos.
- 3.9. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica deben indicar al paciente los horarios de 9:00 a 11:00 o de 11:00 a 14:00 para su Valoración Pre-Anestésica, en el segundo piso de la Torre de Especialidades junto al Modulo del Control de Oftalmología; en todos los casos de cirugía electiva. En las cirugías de Urgencia o Emergencia la valoración Pre-anestésica deberá ser realizada por el médico anesthesiólogo en turno, previo al paso del paciente a quirófano.
- 3.10. La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica deben realizar el llenado del Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria, en pacientes de cirugía ambulatoria.
- 3.11. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, en el caso de Urgencias Ambulatorias realizarán la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones, en el momento del Ingreso del paciente.
- 3.12. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica son responsables de asignar fecha de la intervención quirúrgica, cuando el paciente haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico o el trámite administrativo.
- 3.13. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.
- 3.14. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.
- 3.15. La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica son responsables de notificar a la División de Anestesiología, cuando tengan un paciente con necesidad quirúrgica inmediata.
- 3.16. La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables en pacientes que requieran cirugía de urgencia, deben entregar la solicitud de cirugía bien requisitada y firmada por el médico responsable, incluyendo los datos del paciente, datos clínicos más importantes, así como resultados de laboratorio y gabinete dependiendo de sus patologías y diagnósticos, para realizar su valoración preanestésica. Además de notificar al servicio de enfermería que solicite suba al paciente al 6to piso.
- 3.17. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina,

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 4 de 17</b>

Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.


- 3.18. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.
- 3.19. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.
- 3.20. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto" en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.
- 3.21. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la "Toma de piloto" que no se utilicen posterior a las 24 horas.
- 3.22. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.
- 3.23. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto", a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.
- 3.24. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.
- 3.25. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología y el Departamento de Quirófanos son responsables de continuar con la cirugía programada siguiente o con la programación de intervenciones quirúrgicas de urgencias, en los casos de cancelación de cirugías programadas.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 5 de 17</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

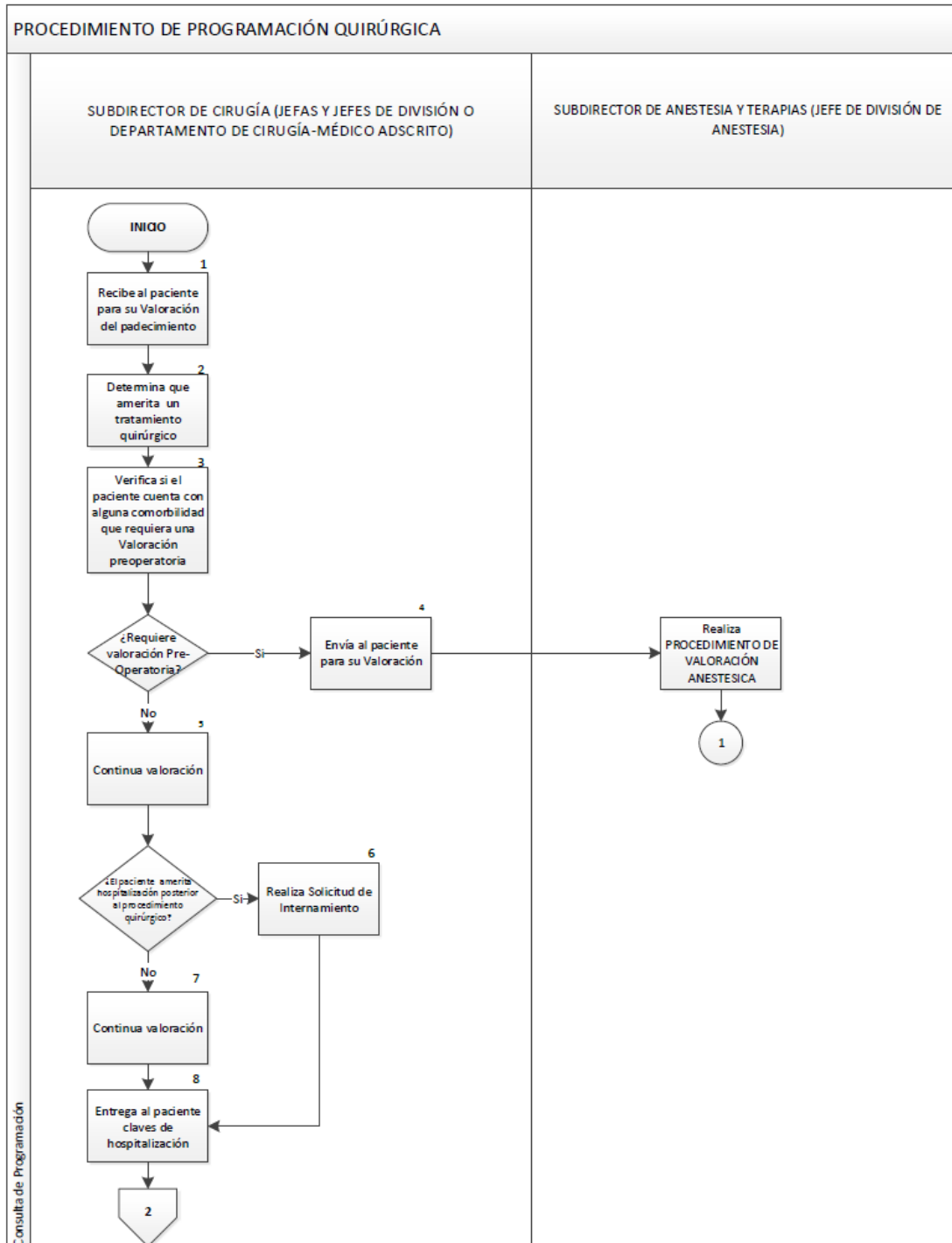
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	1	Recibe al paciente para su Valoración del padecimiento	Expediente Clínico  Solicitud de Internamiento
	2	Determina que amerita un tratamiento quirúrgico	
	3	Verifica si el paciente cuenta con alguna comorbilidad que requiera Valoración Preoperatoria.  ¿Requiere Valoración Pre-Operatoria?	
	4	Si: Envía al paciente para su valoración	
Subdirector de Anestesia y Terapias (División de Anestesia)		Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA. <b>Termina Procedimiento</b>	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	5	No: Continúa valoración  ¿El paciente amerita hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico?	
	6	Si: Realiza Solicitud de Internamiento, va actividad 8.	
	7	No: Continúa valoración	
	8	Entrega al paciente claves de hospitalización	
	9	Asigna fecha del Procedimiento quirúrgico y la anota en el carnet	
	10	Solicita al paciente que acude a realizar los trámites médico-administrativos, y le informa que deberá cumplirlos 48 horas antes de la fecha de su intervención quirúrgica.	
	11	Notifica al paciente que debe acudir a su cita de Valoración Preanestésica 48 horas antes de su intervención quirúrgica	
	12	Envía al paciente a programar su Valoración Preanestésica	
Subdirector de		Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN	

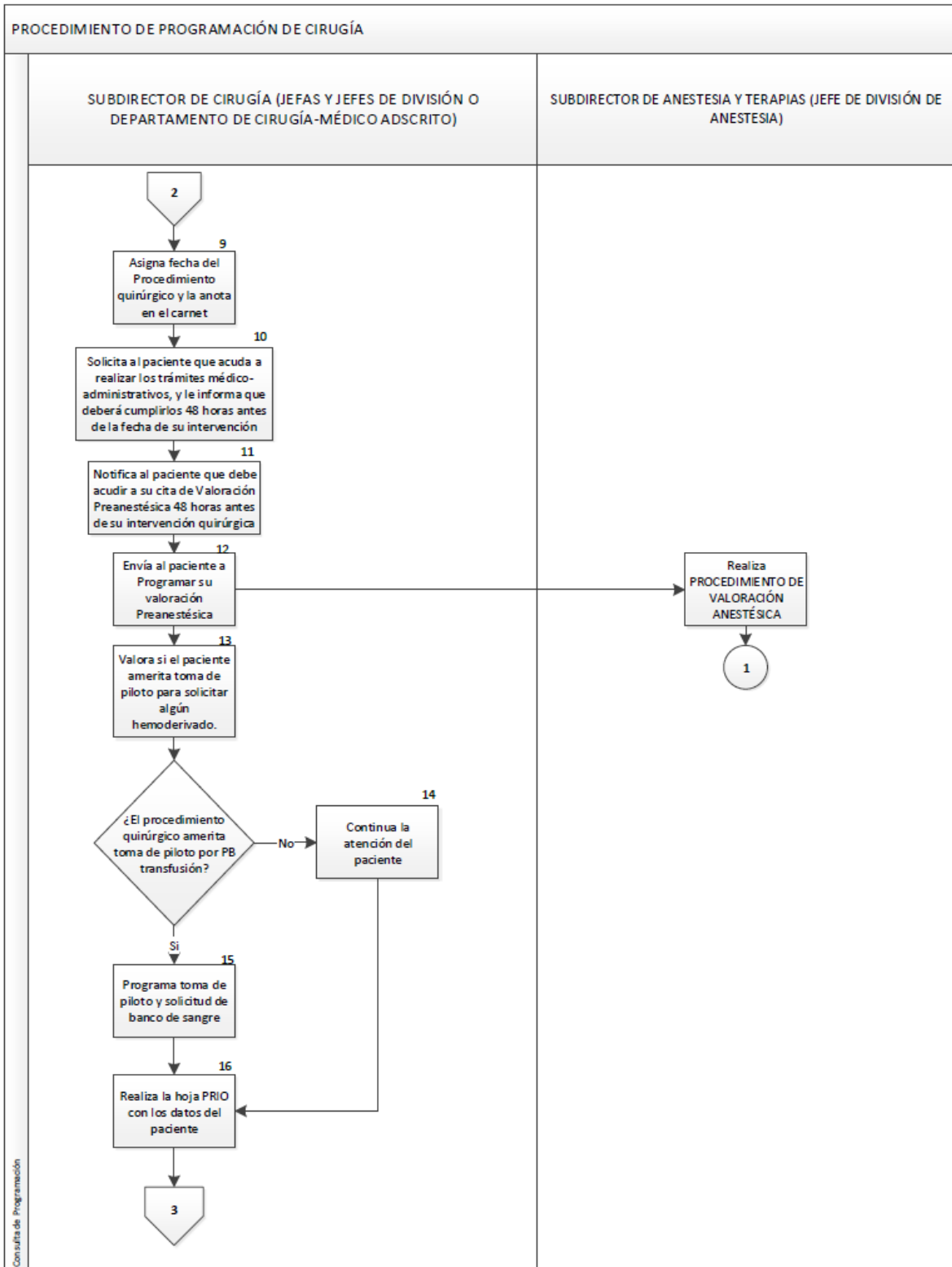
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Anestesia y Terapias (División de Anestesia)		ANESTESICA. <b>Termina Procedimiento</b>	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	13	Valora si el paciente amerita toma de piloto para solicitar algún hemoderivado.  ¿El procedimiento quirúrgico amerita toma de piloto para probable transfusión?	Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones
	14	No: Continúa la atención del paciente, continua a paso 16.	
	15	Si: Programa toma de piloto y solicitud de banco de sangre	
	16	Realiza la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones con los datos de paciente	
	17	Consolida todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones del servicio quirúrgico	
	18	Separa la Programación de Corta Estancia y Hospitalización	
	19	Programa con las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones de todo el servicio las cirugías para la siguiente semana	
	20	Entrega las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones	
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefe de División de Anestesia)	21	Recibe las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones de Cirugía ambulatoria en segundo piso y de cirugía que amerita hospitalización en sexto piso	Programación de Cirugía
	22	Concentra la información de todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y de la Programación	
	23	Realiza la Programación de todos los Servicios Quirúrgicos dependiendo de la información de las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y la Programación por servicio.	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 7 de 17</b>

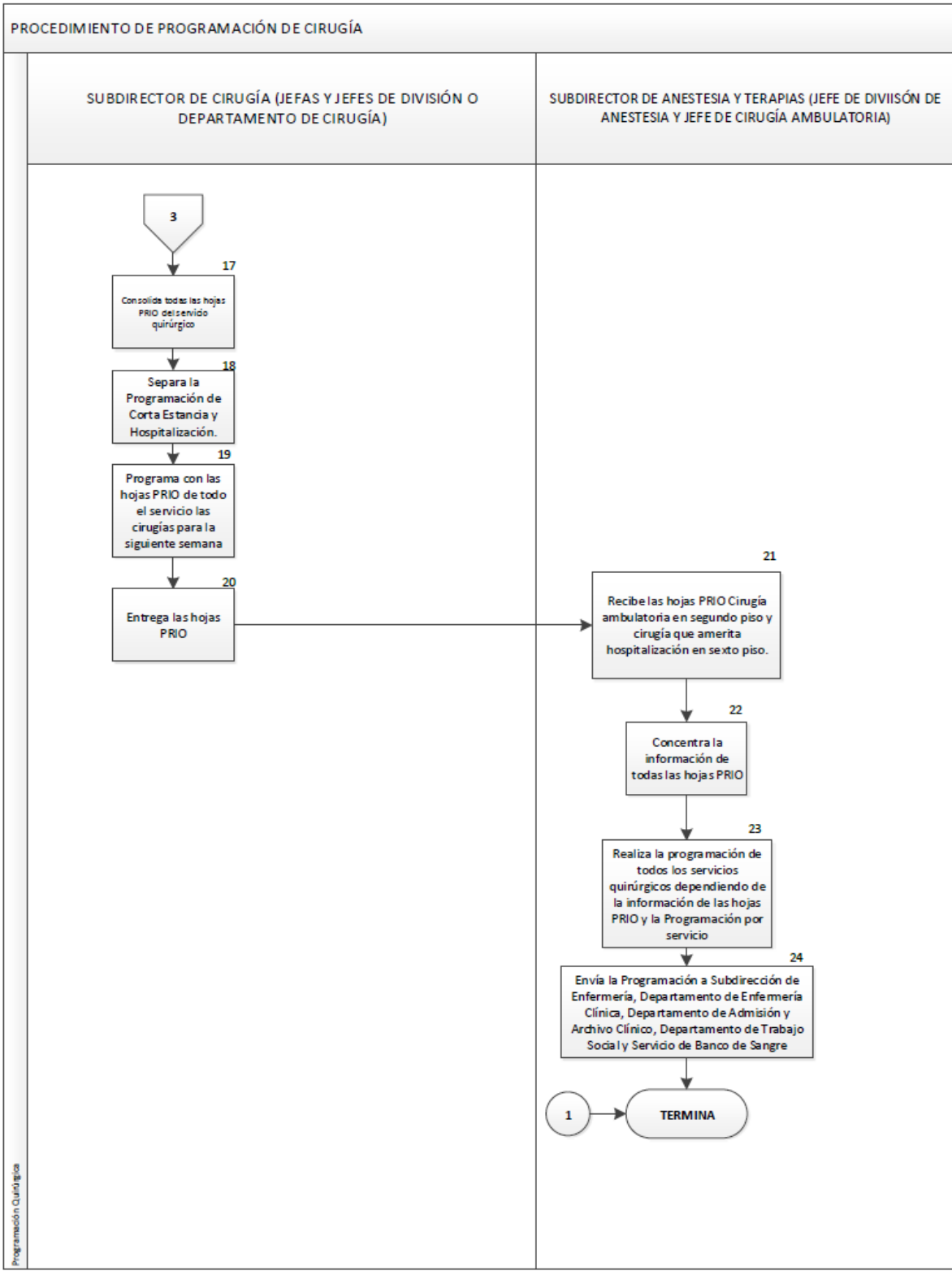
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	24	Envía la Programación a Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Admisión y Archivo Clínico, Departamento de Trabajo Social y Servicio de Banco de Sangre  <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	



## 5. DIAGRAMA DE FLUJO









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		Hoja: 11 de 17
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional Especifico	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Consentimiento Informado:** documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.3 Hoja PRIO:** Solicitud, Registro de Operaciones y Nota Postoperatoria.
- 8.4 Servicios de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.
- 8.5 Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 12 de 17</b>



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
02	13/junio/2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Actualiza formato</li> <li>• Se realiza reestructura de políticas y lineamientos</li> <li>• Se modifica el procedimiento y se cambia personal responsable</li> <li>• Se actualizan formatos y anexos.</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 HOJA PRIO

10.2 HOJA DE RQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>			<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS			<b>Hoja: 13 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>			

## 10.1 HOJA PRIO





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( )      femenino ( )	Cama:	
Servicio:		Clínica:	
Fecha de Solicitud:	_____ día      _____ mes      _____ año	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Programación:	_____ día      _____ mes      _____ año	Hora Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	_____ día      _____ mes      _____ año	Recibe Solicitud:	
Electiva ( )      Urgencia ( )      EMERGENCIA ( )      Ambulatoria ( sí ) ( no )		Hora de Recepción:	
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico:    I.    II.    III.    IV. Anestesia: General ( )    Local ( )    Regional ( )	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre      Cédula Profesional		Nombre      Cédula Profesional	
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: ( sí ) ( no )	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2º. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: ( sí ) ( no )      Tipo:	
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: ( sí ) ( no )	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente ( )    Institución ( )	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio    Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Hora de término    Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.
Instrumental	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 14 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( ) femenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable ( ) Inestable ( ) Fallecido ( )			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( )			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 15 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		

### 10.3 HOJA DE REQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**gea**  
hospital

Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Subdirección de Cirugía  
División de Gineco-Obstetricia

#### REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA

Fecha: 25/11/2021 No. de requisición: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del paciente:  
 Fecha de nacimiento: \_ Sexo: \_ Edad:  
 No. De Registro:

Diagnóstico:  
 Procedimiento (médico, quirúrgico o clínico) a realizar:  
 Fecha de procedimiento:



Médico Tratante:	Firma
------------------	-------

Adscripción: MÉDICO ADSCRITO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Especialidad:  
 GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA

Medicamentos, materiales de curación, equipos y/o insumos necesarios para la atención del evento de urgencia:

No. de partida	Clave	Descripción detallada	Unidad de medida	Cantidad solicitada
1		MONITOR SONY GRADO MEDICO		1
2		FUENTE DE LUZ XENON		1
3		ENDO-CÁMARA		1
4		GRABADOR QUEMADOR		1
5		BOMBA HAMOU		1
6		GENERADOR BIPOLAR		1
7		RESECTOSCOPIO PRINCESS 7MM		1
8		ÓPTICA PANOVIEW PRINCESS RICHARD WOLF		1
9		RESECTOSCOPIO RICHARD WOLF: -Camisa interna 22.5FR -Camisa externa 24.5FR -Camisa interna 21FR -Camisa externa 21FR -Elementos de trabajo -Oburador 21FR -Cable bipolar resector		1
10		INSTRUMENTAL: -Electrodo ASA corte 21FR		



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 16 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**gea**  
hospital

Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Subdirección de Cirugía  
División de Gineco-Obstetricia

		-ASA corte 24FR -ASA Roller 21FR -Contenedor de ASAS -Cabeza image 1 HD -Fibra óptica -Adaptador resectoscopio aspiración de salida		
--	--	--	--	--

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA URGENCIA:** (especificar los motivos por lo que se requiere la intervención inmediata y detallar las consecuencias en caso de no realizarse el procedimiento):  
**PACIENTE CON DIAGNOSTICO COMENTADO QUIEN REQUIERE RESOLUCION DE PADECIMIENTO PARA EVITAR PROGRESION DE LA ENFERMEDAD, HEMORRAGIA, CHOQUE HIPOVOLEMICO**

JEFE DE DIVISIÓN	ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA
------------------	---------------------------------------

**JUSTIFICACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN URGENTE DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN.**

SE EMITE LA PRESENTE CON FUNDAMENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP), ASÍ COMO A LO ESTABLECIDO EN LOS OFICIOS CCINSHAE-DGCHFR-1908-2020, DGPYP-1727-2020 Y CCINSHAE-DGCHFR-1923-2020, ASÍ COMO AL NUMERAL 21 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.

LO ANTERIOR PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS BIENES QUE SE DESCRIBEN EN LA REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA.

I.- Descripción de los bienes objeto del procedimiento de contratación por el Área requirente para explicar el objeto y alcance de la adquisición:

Numero de Partidas	DESCRIPCIÓN	Clave clasificador del gasto
	CONFORME LA REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA. CON NUMERO: _____ DE FECHA: _____	(25301; 25401)

II.- Plazos y condiciones de entrega de los bienes a adquirir. 24 horas máximo. Con penalización del 5% por cada día de atraso. Conforme a los artículos 46 de la LAASSP y 84 de su Reglamento.



III.- El resultado de la investigación de mercado que soporta el procedimiento de contratación con tres solicitudes de cotización enviadas a proveedores que puedan cumplir con las especificaciones y tiempos propuestos. (Esto será documentado en el expediente respectivo por el área contratante)

IV.- Procedimiento de contratación propuesto: Adjudicación directa por montos de actuación.

V.- El monto estimado de la de la adjudicación y forma de pago propuesta:

Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México  
Tel: (55) 4000 3000, ext. 0000 y 0000, [www.gob.mx/salud/hospitalgea](http://www.gob.mx/salud/hospitalgea)



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 17 de 17</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**gea**  
hospital

Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Subdirección de Cirugía  
División de Gineco-Obstetricia

- \$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) con el IVA incluido  
- La forma de pago será a los 20 días naturales máximo contados a partir de la entrega de la factura respectiva que contenga los bienes efectivamente recibidos y aceptados por el hospital, contando con la evidencia de entrega en el área requirente del servicio.

**VI.- Los nombres y datos generales de los proveedores propuestos:**

Proveedor 1: BOGOSERVICE Y ASOCIADOS SC. OSVALDO BOBADILLA GARCIA, cel. 5541301188, oficinas: 70381293, 71602890. Alejandra Vázquez García, cel. 5531255169

**VII.- La acreditación del o los criterios a que se refiere el segundo párrafo del artículo 40 de la ley, en que se funda y motiva la selección del procedimiento de adjudicación directa que aseguran las mejores condiciones al Hospital General Dr. Manuel Gea González:**

- Eficacia. - Se logra obtener la contratación de los bienes para la atención INMEDIATA del paciente evitando tener complicaciones fatales en su salud.
- Imparcialidad. - Se obtienen los bienes con el proveedor que cumple con la oportunidad requerida en el procedimiento de adjudicación directa ya que cuenta con los insumos y equipos requeridos por el área requirente.
- Transparencia. - Se considera el presente procedimiento por darse cumplimiento a la normatividad vigente en materia de adquisiciones, así como a las autorizaciones para ejercer los recursos necesarios respecto a medicamentos y materiales de curación mediante los oficios CCINSHAE-DGCHFR-1908-2020, DGPYP-1727-2020 y CCINSHAE-DGCHFR-1923-2020.

**VIII.- Fundamentación legal del ejercicio de la opción:**

El supuesto de adquisición mediante adjudicación directa se fundamenta en el monto total de los bienes a adquirir conforme a lo establecido en el artículo 42 de la LAASSP y a lo señalado en el numeral 21 de las políticas bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del hospital (POBALINES) que a la letra dice:

*"Los Titulares de las diversas áreas requirentes, usuarias y/o técnicas del Hospital (Jefes de Departamento, Jefes de División o Subdirectores de Área), elaborarán el escrito a que se refiere los artículos 40 párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones y 71 de su Reglamento, y recabarán el visto bueno o autorización de los Directores de Área correspondientes, y los supuestos de excepción deberán acreditarse en los términos establecidos por la Ley de Adquisiciones y su Reglamento"*

El área requirente precisa que se encuentra totalmente justificado el hecho inesperado e imprevisible descrito en la misma requisición de insumos para eventos de urgencia, que impide llevar a cabo la contratación a través de otro procedimiento en vista del diagnóstico emitido por el médico de la especialidad adscrito a este hospital, quien refiere que el padecimiento que pone en peligro la vida o un órgano vital o un miembro del paciente requiere de la intervención inmediata con un procedimiento médico para salvaguardar la salud de este, requiriendo los conceptos y cantidades estrictamente necesarios para atender la eventualidad.

**IX. Lugar y fecha de expedición:**



CIUDAD DE MÉXICO, A 25 DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2021

SOLICITA:	AUTORIZACIÓN DEL JEFE DEL SERVICIO
FIRMA	DR. FIRMA
Vo. Bo. ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA	RECIBE: SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES _____
FIRMA	FIRMA



Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México  
Tel: (55) 4000 3000, ext. 0000 y 0000, www.gob.mx/salud/hospitalgea





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 1 de 13

### **3. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 2 de 13

## 1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal del Departamento de Laboratorio Clínico involucrado en la toma y procesamiento de muestras en todos los servicios de Consulta Externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González, para la entrega de resultados de manera eficiente y con calidad para apoyo diagnóstico y terapéutico del paciente.

## 2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas responsables de la atención médica del usuario y encargado de solicitar los estudios, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable del resguardo de los resultados de laboratorio en los expedientes clínicos, Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad, Subdirección de Recursos Financieros responsable del cobro de los estudios de laboratorio y el Departamento de Laboratorio Clínico responsable del procesamiento y entrega de resultados de las muestras.
- 2.2. A nivel externo aplica al usuario que amerita realizarse algún estudio de laboratorio.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias y Subdirección de Urgencias y Medicina.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar los estudios de laboratorio en la consulta externa, mediante la solicitud de laboratorio debidamente requisitada y firmada.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de informar al paciente que deberá programar su cita en el Laboratorio Clínico de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 9:30 a 14:00, así como las condiciones apropiadas en las que debe acudir a su cita, ya que en caso contrario de no cumplir las condiciones no se podrá realizar la toma de muestra.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de solo realizar la toma de muestra y procesar los estudios de laboratorio que ya cuenten con pago de cuota de recuperación o que cuenten con una exención de pago parcial o total autorizada.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de realizar la toma de muestra de los pacientes de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 6:30 a 8:00 am, en caso de que el paciente no acude en este horario se reprogramara su cita.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar a la Dirección Médica él envié de muestras a otras Instituciones de Salud, en caso de que el estudio no esté incluido en el Cuadro Básico de Estudios.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico son responsables de instruir al paciente de la forma en como tomar las muestras en su domicilio, el uso del recipiente adecuado, así como, donde debe colocar las etiquetas con código de barras. En caso contrario no se recibirán las muestras.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 3 de 13

- 3.8 Las Subdirecciones Medicas son responsables de notificar al familiar que debe realizar acudir a cajas a realizar el pago o registrar gratuidad, cuando se le solicite algún estudio de laboratorio.

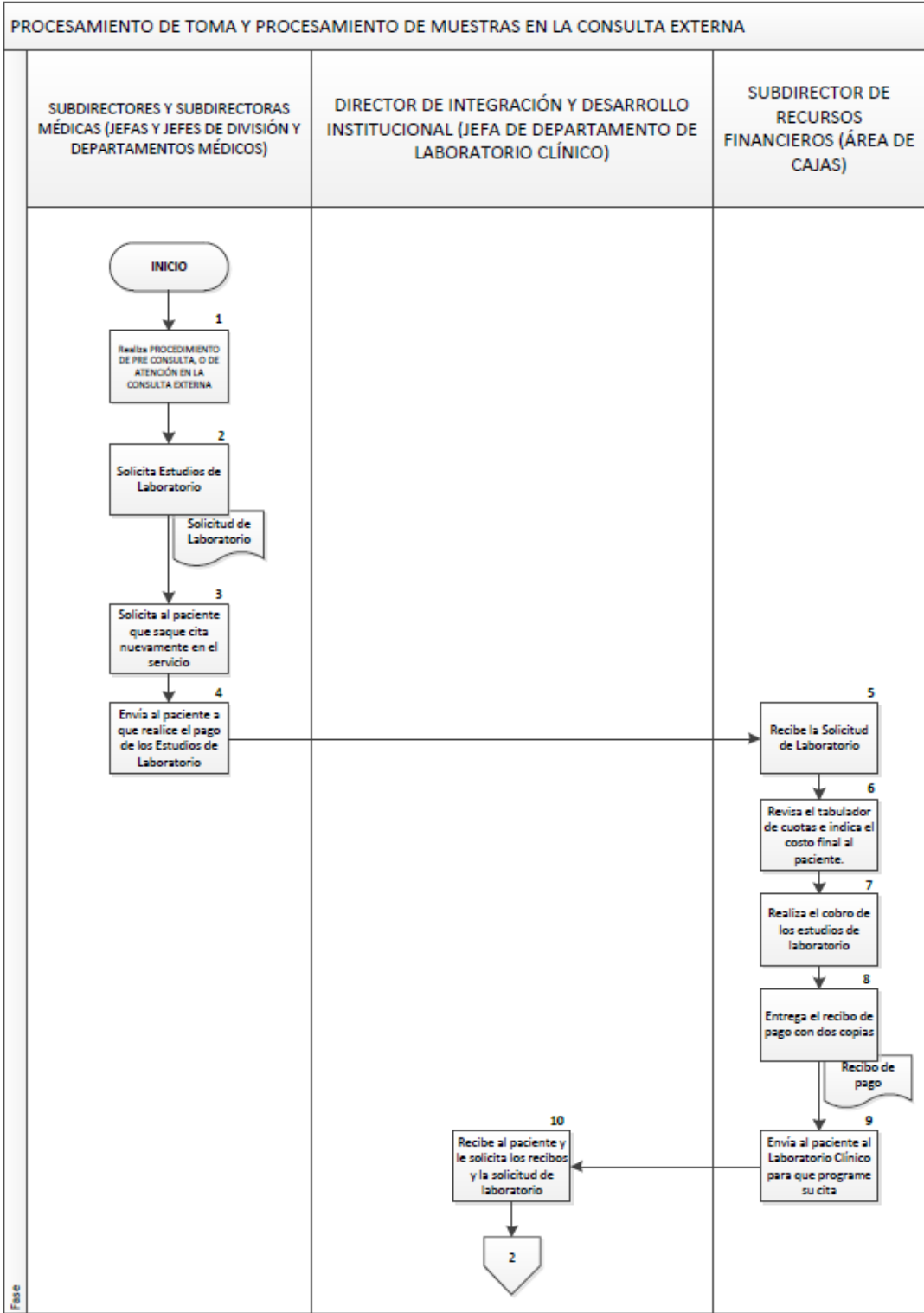
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>

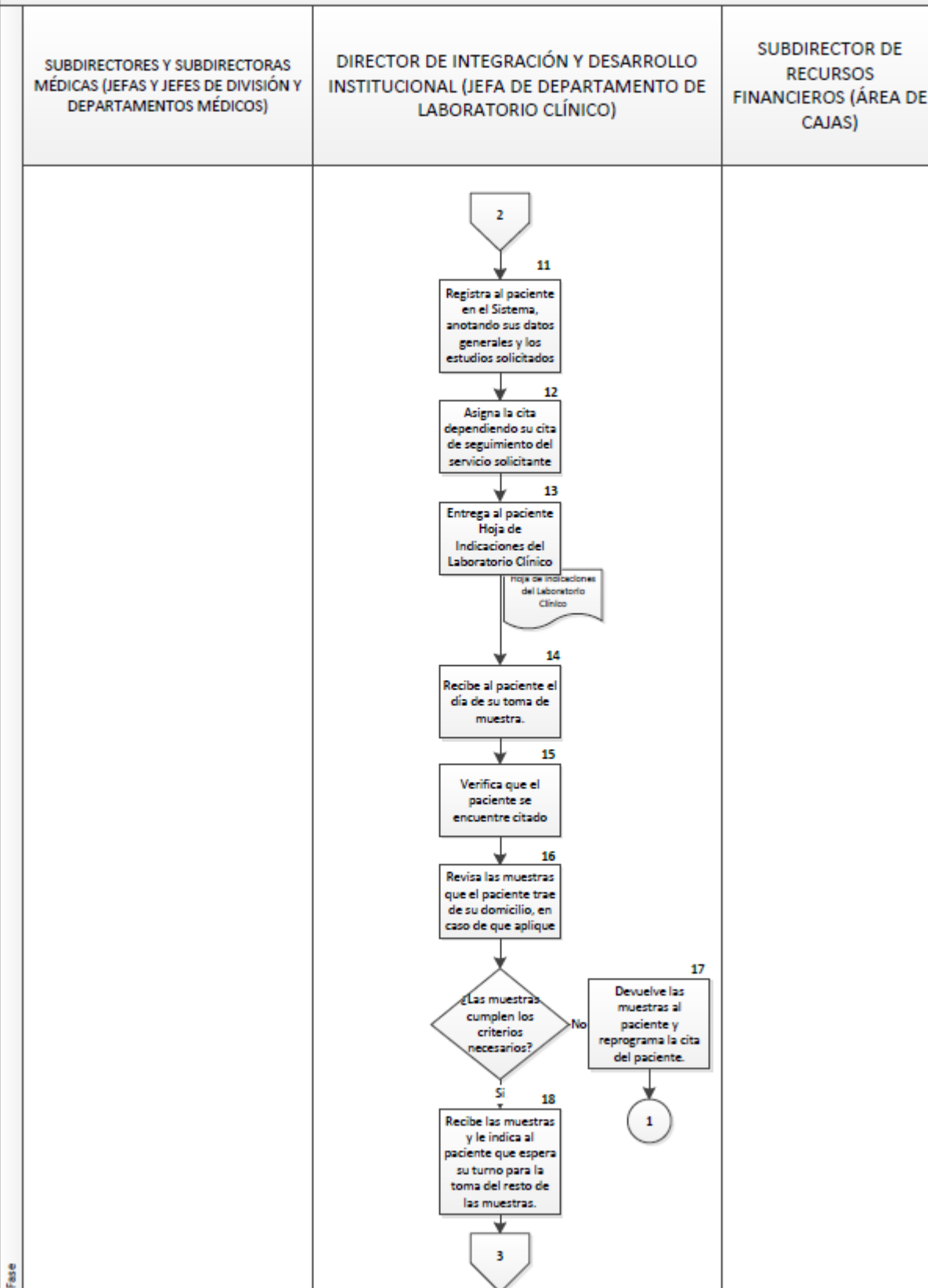
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

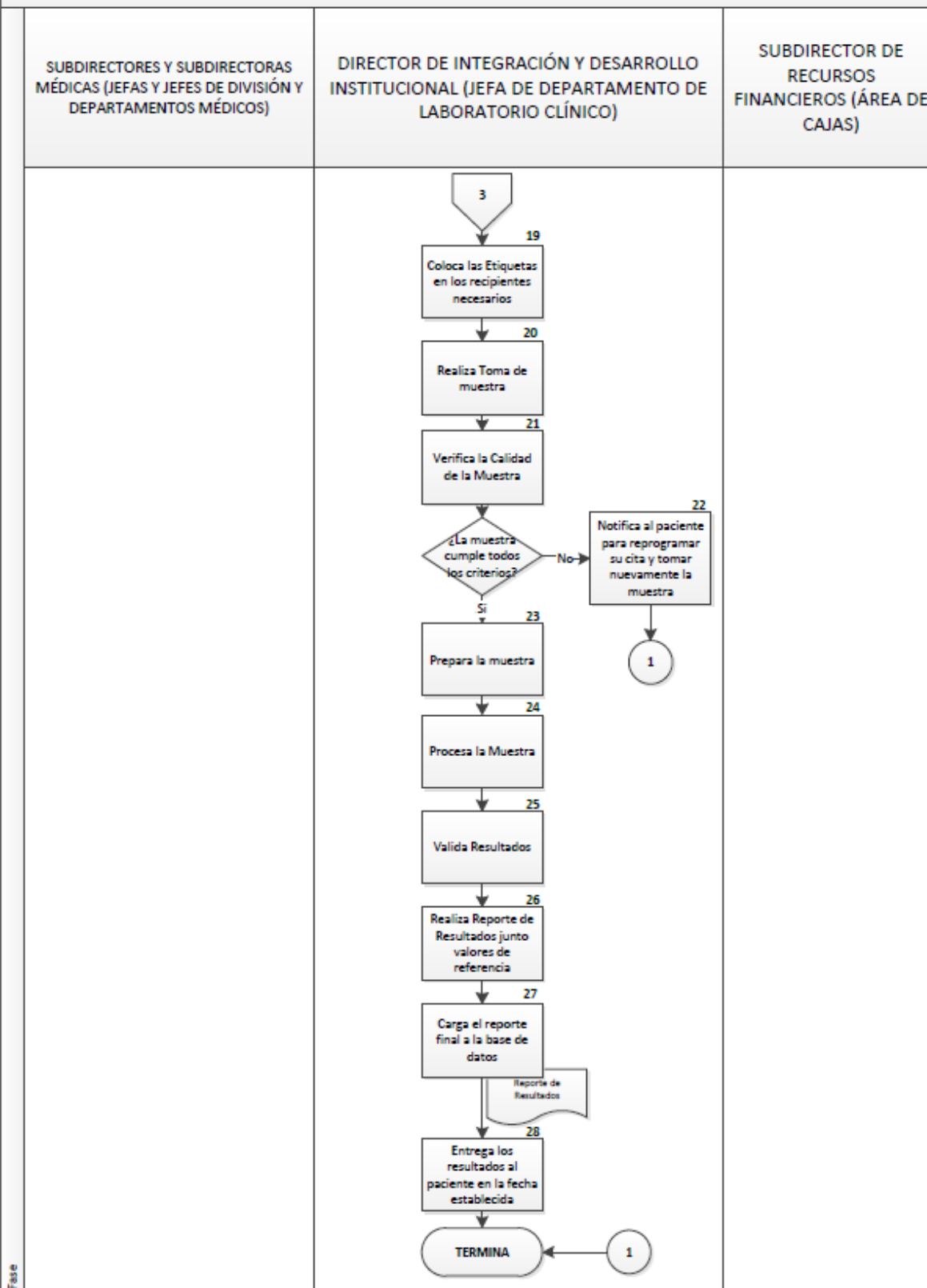
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRE CONSULTA O PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA	Solicitud de Estudios de Laboratorio
	2	Solicita Estudios de Laboratorio	
	3	Solicita al paciente que saque cita nuevamente en el servicio	
	4	Envía al paciente a que realice el pago de los Estudios de Laboratorio	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de Cajas)	5	Recibe la Solicitud de Laboratorio	Recibo de Pago o de Gratuidad
	6	Revisa el tabulador de cuotas e indica el costo final al paciente	
	7	Realiza el cobro de los estudios de laboratorio o registra gratuidad	
	8	Entrega el recibo de pago con dos copias	
	9	Envía al paciente al Laboratorio Clínico para que programe su cita.	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico)	10	Recibe al paciente y le solicita los recibos y la solicitud de laboratorio	Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico
	11	Registra al paciente en el Sistema, anotando sus datos generales y los estudios solicitados	Reporte de Resultados
	12	Asigna la cita dependiendo de su cita de seguimiento del servicio solicitante	
	13	Entrega al paciente la Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico	
	14	Recibe al paciente el día de su toma de muestra	
	15	Verifica que el paciente se encuentre citado	
	16	Revisa las muestras que el paciente trae de su domicilio, en caso de que aplique	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico) Médicos)		¿Las muestras cumplen los criterios necesarios?	
	17	No: Devuelve las muestras al paciente y reprograma la cita del paciente, termina procedimiento	
	18	Si: Recibe las muestras y le indica al paciente que espere su turno para la toma del resto de las muestras.	
	19	Coloca las Etiquetas en los recipientes necesarios	
	20	Realiza la Toma de muestra	
	21	Verifica la Calidad de la Muestra	
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	22	No: Notifica al paciente para reprogramar su cita y tomar nuevamente la muestra, termina procedimiento	
	23	Si: Prepara la muestra	
	24	Procesa la muestra	
	25	Valida resultados	
	26	Realiza Reporte de Resultados junto valores de referencia	
	27	Carga el reporte final a la base de datos	
28	Entrega los resultados al paciente en la fecha establecida		
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			



**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



**PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA**


**PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA**




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 9 de 13

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos	NOM-007-SSA3-2011
6.2 Manual de Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento	No aplica
6.3 Manual de Calidad del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	MC-JD-01
6.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	No aplica
6.5 Derechos de los Pacientes	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.2 Reporte de resultados de estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.3 Informe estadístico	12 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Calidad:** Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- 8.2 Característica:** Rasgo diferenciador
- 8.3 Código de barras:** Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.
- 8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico:** Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 10 de 13

**8.5 Estación de trabajo:** En una red de computadoras, una estación de trabajo es una computadora que facilita a los usuarios el acceso a los servidores y periféricos de la red. A diferencia de una computadora aislada, tiene una tarjeta de red y está físicamente conectada por medio de cables u otros medios no guiados con los servidores.

**8.6 Etiqueta:** Marca, señal que se coloca en algo para su identificación

**8.8 Paciente crítico:** Es aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación

**8.7 Valor de referencia:** Es el valor más probable derivado de un conjunto de resultados obtenidos con el método de referencia.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	19/Septiembre/2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza el formato</li> <li>• Se actualiza el propósito, alcance y políticas y lineamientos.</li> <li>• Se reestructura el procedimiento respaldado con el nuevo contrato de laboratorio.</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico

10.3 Reporte de Resultados

### 10.1 SOLICITUD DE LABORATORIO





**HOSPITAL GENERAL**  
**"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**  
**LABORATORIO CLÍNICO**  
**SOLICITUD DE ESTUDIOS**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 No. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: F: \_\_\_ M: \_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ TURNO: M \_\_\_ V \_\_\_ N \_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ C. EXTERNA: \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
<b>HEMATOLOGÍA</b>	
<input type="checkbox"/> 1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/> 1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/> 1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/> 1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/> 1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/> 1763	PROCALCITONINA
<b>HEMOSTASIA</b>	
<input type="checkbox"/> 1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/> 1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/> 1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/> 1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/> 1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/> 1532	DÍMERO D
<input type="checkbox"/> 1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/> 1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/> 1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/> 1661	ANTICOAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/> 1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/> 1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII
<input type="checkbox"/> 1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
<b>BIOQUÍMICA</b>	
<input type="checkbox"/> 1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/> 1600	BUN
<input type="checkbox"/> 1572	CREATININA
<input type="checkbox"/> 1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/> 1605	SODIO
<input type="checkbox"/> 1648	POTASIO
<input type="checkbox"/> 1570	CLORURO
<input type="checkbox"/> 1568	CALCIO
<input type="checkbox"/> 1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/> 1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/> 1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/> 1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/> 1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/> 1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/> 1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/> 1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/> 1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/> 1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/> 1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/> 1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/> 1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/> 1550	INSULINA
<input type="checkbox"/> 1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/> 1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1553	ALT
<input type="checkbox"/> 1554	AST
<input type="checkbox"/> 1544	GGT
<input type="checkbox"/> 1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/> 1576	LDH
<input type="checkbox"/> 1552	AMILASA
<input type="checkbox"/> 1615	LIPASA
<input type="checkbox"/> 1659	AMONIO
<input type="checkbox"/> 1573	CK
<input type="checkbox"/> 1574	CK MB
<input type="checkbox"/> 1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1590	HAFTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1601	PROTEÍNA C REACTIVA

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO  
 FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE  
 ESTUDIOS. GRACIAS

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 12 de 13

## 10.2 HOJA DE INDICACIONES DE LABORATORIO CLÍNICO



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
 Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI, C.P. 14080  
 Tel: 40 00 30 00 ext. 3243 México D.F.  
 Laboratorio de Análisis Clínicos



FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:		FECHA DE CITA:	<b>24 de agosto de 2018</b>
NOMBRE:		SEXO:	
FECHA DE NAC:	14/07/1960	EDAD:	- años
SERVICIO:	C. Urología	FOLIO:	24080065
No. DE REGISTRO:	765879	RECIBO:	B 393671
DIAGNOSTICO:		CAMA:	
MEDICO:			

**FAVOR DE PRESENTARSE DE 6:30am A 7:30 am**

**\*\* IMPORTANTE \*\***

\*\* LOS PACIENTES MENORES DE EDAD, DISCAPACITADOS O DE LA 3a EDAD, DEBEN PRESENTARSE CON UN FAMILIAR

**\*\*\* ESTA ES SU FICHA PARA RECOGER RESULTADOS \*\*\***

**\*\* LOS PACIENTES RECOGERÁN SUS RESULTADOS, UN DÍA ANTES O EL MISMO DÍA DE SU CITA CON EL MÉDICO, EN EL AREA DE TOMA DE MUESTRAS, DE LA TORRE DE ESPECIALIDADES, DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 13:00 HRS.**

\*\* POR SEGURIDAD E HIGIENE LE SUPPLICAMOS NO TIRAR EL ALGODON AL PISO, FAVOR DE DEPOSITARLO EN UN BOTE DE BASURA

### Perfiles



BIOMETRIA HEMATICA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, SEDIMENTO URINARIO, UROCULTIVO

### Pruebas

Glucosa, BUN, Urea (Calculada), Creatinina, Ácido urico

### Indicaciones

Sin tomar alimentos por la mañana (Sin desayunar). Tener por lo menos 8 horas de ayuno.  
 Recolectar la primera orina de la mañana.  
 En caso de estar menstruando no recolectar muestra.  
 Sin tratamiento con antibiótico 8 días antes de la cita  
 Recien bañado  
 Seguir indicaciones del Laboratorio

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 13 de 13

### 10.3 REPORTE DE RESULTADOS



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
 Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI, C.P. 14080  
 Tel: 40 00 30 00 ext. 3243 México D.F.  
 Laboratorio de Analisis Clínicos





NOMBRE:	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:	24-ago-2018 6:41:24	FECHA DE CITA: <b>24 de agosto de 2018</b>
FECHA DE NAC: 08/01/1948	SERVICIO: C.Neurología	SEXO:	EDAD: años
No. DE REGISTRO: 743392	DIAGNOSTICO: EPILEPSIA/DM/HTA	MEDICO:	FOLIO: 24080008
			RECIBO: B 383850
			CAMA:



Copia de Laboratorio

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
Leucocitos (WBC)	8.4	10 <sup>3</sup> /μL	4.0 - 12.0
Neutrófilos %	43.50	%	39.00 - 89.00
Linfocitos %	48.10	%	11.00 - 54.00
Monocitos %	7.30	%	1.00 - 14.00
Eosinófilos %	** 0.80	/100 G.B.	3.00 - 6.00
Basófilos %	** 0.30	%	1.00 - 2.00
Neutrófilos #	3.70	10 <sup>3</sup> /μL	1.80 - 7.70
Linfocitos #	** 4.10	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 - 0.80
Monocitos #	** 0.60	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 - 0.80
Eosinófilos #	** 0.10	10 <sup>3</sup> /μL	0.20 - 0.45
Basófilos #	** 0.00	10 <sup>3</sup> /μL	0.02 - 0.10
Eritrocitos	4.27	10 <sup>6</sup> /μL	4.10 - 5.30
Hemoglobina	13.70	g/dL	12.00 - 15.00
Hematocrito	** 40.90	%	42.00 - 48.00
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	95.80	fL	83.00 - 100.00
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	32.00	pg	27.70 - 34.00
Conc. de Hgb Corpuscular Media (MCHC)	33.40	g/dl	32.00 - 34.50
Ancho de Distrib. Eritroc.(RDW)	12.20	%	11.50 - 14.20
Plaquetas (PLT)	264.	10 <sup>3</sup> /μL	150. - 450.
Volumen Plaquetar Medio (MPV)	7.80	fL	7.40 - 10.40
<b>Fórmula Roja</b>			
Eritroblastos#	0.00	10 <sup>3</sup> /μL	
Eritroblastos%	0.00	%	
Resultados revisados y validados por:	Q.B.P. Tiburcio Garcia Duran		24/08/18 7:25

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
<b>BIOQUIMICA</b>			
Glucosa	** 128	mg/dL	70 - 105
BUN	12.1	mg/dL	8.0 - 20.0
Urea (Calculada)	26	mg/dL	10 - 50
Creatinina	0.68	mg/dL	0.40 - 1.00
Ácido urico	** 2.4	mg/dL	2.6 - 8.0
Potasio	4.6	mEq/L	3.6 - 5.1
Colesterol	95	mg/dL	0 - 200
Colesterol de Alta Densidad HDL-C	40	mg/dL	35 - 85
Colesterol de Baja Densidad LDL	36	mg/dL	10 - 130
Triglicéridos	96	mg/dL	40 - 150
Bilirrubina Total	0.59	mg/dL	0.10 - 1.00
Bilirrubina Directa	0.13	mg/dL	0.10 - 0.25
Bilirrubina Indirecta	0.46	mg/dL	0.20 - 0.80
Albumina	3.76	g/dL	3.50 - 4.80
Alanino Amino Transferasa (ALT/TGP)	14	IU/L	7 - 35
Aspartato Amino Transferasa (AST/TGO)	21	IU/L	15 - 41
<b>HEMOGLOBINA GLICOSILADA</b>			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 1 de 19</b>

#### **4. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 2 de 19</b>

## 1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal de salud para el adecuado manejo del paciente antes, durante y posterior de la intervención quirúrgica, ofreciendo un servicio de calidad y cuidando la seguridad del paciente.

## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones de Anestesia y Terapias responsable de la valoración anestésica, la aplicación del procedimiento anestésico y el manejo del dolor post-operatorio, la Subdirección de Enfermería responsable de preparar al paciente antes de entrar a quirófano, así como los cuidados de enfermería post-operatorios, Subdirección de Cirugía responsable de realizar los procedimientos quirúrgicos y la Subdirección de Gestión de Calidad responsable encargada de evaluar la calidad y seguridad de la atención al usuario.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que requieren de intervención quirúrgica.



## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, así como la Subdirección de Anestesia a través de la División de Anestesia y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de realizar el Protocolo Universal de la OMS para una cirugía segura que son: marcaje del sitio quirúrgico, la verificación pre-operatoria y la pausa quirúrgica, hasta la verificación previa a la salida del paciente de la sala de operaciones.
- 3.2 La Dirección Médica a través de todo su personal de salud es responsable de cumplir todas las medidas de asepsia y antisepsia en el área de quirófanos para evitar las infecciones intra-hospitalarias.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica será responsable de verificar la limpieza de la sala de operación, así como el uso y portación convencional del uniforme quirúrgico.
- 3.4 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que se respete el horario de ingreso de los pacientes programados para intervención quirúrgica.
- 3.5 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que todo paciente intervenido quirúrgicamente cuente con la valoración pre anestésica, consentimientos informados, expediente clínico completo según la Norma 004-SSA3-2012, con excepción de pacientes para cirugía de urgencia inestables, exámenes de laboratorio y gabinete vigentes, así como la Hoja de Programación y Registro Individual de pacientes todos debidamente requisitados y con las firmas correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que el cirujano se encuentre a la hora indicada para la intervención quirúrgica programada, teniendo 15 minutos de tolerancia después de los cuales se suspende la misma.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 3 de 19</b>


- 3.7 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable del llenado correcto del Formato “Criterios que deben cumplir al Ingresar un paciente a Quirófano (Cumple-Adelante)” e integrarlo al expediente clínico.
- 3.8 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable del llenado correcto del Formato “Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía” e integrarlo al expediente clínico.
- 3.9 La Subdirección de Enfermería, a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de la preparación pre quirúrgica del paciente, según las indicaciones del médico adscrito.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de verificar que el paquete de instrumental quirúrgico sea el adecuado para la intervención a realizar antes de comenzar el acto quirúrgico.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de asignar al instrumentista, que deberá llevar el control del instrumental y del material quirúrgico utilizado, a fin de que el balance final sea el adecuado y completo.
- 3.12 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, supervisa que una vez que el paciente se encuentre en la sala de operación no sea cambiado por otro paciente.
- 3.13 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, es responsable de verificar antes del inicio del procedimiento quirúrgico, la existencia y suficiencia del material, equipo e instrumental quirúrgico necesario para efectuar la intervención en turno.
- 3.14 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, realiza y/o verifica que se realicen actividades administrativas paralelas o diferidas al acto quirúrgico como: tramitar biopsias trans-operatorias, solicitud de unidades sanguíneas, elaboración de la nota del trans-operatoria, reporte de operaciones, etc.
- 3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia es responsable del paciente, en particular de los procedimientos que implican la conducción de anestesia suministrada al paciente durante el acto quirúrgico, su manejo y vigilancia en el transoperatorio y posoperatorio inmediato.
- 3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia, es responsable del cuidado del paciente en el área de recuperación, transcurrido el tiempo necesario de recuperación evaluará y autorizará el alta del paciente del quirófano a efecto de que realice el traslado a la cama del área de hospitalización, informando al médico tratante y al personal de enfermería.
- 3.17 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de completar la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones al término del procedimiento quirúrgico con los datos generados durante la cirugía.
- 3.18 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de seguir las indicaciones del médico y cuidados del paciente, así como la administración de la medicación y dar aviso al médico de cualquier alteración del paciente.
- 3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia y la Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, son responsables de realizar indicaciones médicas, registradas en el expediente clínico posterior al evento quirúrgico.
- 3.20 La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas, son responsables de informar a los familiares de los pacientes intervenidos, de los hallazgos de la misma, posibles



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 4 de 19</b>


complicaciones y sus condiciones actuales al finalizar su intervención quirúrgica. Así como de los informes días posteriores hasta el día de su alta hospitalaria.

- 3.21 La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas, son responsables de la integración del expediente clínico según la NOM 004-SSA3-2012 durante toda la estancia hospitalaria del paciente.
- 3.22 La Subdirección de Cirugía a través de la División de Gineco-obstetricia es responsable de realizar todos sus procedimientos quirúrgicos, aplicando este procedimiento.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	1	Envía al paciente al área de quirófanos.	Hoja Cumple-Adelante
	2	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTE INTRAHOSPITALARIO	Hojas de enfermería
	3	Recibe paciente verificando la Programación, Nombre y Expediente clínico.  ¿El paciente es correcto?	
	4	No: Envía al paciente a su piso de hospitalización o a sala de espera, Termina el procedimiento	
	5	Si: Coloca al paciente en el área de preparación quirúrgica	
	6	Prepara al paciente según las indicaciones del médico adscrito	
	7	Verifica la limpieza de la sala quirúrgica	
	8	Verifica el material e instrumental necesario en el quirófano según el evento quirúrgico programado	
	9	Verifica que se encuentre el personal completo en el quirófano	
	10	Realiza preparación pre-quirúrgica	
	11	Traslada al paciente a la sala quirúrgica	
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos Médicos)	12	Realiza Hoja Pre-operatoria	Hoja Pre-operatoria
	13	Recibe al paciente en la sala quirúrgica y verifica que sea el paciente correcto	Lista de Verificación de seguridad en la cirugía
	14	Coordina de acciones con el médico anesthesiólogo para iniciar el evento.	Hoja PRIO
	15	Realiza el Marcaje Quirúrgico  ¿Marcaje quirúrgico es correcto?	
	16	No: Verifica nuevamente en el expediente clínico y	

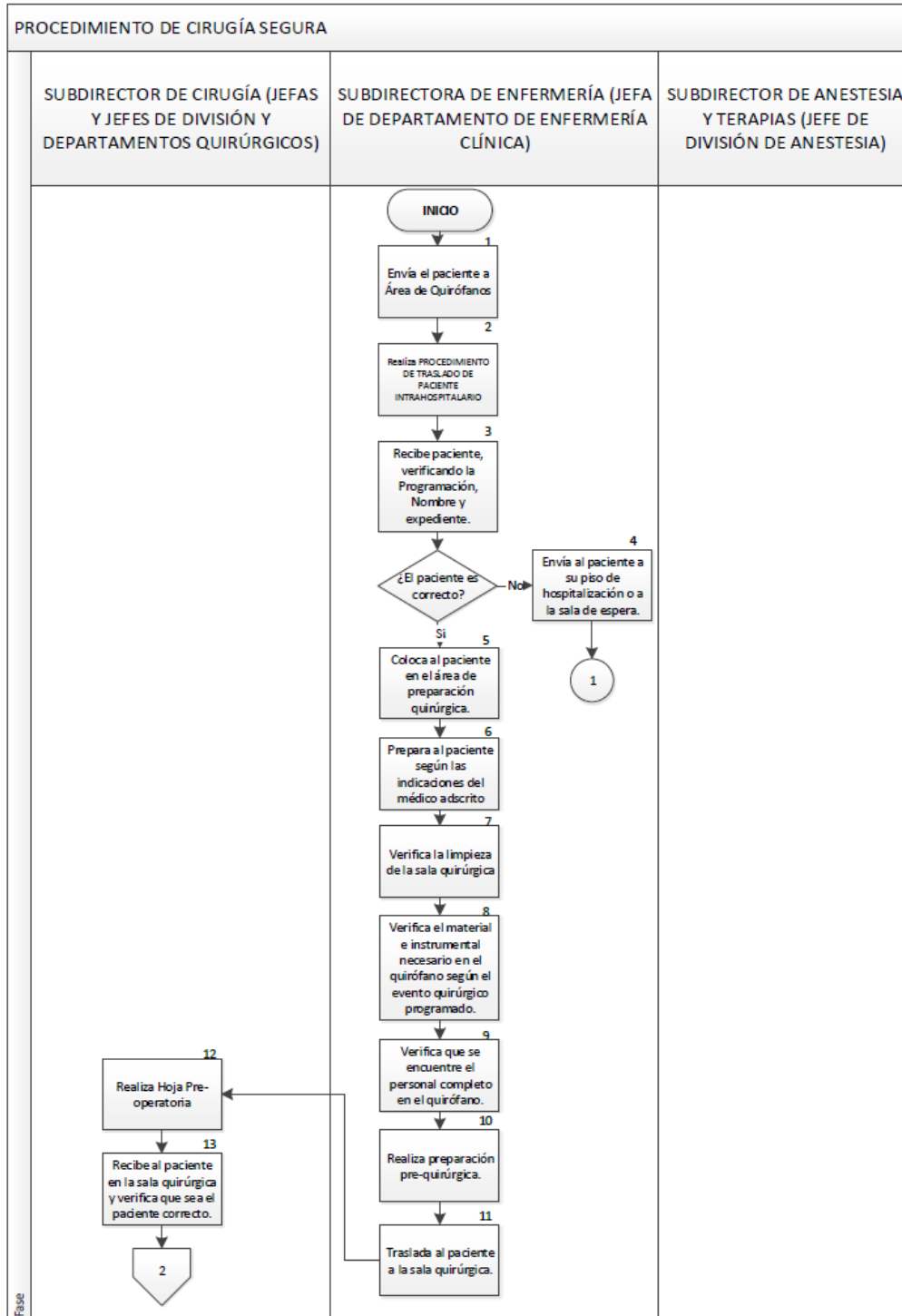
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
	17	<p>en la Hoja PRIO el procedimiento quirúrgico programado, regresa a la actividad 12</p> <p>Si: Solicita pre-medicación profiláctica en caso de que el paciente lo amerite</p>	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	18	Aplica medicación profiláctica, en caso necesario y lo registra en la hoja de enfermería	Hoja de Enfermería
Subdirector de Anestesia y Terapia (Jefe de División de Anestesia)	19	Realiza la Confirmación de datos previa a la Inducción Anestésica o a la aplicación de anestesia regional.	Lista de Verificación de seguridad en la cirugía Hojas de Anestesia
	20	Aplica el procedimiento de anestesia acorde con la intervención a realizar	
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos Médicos)	21	Realiza tiempo fuera, para verificar datos de seguridad del paciente.	Hoja PRIO Indicaciones Médicas
	22	Realiza Intervención Quirúrgica	
	23	Verifica el balance final del material e instrumental quirúrgico ¿Está completa la cuenta de textiles e instrumental?	
	24	No: Notifica al cirujano para revisar la cuenta nuevamente, regresa a la actividad 22	
	25	Si: Verifica hemostasia y realiza cierre final	
	26	Notifica al anesthesiólogo del término de la cirugía	
	27	Completa Hoja PRIO con los datos finales de la cirugía y realiza indicaciones médicas	
Subdirector de Anestesia y Terapia (Jefe de División de Anestesia)	28	Revierte el proceso anestésico	
	29	Valora al paciente en conjunto con el médico tratante para el traslado ¿El paciente está en condiciones para ir a sala de recuperación?	
	30	No: Valora si es necesaria alguna re-intervención	

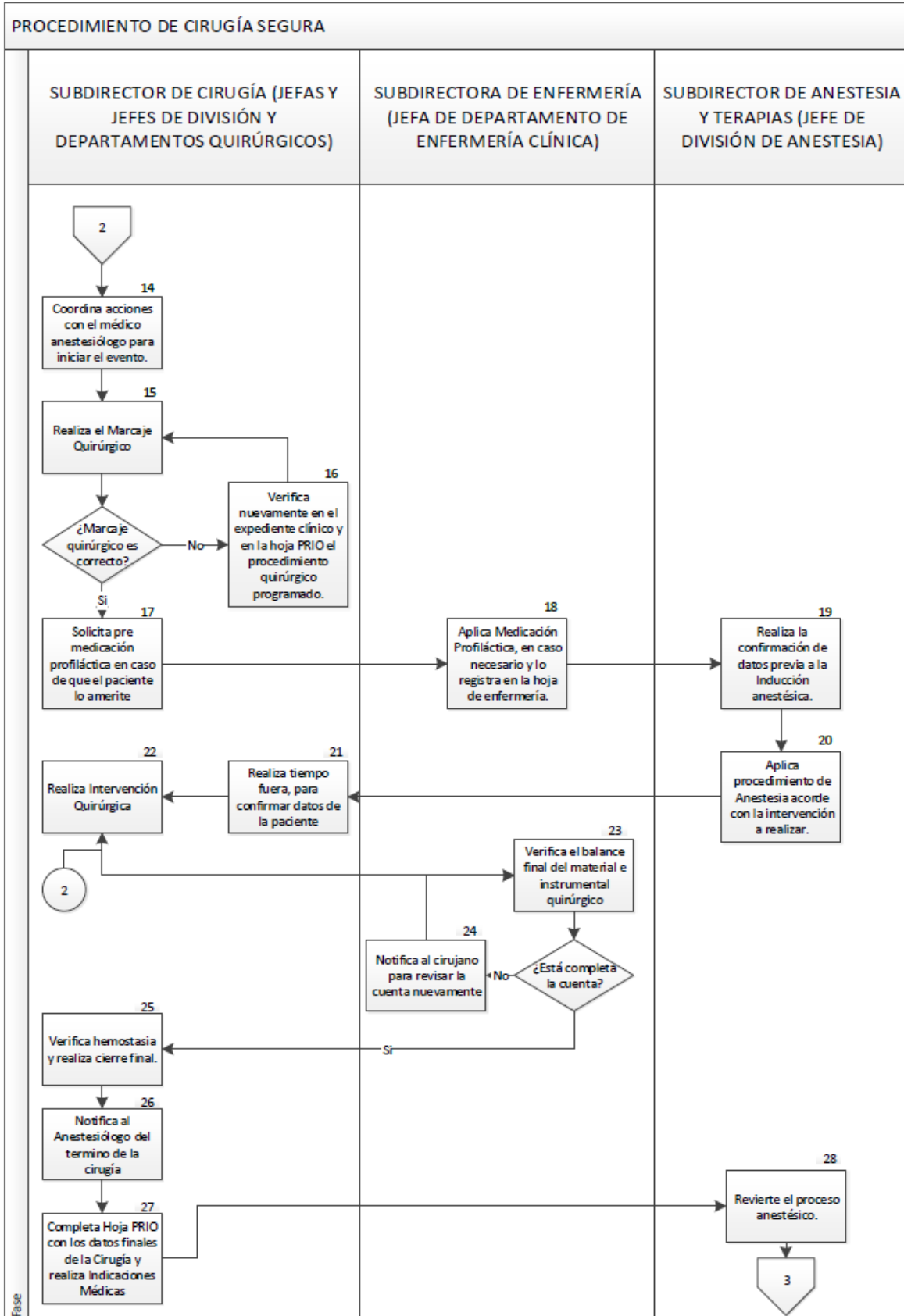
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>

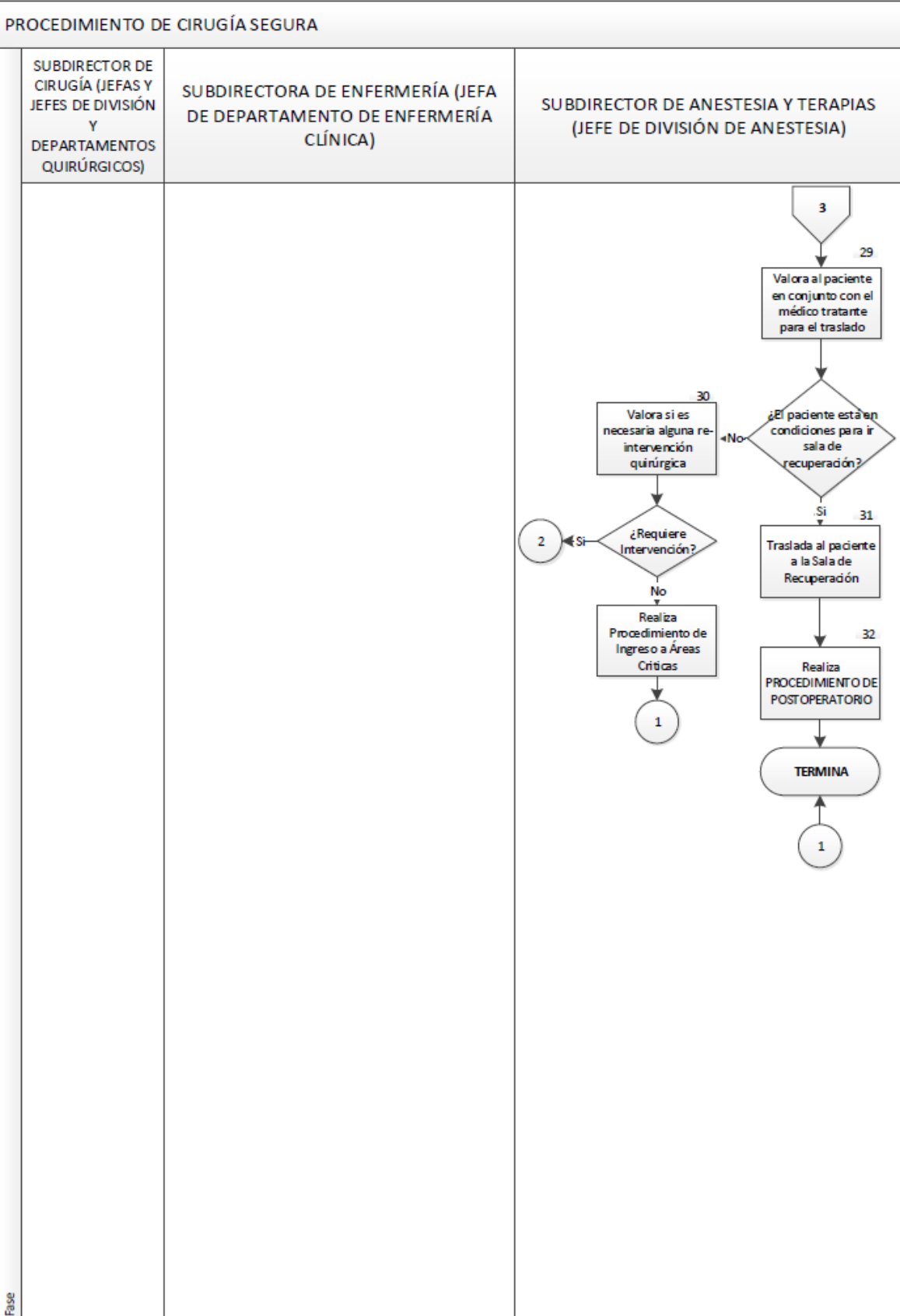
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
		quirúrgica	
		*¿Requiere Intervención quirúrgica?	
		No: Realiza PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA termina el procedimiento	
		Si: Regresa a la actividad 21	
	31	Si: Traslada al paciente a la sala de recuperación	
	32	Realiza <b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b> <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



Finse





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 11 de 19</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 004-SSA3-2012	No Aplica
6.3 Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015	No Aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012	No Aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hojas PRIO	5 años	Subdirección de Cirugía	No aplica
7.2 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No aplica



## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1** Hemostasia: Contención o detención de una hemorragia mediante los mecanismos fisiológicos del organismo o por medio de procedimiento manuales, químicos instrumentales o quirúrgicos
- 8.2** Inducción anestésica: Fase en la cual se administran medicamentos que produce hipnosis, analgesia y relajación muscular.
- 8.3** Marcaje quirúrgico: Es la marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico.
- 8.4** Medicación Profiláctica: son todos los medicamentos que se pueden aplicar antes del procedimiento quirúrgico, como analgésicos o antibióticos.
- 8.5** Médico Tratante: Médico responsable del paciente.
- 8.6** Venoclisis: Pasar soluciones o medicamentos a través de una vena.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	28 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se fusionan dos procedimientos, el procedimiento para el manejo transoperatorio y para el manejo posoperatorio.</li> <li>Actualización de formato y políticas</li> </ul>





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 12 de 19</b>


		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza el diagrama del procedimiento</li> <li>• Se agregan documentos de referencia</li> <li>• Se agregan definiciones en el glosario</li> <li>• Se agregan anexos</li> </ul>
--	--	--

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja "Criterios que deben cumplir al Ingresar un paciente a Quirófano (Cumple-Adelante)"
- 10.2 Hoja Pre-operatoria
- 10.3 Hojas de Enfermería
- 10.4 Hoja "Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía"
- 10.5 Hoja de Programación y Registro Individual de Pacientes

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 13 de 19</b>

## 10.1 HOJA “CRITERIOS QUE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)”


**CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ No. Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)  
 Cirugía Proyectada: \_\_\_\_\_ Médico Tratante: \_\_\_\_\_

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? [Preguntar directamente al paciente]	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? [Inspección visual]	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? [Prótesis, mallas, etc.] Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto]	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses]	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónicas degenerativas]	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? [No aplica en cirugía ambulatoria]	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? [Vigencia máxima de tres meses]	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI) (SI)	(NO) (NO)	(NA) [NO REQUIERE]


SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (a) que verifica los datos de hospitalización. \_\_\_\_\_



Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (a) que verifica los datos en quirófano. \_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 14 de 19</b>

## 10.2 HOJA PRE-OPERATORIA

<b>NOTA PREOPERATORIA</b>	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____		
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____		
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____		
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 16 de 19</b>

## 10.4 HOJA “LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA”



**Hospital General “Dr. Manuel Gea González”**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Procedimiento Quirúrgico: \_\_\_\_\_

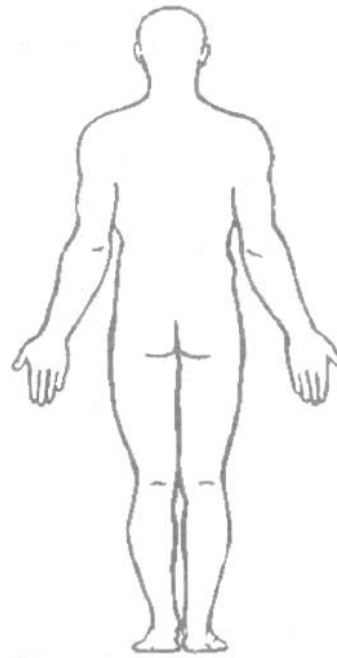
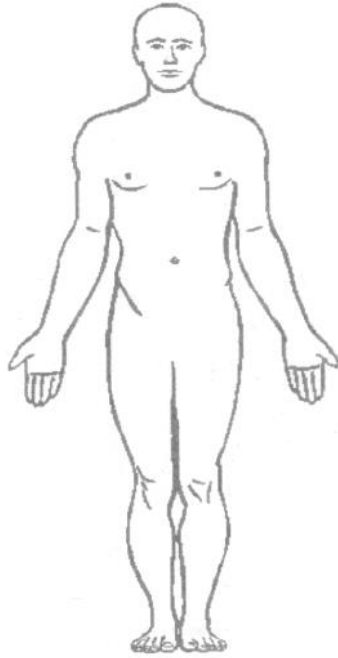
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;"><b>ENTRADA</b></p> <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO - SU IDENTIDAD - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO - SU CONSENTIMIENTO <hr/> <input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO <hr/> <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <hr/> <input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA <hr/> <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO <hr/> ¿TIENE EL PACIENTE: ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ VÍA AÉREA DIFÍCIL/ RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO / AYUDA DISPONIBLE <hr/> RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ <hr/> <input type="checkbox"/> SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS <input type="checkbox"/> CRUCE DE SANGRE <input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES <hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO Y CED. PROF.</b>	<p style="text-align: center;"><b>PAUSA QUIRÚRGICA</b></p> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN <hr/> <input type="checkbox"/> ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE: (Time Out/Tempo Fuera) - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR <hr/> PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO COMENTA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA <hr/> <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO <hr/> <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVIS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO <hr/> <input type="checkbox"/> CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS <hr/> ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS < 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <hr/> ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</b>	<p style="text-align: center;"><b>SALIDA</b></p> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <hr/> <input type="checkbox"/> QUE EL RECuento DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO, LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS <input type="checkbox"/> MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS <hr/> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PLAN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.) <hr/> ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ REPORTE DEL EVENTO ADVERSO <hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</b>

PROTOCOLO UNIVERSAL: Marcado del Sitio Quirúrgico / Proceso de verificación preoperatoria / Paciente correcto / Sitio correcto / Procedimiento correcto

**SÍMBOLO MARCAJE \* (ASTERISCO)**

*Esta hoja se debe anexar al expediente clínico*

MARCAJE  
DOCUMENTAL



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 18 de 19</b>

## 10.5 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:			Registro:		
Fecha de Nacimiento:			Peso:		
Edad:	Sexo: masculino ( )	femenino ( )	Cama:		
Servicio:		Clínica:		Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	da	mes	año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da	mes	año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da	mes	año	Hora de Recepción:	
Electiva ( )		Urgencia ( )		EMERGENCIA ( )	
				Ambulatoria ( si ) ( no )	
Durante la Operación se requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los servicios de:		
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:			Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General ( ) Local ( ) Regional ( )		
Médico Solicitante			Médico Jefe de la División		
Firma			Firma		
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	
Cédula Profesional		Nombre		Cédula Profesional	
Diagnóstico Preoperatorio:			Diagnóstico Postoperatorio:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Operación Planeada:			Operación Realizada:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Cirujano:			Estudio Histopatológico: ( si ) ( no )		
1er. Ayudante:			Pieza:		
2º. Ayudante:			RayosX:		
3er. Ayudante:			Drenajes: ( si ) ( no )		Tipo:
Instrumentista:			Difermimiento de Cirugía: ( si ) ( no )		
Circulante:			Motivo debido a: Paciente ( ) Institución ( )		
Anestesiólogo:			Especifique:		
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio	Cirugía: _____	Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Hora de término	Cirugía: _____	Anestesia: _____
Gasas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.		
Compresas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.		
Instrumental	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.		
Punzocortantes	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )			

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Anestesia y Terapias</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 19 de 19</b>





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( ) femenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: ____ por minuto	Tensión Arterial: ____ / ____ mmHg Temperatura: ____ °C	
Peso: ____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: ____ por minuto		
Talla: ____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: ____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable ( ) Inestable ( ) Fallecido ( )			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( )			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional



06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA		Hoja: 1 de 12

## 5. PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades y lineamientos para todo el personal de salud involucrado en el manejo Anestésico, proporcionando en todo paciente que será sometido a una intervención quirúrgica, un manejo anestésico seguro y de calidad.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Cirugía es responsable del envío de los pacientes que se someterán a un procedimiento quirúrgico. División de Anestesiología es responsable de valorar a los pacientes para calcularles su riesgo anestésico-quirúrgico y de esta forma prevenir cualquier eventualidad en el evento quirúrgico. Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, así como el Departamento de Quirófano es responsable de realizar el llenado y actividades de la Hoja de Cumple-Adelante para una cirugía segura.

2.2 A nivel externo es aplicable a todo paciente que amerite un procedimiento quirúrgico y anestésico.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas es responsable de solicitar a todo paciente que amerita alguna intervención quirúrgica, la valoración preanestésica.



3.2 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de realizar la Valoración Preanestésica por el médico anestesiólogo en turno, previo al paso del paciente en quirófano.

3.3 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas es responsable de solicitar a todo paciente que se le realizará una cirugía programada, su Valoración Preoperatoria (Cardiovascular) si éste tiene enfermedades crónico-degenerativas o enfermedades que ameriten revisión por otros especialistas, o tengan igual o más de 40 años sin crónico-degenerativas.

3.4 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable, ya teniendo la valoración preoperatoria o cardiovascular, se podrán enviar los pacientes a cita para realizarles la valoración preanestésica, con esto los pacientes aseguran la disminución de eventos adversos o complicaciones anestésicas, ya que se conoce de forma amplia su condición de vulnerabilidad a fármacos u otra condición médica., así se puede emplear la técnica anestésica más adecuada y los fármacos menos dañinos, si se cuentan con ellos.

3.5 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas es responsable de solo programar a los pacientes cuando cuenten con todos los trámites médico-administrativos.

3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, así como el Departamento de Quirófanos son responsables de verificar en la programación, así como el expediente, haciendo una adecuada y minuciosa revisión de los datos del paciente, diagnósticos y procedimiento a realizar, entre otras observaciones. Una vez confirman la adecuada correlación de expediente y paciente, se pasa el paciente al Área Pre-quirúrgica.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

3.7 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable del llenado de la Hoja de “Criterios que se deben cumplir al ingresar un paciente a quirófano (CUMPLE –ADELANTE)”.


3.8 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de verificar en el Área Pre-quirúrgica, la valoración preanestésica realizada.

3.9 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como el Departamento de Enfermería Clínica son responsables de trasladar al paciente al quirófano.

3.10 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de verificar que todos los equipos e insumos necesarios para el procedimiento anestésico se encuentren completos y funcionales.

3.11 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de realizar el llenado la “Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía”.

3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Divisiones Quirúrgicas son responsables de trasladar al paciente a la Sala de Post-operatorio cuando el paciente se encuentre estable.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA. Hoja: 4 de 12</b>

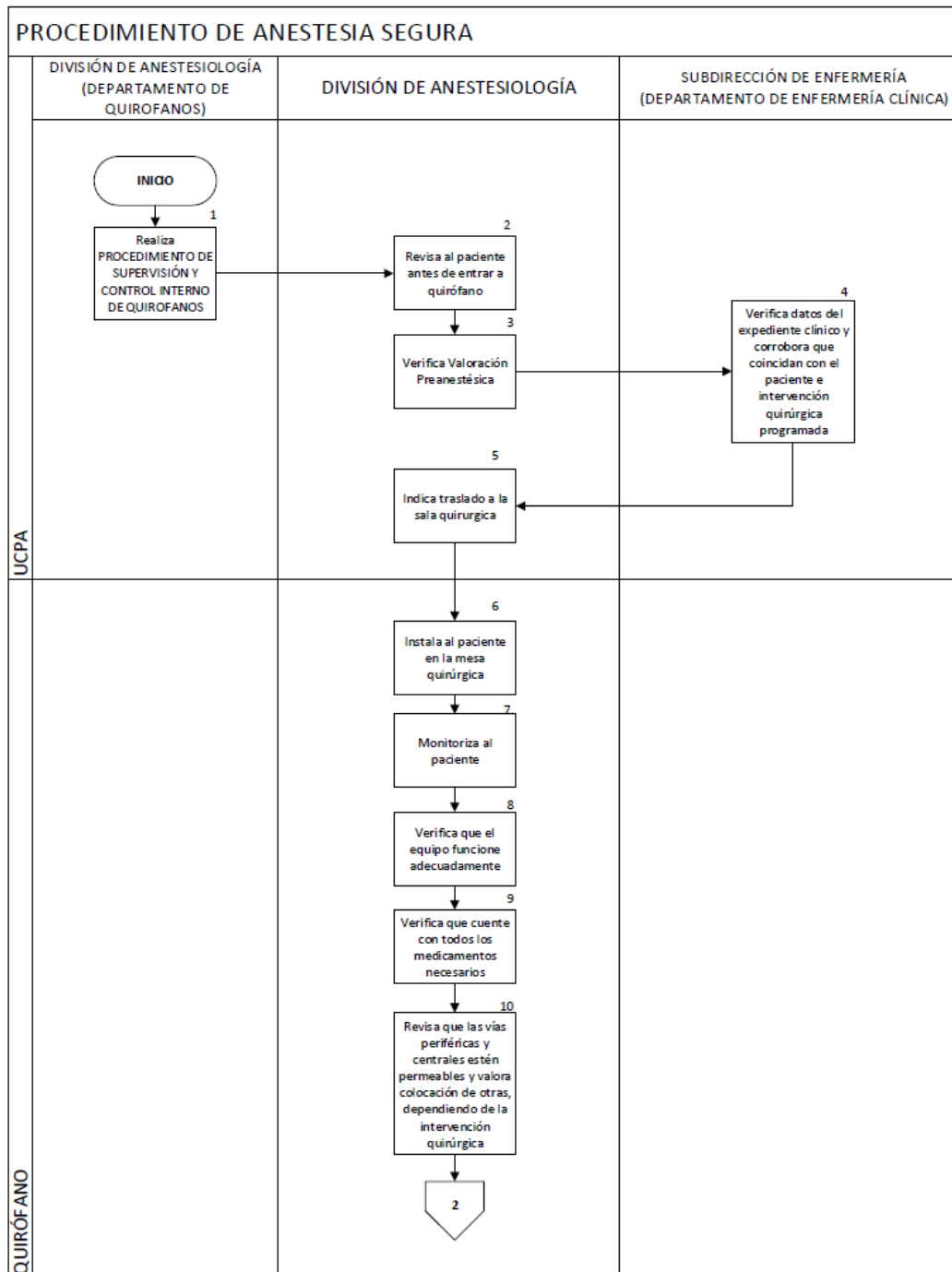
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
<b>UNIDAD DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS (UCPA)</b>			
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (DEPARTAMENTO DE QUIROFANOS)</b>	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL INTERNA DE QUIROFANOS	
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA</b>	2	Revisa al paciente antes de entrar a quirófanos	
	3	Verifica Valoración Preanestésica	
<b>SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPRATEMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)</b>	4	Verifica datos del expediente clínico y corrobora que coincidan con el paciente e intervención quirúrgica programada	Hoja de Criterios que se deben cumplir al ingresar un paciente a quirófano (CUMPLE –ADELANTE)
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA</b>	5	Indica traslado a la sala quirúrgica	
<b>QUIRÓFANO</b>			
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA</b>	6	Instala al paciente en la mesa quirúrgica	Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía  Hoja Transanestésica
	7	Monitoriza al paciente	
	8	Verifica que el equipo funcione adecuadamente	
	9	Verifica que cuente con todos los medicamentos necesarios	
	10	Revisa que las vías periféricas y centrales estén permeables y valora colocación de otras, dependiendo de la intervención quirúrgica	
	11	Realiza Pre-medicación	
	12	Inicia técnica Anestésica Programada	
	13	Elabora Registro Transanestésico	
	14	Realiza Vigilancia Transanestésica	



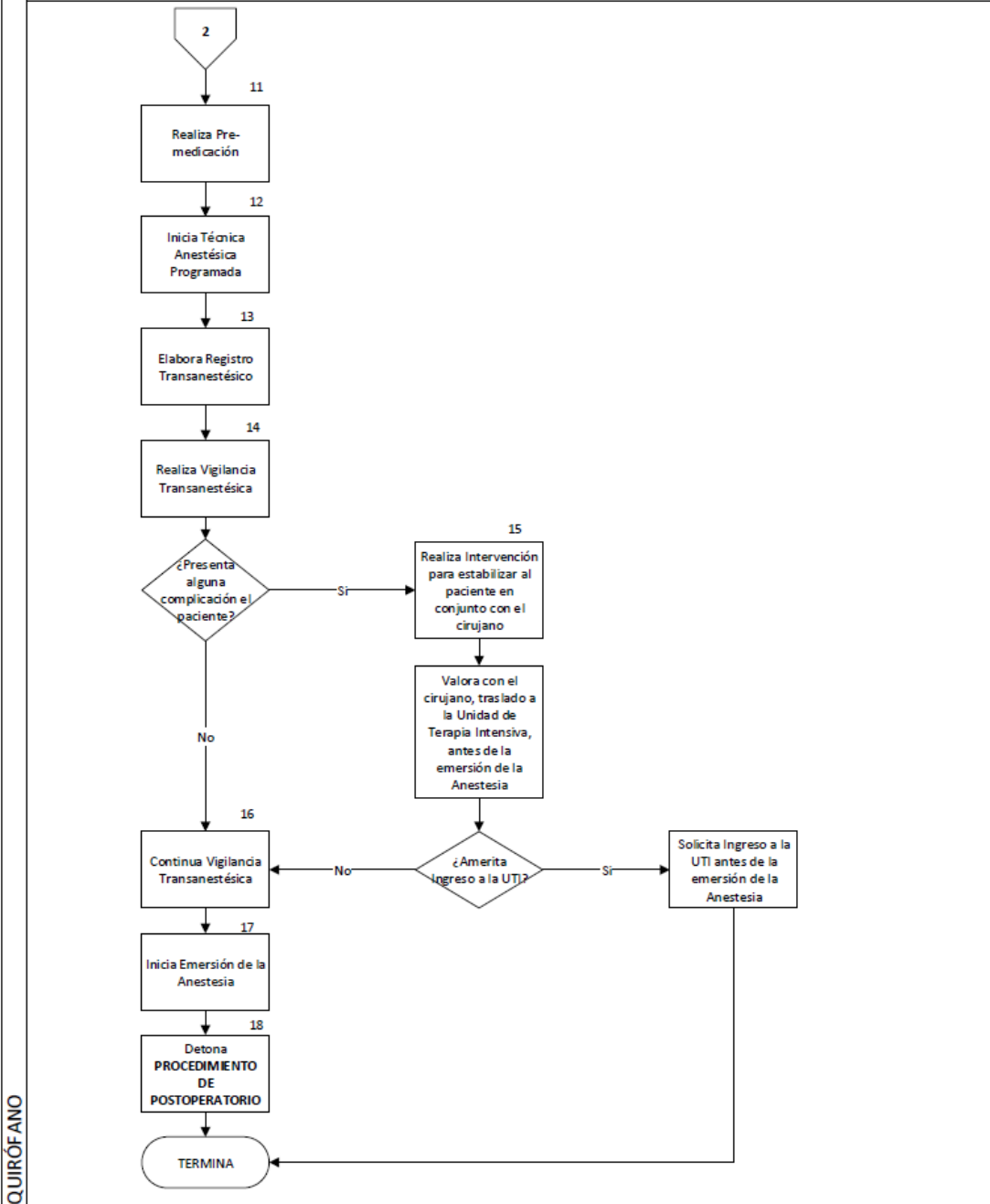
	15	<p>¿Presenta alguna complicación el paciente?</p> <p>Si: Realiza Intervención para estabilizar al paciente en conjunto con el cirujano</p>	
		<p>Valora con el cirujano, traslado a la Unidad de Terapia Intensiva, antes de la emersión de la anestesia</p> <p>¿Amerita Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva?</p> <p>Si: Solicita Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva antes de la emersión de la Anestesia. <b>Termina Procedimiento</b></p>	
	16	No: Continúa Vigilancia Transanestésica	
	17	Inicia Emersión de la Anestesia o traslado a la Unidad de Cuidados Postoperatorios (UCPA)	
	18	Detona PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





**PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA**

**DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA**



QUIRÓFANO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 8 de 12</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Especifico	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología	No Aplica

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cirugía Electiva o programada:** Acontece cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado para su tratamiento, ejemplos; Procedimientos de cataratas, colocación de prótesis ortopédicas, o por decisión propia 8 cirugía estética) etc. Realizándose su valoración preanestésica horas antes o días previos, así como su valoración perioperatoria (cardiovascular, etc.).

**8.2 Cirugía de Emergencia:** La cirugía de emergencia es aquella que acontece cuando existe una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y requiere de una actuación quirúrgica inmediata dentro de los primeros 30 min a 2hrs, ejemplo: desprendimiento de placenta, bradicardia o sufrimiento fetal, lesión arterial traumática, entre otros.

**8.3 Cirugía de Urgencia:** La cirugía de urgencia se realiza en pacientes que requieren una valoración y acción inmediata para salvar la vida del paciente o la función de alguna parte de su cuerpo, esto dentro de las primeras 24hrs posterior al diagnóstico. Estas cirugías no son programadas y requieren un diagnóstico e intervención rápidas para evitar mayores complicaciones en el paciente, ejemplos: apendicitis, hernia estrangulada, embarazo ectópico no roto, torsión de ovario o testículo, etc.



**8.4 Exploración del paciente:** Revisión física con aparatos (respiratorio, digestivo) y sistemas (cardiovascular).

**8.5 Valoración Cardiológica o cardiovascular:** es la evaluación que está orientada en el estado cardiovascular del paciente, engloba el corazón, arterias y venas. Concluye con un diagnóstico sobre el estado cardiovascular del paciente, así como el grado de riesgo de sufrir algún evento cardiovascular.

**8.6 Valoración Preanestésica:** Exploración y auscultación física a los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico, así como revisión de resultados de laboratorio y gabinete, con la finalidad de identificar detalladamente el estado físico del paciente y así asegurar la vida del paciente.

**8.7 Valoración Preoperatoria:** es la evaluación que combina instrumentos de clasificación en los que se tienen en cuenta la intensidad del estrés quirúrgico, elementos clínicos y biológicos y la tolerancia clínica del paciente al esfuerzo.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 9 de 12</b>

## 9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
NO APLICA	NO APLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO APLICA</li> </ul>

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO


10.1 Hoja de Criterios que se deben cumplir al ingresar un paciente a quirófano (CUMPLE – ADELANTE)

10.2 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía

10.3 Hoja Transanestésica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 10 de 12</b>

## 10.1 HOJA DE CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE –ADELANTE)


**CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ No. Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)  
 Cirugía Proyectada: \_\_\_\_\_ Médico Tratante: \_\_\_\_\_

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? [Preguntar directamente al paciente]	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? [Inspección visual]	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? [Prótesis, mallas, etc.] Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto]	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses]	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónicas degenerativas]	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? [No aplica en cirugía ambulatoria]	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? [Vigencia máxima de tres meses]	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI) (SI)	(NO) (NO)	(NA) (NO REQUIERE)

SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos de hospitalización. \_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos en quirófano. \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 11 de 12</b>

## 10.2 LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA



**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Procedimiento Quirúrgico: \_\_\_\_\_

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;"><b>ENTRADA</b></p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SU IDENTIDAD</li> <li>- EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>- EL PROCEDIMIENTO</li> <li>- SU CONSENTIMIENTO</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <hr/> <p>¿TIENE EL PACIENTE:</p> <p>ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO / AYUDA DISPONIBLE</p> <hr/> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA &gt; 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS</p> <p><input type="checkbox"/> CRUCE DE SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO Y CED. PROF.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PAUSA QUIRÚRGICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE: (Time Out/Tiempo Fuera)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li>- EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>- EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;">PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO COMENTA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISÁ: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS</p> <hr/> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS &lt; 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESÉN CIALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SALIDA</b></p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> QUE EL RECUESTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO, LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PLAN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)</p> <hr/> <p>¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>REPORTE DEL EVENTO ADVERSO</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</b></p>

PROTOCOLO UNIVERSAL: Marcado del Sitio Quirúrgico / Proceso de verificación preoperatoria / Paciente correcto / Sitio correcto / Procedimiento correcto

**SÍMBOLO MARCAJE \* (ASTERISCO)**

*Esta hoja se debe anexar al expediente clínico*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA</b>		<b>Hoja: 12 de 12</b>

### 10.3 HOJA TRANSANESTÉSICA



Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA

**NOTA TRANSANESTÉSICA** Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnósticos y problemas clínicos: \_\_\_\_\_

Cirugía programada: \_\_\_\_\_

Cirugía realizada: \_\_\_\_\_

Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

Inicio de anestesia: \_\_\_\_\_ Término de anestesia: \_\_\_\_\_ Inicio cirugía: \_\_\_\_\_ Término cirugía \_\_\_\_\_

Dosis de los medicamentos y/o agentes que fueron utilizados y los tiempos en que fueron administrados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Técnica anestésica utilizada: \_\_\_\_\_ Intubación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dispositivo supraglótico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Se utilizaron fármacos para revertir: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

En caso de tratarse de un bloqueo de conducción \_\_\_\_\_

Tipo de bloqueo \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_

**Recién nacido**

Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_ Capurro: \_\_\_\_\_ Silvermann: \_\_\_\_\_

**Balace hídrico**

Tipo y cantidad de líquidos administrados: Cristaloides: \_\_\_\_\_ Coloides: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Hemoderivados: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Ingresos: \_\_\_\_\_ Egresos: \_\_\_\_\_ Balance total: \_\_\_\_\_

Contingencias, accidentes o incidentes: \_\_\_\_\_

Estado del paciente al salir de la sala: \_\_\_\_\_

Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma \_\_\_\_\_

**NOTA POSTANESTÉSICA** Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_

Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

Técnica anestésica utilizada: \_\_\_\_\_ Duración de la anestesia: \_\_\_\_\_

Fármacos y medicamentos administrados: \_\_\_\_\_

Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transanestésicos: \_\_\_\_\_

Balace Hídrico: Ingresos: \_\_\_\_\_ Egresos \_\_\_\_\_ Balance total \_\_\_\_\_

Cuantificación de sangre y/o soluciones administradas: Cristaloides \_\_\_\_\_ Coloides \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Hemoderivados: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_ Diuresis: \_\_\_\_\_ Sangrado: \_\_\_\_\_

Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia: \_\_\_\_\_

Aldrete del paciente a su egreso \_\_\_\_\_ Egresos a Hospitalización \_\_\_\_\_ UCPA \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Plan de manejo y tratamiento inmediato (Indicaciones) \_\_\_\_\_

Analgesia planeada: IV \_\_\_\_\_ Regional \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma \_\_\_\_\_

**NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO** Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Cirugía realizada: \_\_\_\_\_



Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Aldrete \_\_\_\_\_ Bromaje \_\_\_\_\_ EVA \_\_\_\_\_

Evolución y tratamiento durante su estancia en UCPA \_\_\_\_\_

Sitio a donde egresa: Hospitalización \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Náusea y/o vómito SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 1 de 40</b>

## 6. PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 2 de 40</b>

## 1.0 PROPOSITO



- 1.1 Establecer la metodología a seguir para el adecuado y oportuno traslado, instalación y vigilancia del paciente en su cama de recuperación, posterior a su egreso del quirófano, para evitar complicaciones y mantener estable su estado general. Así como el adecuado manejo del dolor agudo post-operatorio.

## 2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Anestesiología responsable de los cuidados post-anestésicos de todo paciente quirúrgico, División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor responsable del manejo del dolor post-operatorio de todo paciente que se someta a un procedimiento quirúrgico. Subdirección Cirugía responsable del cuidado del paciente post-quirúrgico, y Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsable de los cuidados de enfermería, así como la valoración del dolor en conjunto con el médico tratante.
- 2.2 A nivel externo aplica a todo paciente que sea sometido a un procedimiento quirúrgico.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de que la instalación de todo paciente postquirúrgico en su cama de recuperación implica una vigilancia de su recuperación satisfactoria en el postoperatorio inmediato.
- 3.2 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de que todo paciente instalado en su cama correspondiente, deberán contar con las respectivas indicaciones médicas, registradas en su expediente clínico por el médico cirujano y el anesthesiólogo de ser necesario.
- 3.3 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de informar al paciente y familiares al término de la cirugía, de los hallazgos de la misma, operación efectuada, posibles complicaciones y sus condiciones actuales, así como el plan médico.
- 3.4 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de realizar la Nota Postoperatoria y Notas de cuidados del paciente en su expediente.
- 3.5 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de recibir los cuidados y la vigilancia post-anestésicos en todos los pacientes que reciban anestesia general, neuroaxial, regional o sedación.
- 3.6 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de la supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en la sala de recuperación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 3 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

- 3.7 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos, La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica y Personal de Camillería son responsables de entregar el paciente en el área de recuperación, con la hoja de registro preanestésica, trans-anestésica y el expediente clínico al médico del servicio de anestesiología responsable del área de recuperación.
- 3.8 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de incluir en el expediente clínico la Nota de evolución Trans-anestésica que incluya: técnica anestésica, medicamentos inductores, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hídrico, medicamentos revertidores si se utilizó, líquidos parenterales, analgésicos (esto podrá anotarse por indicación del cirujano) y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de conciencia.
- 3.9 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de registrar en el programa de control digital (Excel) los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, fecha y número de registro, diagnóstico preoperatorio, cirugía proyectada, ASA, tiempos quirúrgicos y anestésicos, tipo de anestesia, nombre de anestesiólogos y cirujanos implicados en el procedimiento efectuado y observaciones.
- 3.10 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable que, durante la recuperación post-anestésica, es necesario observar minuciosamente el monitoreo de oxigenación, ventilación y circulación, mediante métodos adecuados a las condiciones físicas del paciente, cada cinco, diez o más minutos, o menos si así se considera. Deberá emplearse un método cuantitativo para evaluar la oxigenación, como la oximetría de pulso. Además, se deberá evaluar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Se recomienda el uso de una escala de evaluación del paciente (ALDRETE), donde sólo pasará o se recibirá al paciente en la Unidad de Cuidados post-anestésicos con una calificación igual o mayor de 8 de ALDRETE.
- 3.11 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de solicitar por medio de Interconsulta a la Unidad de Terapia Intensiva, cuando las condiciones del paciente lo requieran, y sea necesaria su intervención.
- 3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable del alta de los pacientes de la Sala de Recuperación.
- 3.13 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de facilitar el egreso del paciente ambulatorio, acompañado al paciente y familiar.
- 3.14 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de cumplir los siguientes criterios para trasladar a un paciente de quirófano a sala de recuperación:
- Deberá haber concluido el evento quirúrgico anestésico.
  - Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo anormal.
  - Deberá haberse extubado al paciente, en caso de anestesia general, y no tener datos de insuficiencia respiratoria.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 4 de 40</b>

- Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea.
  - La oximetría de pulso debe encontrarse en límites normales, de acuerdo a la edad y condiciones previas del paciente.
  - Deberá tener signos vitales estables y en límites normales.
  - Deberá tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis.
  - En caso de tener sondas o drenajes, éstos deberán estar funcionando óptimamente.
  - Deberá contar con hoja de registro anestésico adecuadamente elaborada y completa incluyendo incidentes o accidentes sucedidos.
  - Deberá entregarse la hoja trans-anestésica que incluya: medicamentos inductores, intubación requerida, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hidroelectrolítico, medicamentos revertidores, total de administración de líquidos parenterales y de analgésicos postoperatorios y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de la conciencia, al llegar a recuperación.
  - En caso de tratarse de un bloqueo neuroaxial, regional o sedación, así mismo la hoja trans-anestésica deberá incluir todos los datos referentes a dicha metodología.
  - Se entregará personalmente el paciente, la hoja de registro trans-anestésica y el expediente clínico al médico del servicio de anestesiología responsable del área de recuperación.
- 3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de firmar la Nota Post-anestésica y la Nota egreso de Recuperación. La primera médico anestesiólogo responsable del paciente en sala quirúrgica, y la segunda el anestesiólogo del Área de recuperación.
- 3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la Nota Post-anestésica con los datos siguientes:
- a. Tipo de anestesia aplicada.
  - b. Medicamentos utilizados.
  - c. Duración de la anestesia.
  - d. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia.
  - e. Cantidad de sangre y soluciones aplicadas.
  - f. Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano.
  - g. Plan de manejo y tratamiento inmediato.
- 3.17 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable, durante la recuperación post-anestésica, de emplearse un método cuantitativo para evaluar la oxigenación, con la oximetría de pulso, así como monitoreo tipo I (no invasivo que miden la tensión arterial=TA, frecuencia cardíaca=FC, frecuencia respiratoria por pletismografía=FR, Temperatura= T°C y saturación de oxígeno= SaO2).




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 5 de 40</b>

- 3.18 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de aplicar la escala de evaluación del paciente post-anestésico ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, colaboración y estado de la conciencia, siempre y cuando no se usen revertidores al final de la operación o se consigne qué revertidores se han empleado.
- 3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de la supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en esta unidad.
- 3.20 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable la vigilancia continua en la unidad de cuidados post-anestésicos, que sea capaz de manejar las complicaciones que se originen y en caso necesario proceder a la reanimación cardiopulmonar.
- 3.21 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable del área de recuperación dará de alta a los pacientes de la unidad de cuidados post-anestésicos.
- Los criterios utilizados para dar de alta a los pacientes de esta unidad, serán los establecidos por el departamento de anestesiología en el manual de procedimientos respectivo, que establecerá en qué momento puede retirarse el médico responsable y hacia dónde se envía al paciente (a cama, a su domicilio, Unidad de cuidados intensivos etc.).
- 3.22 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la nota de egreso con los datos siguientes:
- a. Resumen de la evolución y estado actual del paciente.
  - b. Llenar el rubro de Egreso en la hoja de alta


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA</b>	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA Y CIRUGÍA SEGURA	
	2	Instala al paciente en sala de recuperación, en coordinación con el personal de enfermería	
		Acompaña la instalación del paciente en sala de recuperación	
	3	Proporciona al médico encargado del área de recuperación, las condiciones pre-anestésicas y del desarrollo anestésico-quirúrgico del paciente.	
	4	Elabora reporte sobre el estado general del paciente y lo entrega al personal del área de recuperación	
<b>SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)</b>	5	Realiza Nota Post-Operatoria e Indicaciones Médicas	
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (DIVISIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA, SALA DE RECUPERACIÓN, MÉDICO DE RECUPERACIÓN)</b>	6	Recibe reporte sobre el estado general del paciente, a la llegada de paciente en sala de recuperación.	
	7	Registra el estado del paciente a la llegada de la sala de recuperación	
	8	Registra datos en libretas de control y da indicaciones sobre el manejo médico	
	9	Vigila periódicamente al paciente	
	10	Elabora reporte por escrito mientras el paciente permanezca en sala de recuperación	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>

	<p><b>11</b> Valora al paciente y determina alta en la sala de recuperación</p> <p>¿Requiere hospitalización?</p> <p><b>12</b> No: Determina alta hospitalaria</p> <p>Valoran en conjunto tanto anestesiología como cirugía al paciente</p> <p>Elabora reporte en conjunto con cirugía para el alta del paciente de la sala de recuperación</p> <p>Realiza PROCEDIMIENTO DE PREALTA Y ALTA HOSPITALARIA, TERMINA PROCEDIMIENTO</p> <p><b>13</b> Si: Notifica al médico adscrito</p> <p><b>14</b> Verifica si el paciente es de cirugía ambulatoria</p> <p>¿Fue cirugía ambulatoria?</p> <p><b>15</b> Si: Notifica al médico adscrito y da alta de cirugía ambulatoria</p> <p>Realiza PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE URGENCIAS, continua actividad 15.</p> <p><b>16</b> No: Valoran al paciente en conjunto anestesiología y cirugía, y deciden el momento indicado para que baje a piso de hospitalización</p> <p><b>17</b> Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</p>	
<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA</b>	<p><b>18</b> Entrega al paciente en el piso de Hospitalización con su expediente clínico e Indicaciones Médicas</p> <p><b>19</b> Instala al paciente en su cama y revisa indicaciones médicas</p>	

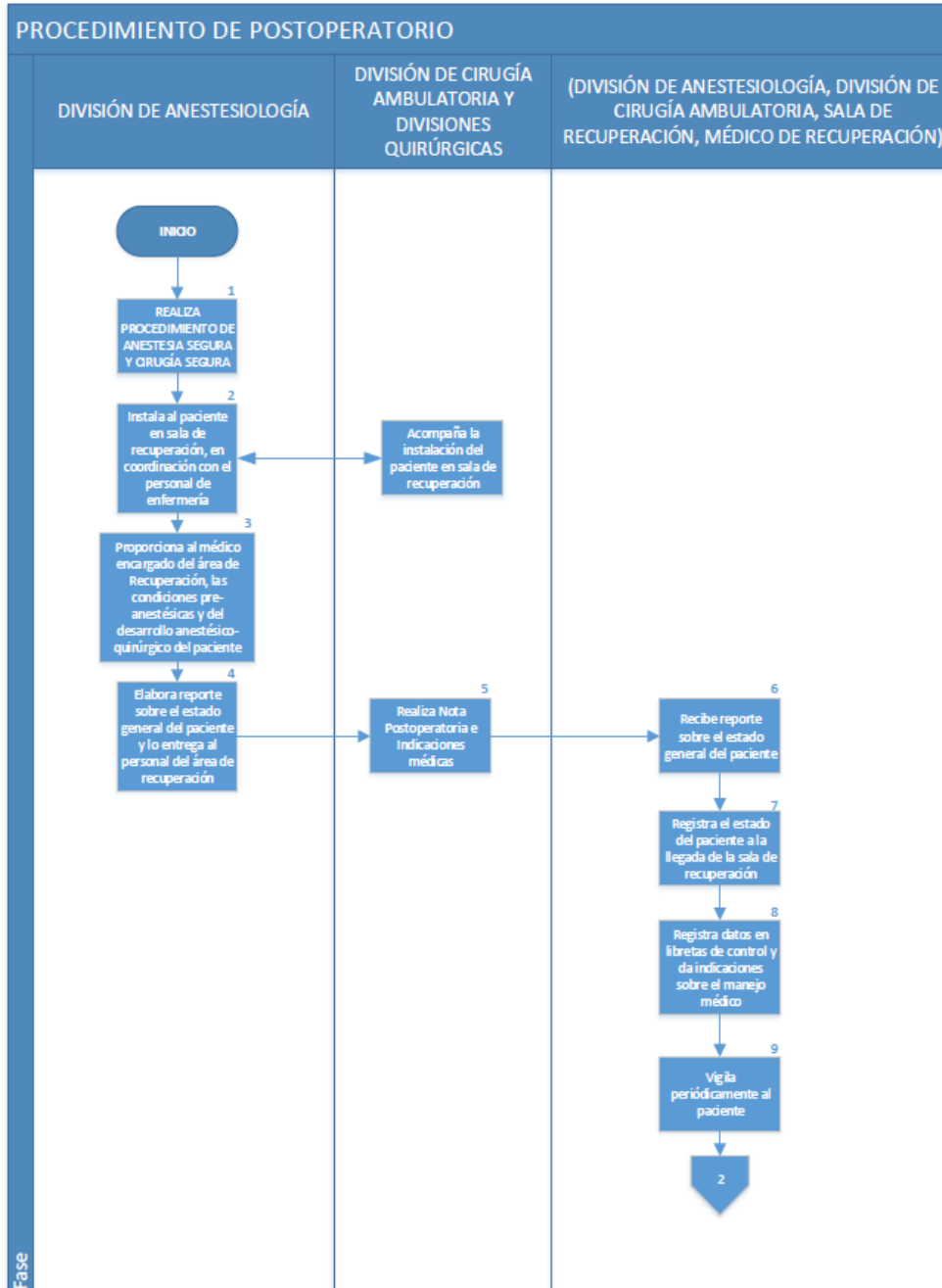
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>	

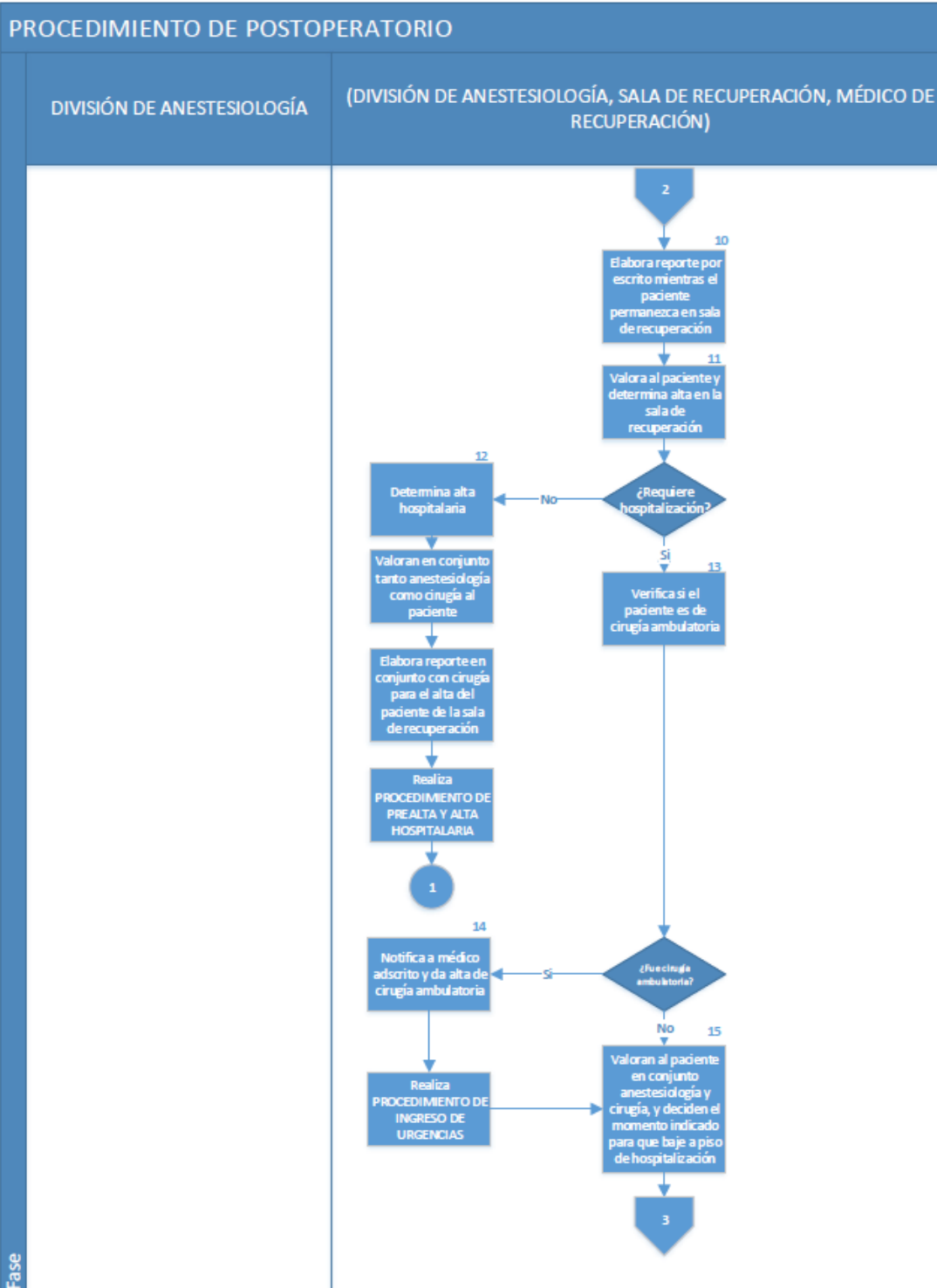
	<b>20</b>	Realiza cuidados del paciente de acuerdo a las indicaciones médicas.	
	<b>21</b>	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN.	
<b>SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)</b>	<b>22</b>	Evalúa el estado de salud del paciente y evolución	
	<b>23</b>	Elabora nota de evolución del paciente según su evolución	
	<b>24</b>	Elabora Indicaciones médicas	
<b>DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (CLÍNICA DEL DOLOR)</b>	<b>25</b>	Pasa visita para valorar si el paciente tiene dolor postoperatorio	
	<b>26</b>	Determina tipo de dolor	
	<b>27</b>	Establece la necesidad que sea atendido por todo el equipo multidisciplinario  ¿Amerita Intervención?	
	<b>28</b>	Si: Realiza la valoración por el equipo y determina si la evaluación se realiza cada 24 horas o cada 12 horas  Indica manejo y realiza nota de evolución  Notifica al médico adscrito de la intervención y en caso necesario al egreso del paciente le solicita que lo envíe a la clínica del dolor, continua en la actividad 30.	
	<b>29</b>	No: Continua valoración  En caso de dolor se realiza cambios de medicación en las indicaciones médicas	
<b>SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)</b>	<b>30</b>	Continua atención del paciente	
	<b>31</b>	Determina el Alta hospitalaria del paciente  ¿El paciente cumple criterios de egreso?	

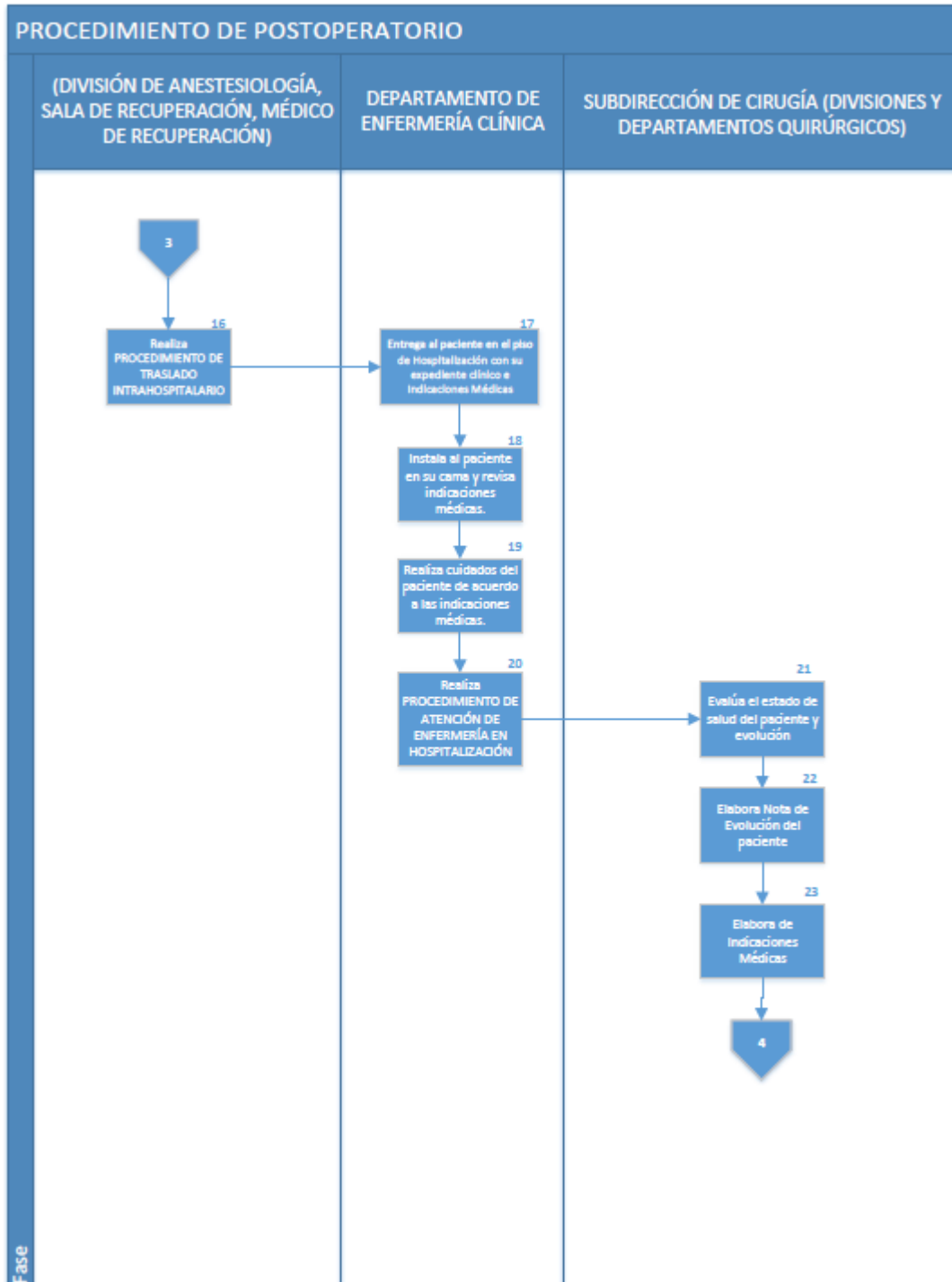
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>	

	<b>32</b>	No: Revalora hasta el egreso del paciente, regresa a la actividad 31	
	<b>33</b>	Si: REALIZA PROCEDIMIENTO DE PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

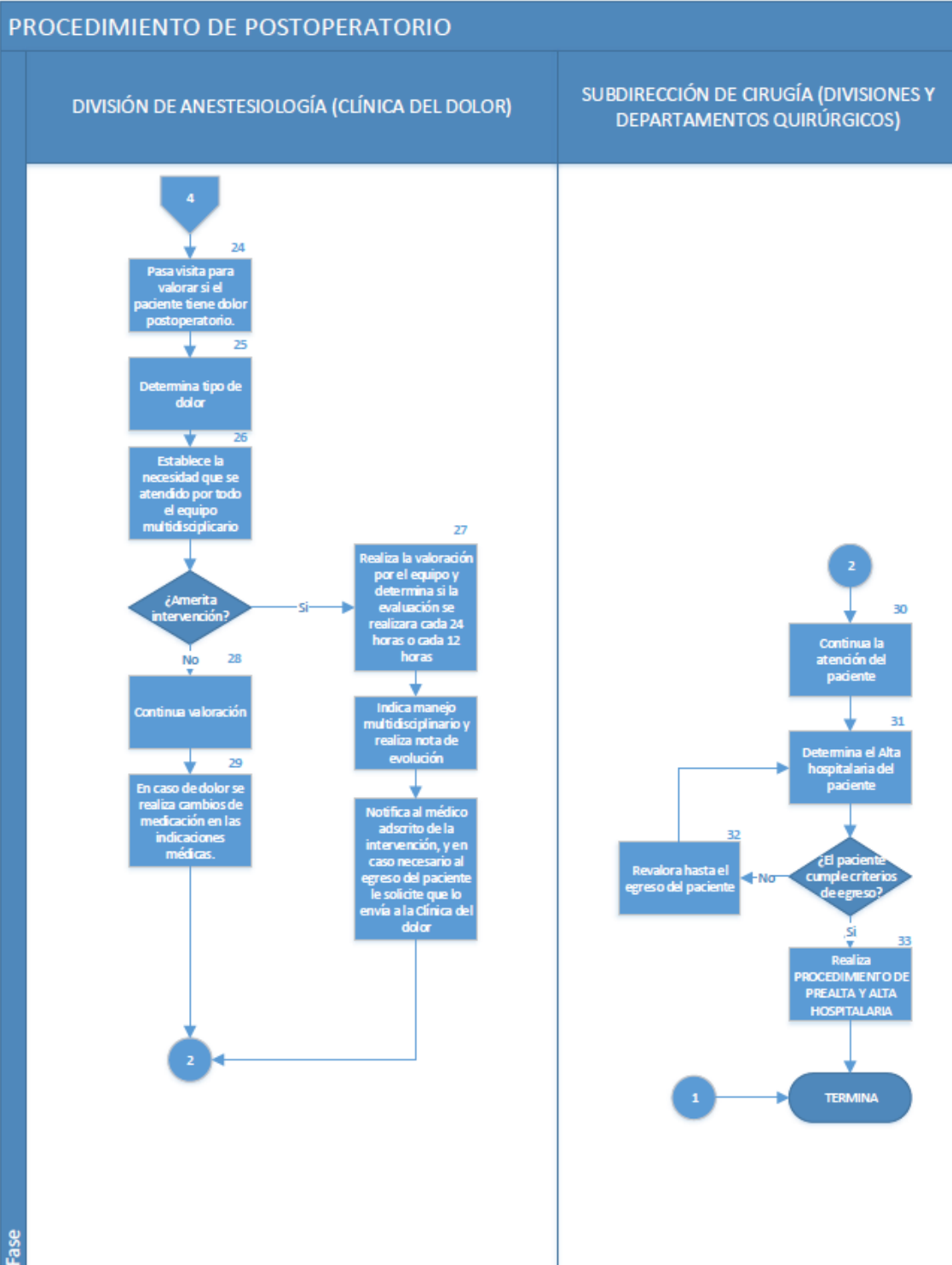
### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO













	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 14 de 40</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la Anestesiología	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No aplica
Estándares de Calidad de Hospitales Edición 2018	No aplica

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hojas de Anestesia	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Núm. de registro

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Sala de recuperación.** - En general la monitorización para el período postoperatorio inmediato debe de ser la misma que durante la intervención quirúrgica. En la sala de Recuperación debe haber; Oxígeno, aspirador, tomas eléctricas. Aparato de toma de presión arterial automático o manual, oxímetro de pulso, E.C.G. en monitor cada camilla y un aparato de electrocardiograma. laringoscopio, ambú, tubos endotraqueales, máscaras de oxígeno etc. Dependiendo del tipo de cirugía o de la gravedad de los pacientes, puede ser necesaria la presencia de algún respirador, así como monitorización invasiva y todos los elementos precisos para la seguridad de los pacientes.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 15 de 40</b>

## 9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario
- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Hojas de Enfermería
- 10.4 Carta de Autorización de Hospitalización
- 10.5 Nota de Egreso hospitalario
- 10.6 Receta medica
- 10.7 Consentimiento Informado para la aplicación de Anestesia y/o sedación
- 10.8 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.9 Nota de Postoperatoria
- 10.10 Lista de Verificación de la Seguridad en la cirugía
- 10.11 Formato de valoración anestésica
- 10.12 Nota Transanestésica
- 10.13 Carta de Consentimiento informado para recibir tratamiento para dolor y/o paliación de síntomas con opioides
- 10.14 Carta de consentimiento informado para ingreso recibir sedación paliativa
- 10.15 Carta de Consentimiento Informado para recibir tratamiento paliativo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 16 de 40</b>

## 10.1 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ





### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

	<b>No. REGISTRO</b>
<b>NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:</b>	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
	<b>SEXO:</b> M ( ) F ( )
<b>DIRECCIÓN DEL PACIENTE</b>	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>	
<b>DIAGNÓSTICO DE INGRESO:</b>	
<b>INGRESO POR:</b>	URGENCIAS ( )      CONSULTA EXTERNA ( )      REFERIDO ( )
<b>TIPO DE INGRESO:</b>	AMBULATORIO ( )      HOSPITALIZACIÓN ( )
<b>INGRESA A:</b>	ESPECIALIDAD
<b>FISO:</b>	CAMA:
<b>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:</b>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>FECHA:</b>	<b>HORA:</b>







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 19 de 40</b>

### 10.4 NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

<b>NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO</b>	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____	
SIGNOS VITALES: TA. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____	
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____	
<b>PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:</b>	
<b>PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:</b>	
<b>RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:</b>	
<b>ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUSO Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS):</b>	
<b>PRONÓSTICO:</b>	
<b>EN CASO DE DEFUNCIÓN, SEÑALAR LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA:</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:</b>	





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 21 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

## 10.6 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**RECETA MÉDICA**

FOLIO: \_\_\_\_\_

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_



FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

08-02-2005 LIC. SANIT. 101-0004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 22 de 40</b>

## 10.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
No. DE REGISTRO: _____	CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	EDAD: _____
RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	DOMICILIO: _____
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____	
CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____	

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

**DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:**



1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) \_\_\_\_\_ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por \_\_\_\_\_ y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por \_\_\_\_\_.
2. Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
3. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado \_\_\_\_\_ para intentar mejorar mi estado de salud.
4. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
5. Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo \_\_\_\_\_, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
7. Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
8. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
9. Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
10. Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales. En Ciudad de México, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA  
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 23 de 40</b>

## 10.8 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( )      femenino ( )	Cama:	
Servicio:	Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	____ día      ____ mes      ____ año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	____ día      ____ mes      ____ año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	____ día      ____ mes      ____ año	Hora de Recepción:	
Electiva ( )      Urgencia ( )      EMERGENCIA ( )      Ambulatoria ( si ) ( no )			
<b>Durante la Operación se requiere:</b>			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I.    II.    III.    IV. Anestesia: General ( )    Local ( )    Regional ( )	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: ( si ) ( no )	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2°. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: ( si ) ( no )	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: ( si ) ( no )	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente ( )    Institución ( )	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio    Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Hora de término    Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.
Instrumental	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI ( )    NO ( )	SI ( )    NO ( )	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 24 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		



Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( ) femenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable ( ) Inestable ( ) Fallecido ( )			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( )			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.9 FORMATO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA



### VALORACION PREOPERATORIA – HOJA FRONTAL ANESTESIOLOGÍA/ALTO RIESGO PERIOPERATORIO/MEDICINA INTERNA/CARDIOLOGÍA

PARA SER LLENADO POR EL SERVICIO SOLICITANTE

Fecha y hora de solicitud \_\_\_\_\_

**Datos generales del paciente**

Nombre: _____	Sexo: _____	N° Expediente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____	
Lugar de residencia: _____		Religión: _____	
Teléfono de contacto: _____		Estado civil: _____	
Diagnóstico preoperatorio: _____		Escolaridad: _____	
Cirugía planeada: _____		Hemotipo: _____	
Electiva <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>		
Tiempo quirúrgico estimado: _____	Sangrado estimado: _____		

**Datos de riesgo**

- ASA 3 o mayor
- Edad 65 años o mayor
- IMC mayor a 35 kg/m2

**Cardiopatía diagnosticada**

- Síndrome coronario agudo o angina inestable.
- Intervencionismo coronario.
- Insuficiencia cardíaca de NOVO o descompensada.
- Arritmias o bloqueos.
- Enfermedad vascular periférica adquirida o congénita

**Condición clínica de riesgo**

- Glucosa sérica >126mg/Dl
- TA > 140/90 mmHg
- Creatinina >1.5mg/Dl
- Equimosis, gingivorragia sin explicación por otra condición.
- Albumina < 3.0
- Pérdida inexplicable <10% en los últimos 6 meses
- Edema importante de miembros pélvicos
- Plétora yugular
- Disnea
- SpO2 <94% en aire ambiente

**Comorbilidad diagnosticada de impacto cardiovascular**

- Diabetes mellitus
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Enf. reumáticas

**Cirugía de Alto Riesgo**

- Vascular periférico
- Cirugía aórtica y/o vascular mayor
- Cirugía de revascularización o embolectomía de miembros
- Cirugía de duodeno o páncreas
- Resección hepática y/o cirugía biliar compleja
- Esofagectomía
- Fístula intestinal
- Resección adrenal
- Neumonectomía
- Cirugía ortopédica mayor (cadera o columna)
- Cirugía de emergencia.
- Cirugía alto riesgo a criterio quirúrgico

Clasificación estado físico ASA	
<b>ASA I</b>	Paciente sano
<b>ASA II</b>	Paciente con enfermedad sistémica leve
<b>ASA III</b>	Paciente con enfermedad sistémica severa
<b>ASA IV</b>	Paciente con enfermedad sistémica severa que es un constante riesgo para su vida
<b>ASA V</b>	Paciente moribundo quien no se espera que sobreviva si no se opera
<b>ASA VI</b>	Paciente con muerte cerebral, donación de órganos

**Médico y Servicio Solicitante**

Nombre completo, firma, cédula profesional

**FORMATO DE VALORACION PREOPERATORIA  
ANESTESIOLOGÍA/ALTO RIESGO PERIOPERATORIO**

**Antecedentes personales patológicos**

<b>1.</b> Infarto al miocardio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos o cardiodesfibrilador implantable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stent coronario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ángor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>2.</b> Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EPOC/Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SAOS/Síndrome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipoventilación del obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>3.</b> Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ICTUS/AIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EVC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síncope/Hipotensión ortostática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad placa motora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas articulares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades colágena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4.</b> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad hepática no obstructiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades urológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>5.</b> ERGE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica o duodenal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal (malabsorción, intestino corto) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>6.</b> Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TEP / TVP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros hematológicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>7.</b> Cáncer previo de cualquier tipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si afirmativo, fecha de diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Última consulta de seguimiento <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra en remisión? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Antecedentes personales patológicos – información adicional**

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

**Antecedentes personales no patológicos**

Alergias:	Especificar reacciones:	Uso crónico de opioides Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar:
Alcoholismo (si afirmativo, cantidad por semana): Tabaquismo <input type="checkbox"/> No fumador <input type="checkbox"/> Exposición a biomasa <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Toxicomanías (si afirmativo, especificar producto y frecuencia)		Ex fumador <input type="checkbox"/> Cigarrillos por día:
Possible embarazo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FUM:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 27 de 40</b>



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias  
División Anestesiología

**Antecedentes anestésico-quirúrgicos**

Fecha	Cirugía	Requirió UCI o Hemotransfusión	
		SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HISTORIA ANESTÉSICA</b>			
Problemas anestésicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, ¿cuál fue el problema?			
Paro cardiorrespiratorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubación difícil o fallida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertermia maligna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea y/o vómito postoperatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal control del dolor en el postoperatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea pos punción		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo neuroaxial difícil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión neurológica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Exploración física e interrogatorio por aparatos y sistemas**

Observaciones basales							
Altura	m	Peso	kg	Índice de masa corporal			
Presión arterial	mmHg	Frecuencia de pulso	lpm	Ritmo de pulso	Regular	<input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>
<b>A. Vía aérea</b>							
Predictores de ventilación difícil		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dentadura	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>
Especifique				Especifique			
Cirugía cervical previa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimiento cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertura bucal	Mallampati			Protrusión mandibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patil Aldreti	Circunferencia cuello			Distancia esternomentoniana			
Se espera vía aérea difícil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>B. Respiratorio</b>				<b>C. Cardiovascular</b>			
Frecuencia respiratoria	/min			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Campos pulmonares claros		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ortopnea	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Expansión	Buena <input type="checkbox"/>	Der <input type="checkbox"/>	Izq <input type="checkbox"/>	*Número de almohadas para dormir:			
Entrada de aire	Buena <input type="checkbox"/>	Mod <input type="checkbox"/>	Pobre <input type="checkbox"/>	Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sibilancias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Disnea en esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 1 piso de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espujo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 2 pisos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoptisis		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ángor/angina con el esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tráquea	Central <input type="checkbox"/>	Desviada <input type="checkbox"/>		Distancia mínima que camina en promedio en superficie plana:			
SpO2	% aire ambiente			Caminata limitada por:			
Espirometría (en caso de contar con el estudio):				Dolor articular <input type="checkbox"/>	Angina <input type="checkbox"/>	Dolor de piernas <input type="checkbox"/>	
Flujo pico	L/min			Desequilibrio <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>	Falta de aire <input type="checkbox"/>	
FEV1				Otro(s) síntoma(s):			
FVC				Ruidos cardiacos	Normales <input type="checkbox"/>	Anormales <input type="checkbox"/>	
PEFR				Si anormales, describir:			
				Edema periférico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Extensión:
				Ingurgitación yugular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias  
División Anestesiología

**Otros hallazgos a la exploración física:**

---



---

**Exámenes de laboratorio y gabinete**

Fecha:

Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado
Hemoglobina		Urea*		Fosforo*		TFG*	
Hematocrito		Creatinina*		Magnesio*		Insulina*	
Plaquetas		BUN*		BT/BD*		HOMA*	
TP		Sodio*		TGO/TGP*		HbA1C*	
INR		Potasio*		FA*		Otros exámenes de Laboratorio:	
TPT		Calcio*		GGT*			
Glucosa*		Cloro*		Albúmina*			

\*EN PACIENTES CUYA COMORBILIDAD, TIPO DE CIRUGÍA O SITUACIÓN CLÍNICA ASÍ LO AMERITE

**Estudios de gabinete**

Rx tórax	Fecha	EKG	Fecha
Ecocardiograma	Fecha	Otros:	

**Valoración de la capacidad funcional**

**Duke Activity Score Index (DASI)**

TOTAL PUNTOS DASI = \_\_\_\_\_ (máximo puntaje 58.2) METs = \_\_\_\_\_

Requiere prueba de caminata SI  NO  (En caso afirmativo, ver hoja anexa de caminata)

**Otras valoraciones**

En caso de paciente obeso (Aplica: Sí  No )

STOP-BANG: \_\_\_\_\_ puntos Riesgo: Bajo  Intermedio  Alto

S		T		O		P		B		A		N		G	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Si alto riesgo para SAOS, resultado valoración ESS: \_\_\_\_\_



En caso de paciente geriátrico (Aplica: Sí  No )

<b>Valoración cognitiva (Mini-Cog®)</b>				<b>Valoración fragilidad (Robinson Critería)</b>			
Escala:		Puntaje:	_____	Escala:		Puntaje:	_____
Déficit:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Fragilidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Grado:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>	Grado:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>

Requiere valoración por el servicio de geriatría: SI  NO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 30 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

## 10.10 LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CÍRUGIA



**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Procedimiento Quirúrgico: \_\_\_\_\_

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;"><b>ENTRADA</b></p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SU IDENTIDAD</li> <li>- EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>- EL PROCEDIMIENTO</li> <li>- SU CONSENTIMIENTO</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE:</p> <p>ALERGIAS CONOCIDAS?  <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL/ RIESGO DE ASPIRACIÓN?  <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO / AYUDA DISPONIBLE</p> <hr/> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA &gt; 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?  <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS</p> <p><input type="checkbox"/> CRUCE DE SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO Y CED. PROF.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PAUSA QUIRÚRGICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <b>ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE:</b> (Time Out/Tiempo Fuera)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li>- EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>- EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;">PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO COMENTA:</b> LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <p><input type="checkbox"/> <b>EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA:</b> SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p><input type="checkbox"/> <b>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa:</b> SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS</p> <hr/> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS &lt; 60 MINUTOS?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SALIDA</b></p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> QUE EL RECUEENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO.</p> <p><input type="checkbox"/> LA IDENTIFICACIÓN Y ELETIQUETADO DE LAS</p> <p><input type="checkbox"/> MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PLAN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)</p> <hr/> <p>¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?  <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>REPORTE DEL EVENTO ADVERSO</p> <hr/> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</b></p>

PROTOCOLO UNIVERSAL: Marcado del Sitio Quirúrgico / Proceso de verificación preoperatoria / Paciente correcto / Sitio correcto / Procedimiento correcto

**SÍMBOLO MARCAJE \* (ASTERISCO)**

*Esta hoja se debe anexar al expediente clínico*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 31 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

## 10.11 NOTA TRANSANESTÉSICA



Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA

**NOTA TRANSANESTÉSICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Diagnósticos y problemas clínicos: \_\_\_\_\_  
 Cirugía programada: \_\_\_\_\_  
 Cirugía realizada: \_\_\_\_\_  
 Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_  
 Inicio de anestesia: \_\_\_\_\_ Término de anestesia: \_\_\_\_\_ Inicio cirugía: \_\_\_\_\_ Término cirugía \_\_\_\_\_  
 Dosis de los medicamentos y/o agentes que fueron utilizados y los tiempos en que fueron administrados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Técnica anestésica utilizada: \_\_\_\_\_ Intubación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Dispositivo supraglótico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 Se utilizaron fármacos para revertir: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 En caso de tratarse de un bloqueo de conducción  
 Tipo de bloqueo: \_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Redén nacido**  
 Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_ Capurro: \_\_\_\_\_ Silvermann: \_\_\_\_\_  
**Balace hídrico**  
 Tipo y cantidad de líquidos administrados: Cristaloides: \_\_\_\_\_ Coloides: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Hemoderivados: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 Ingresos: \_\_\_\_\_ Egresos: \_\_\_\_\_ Balance total: \_\_\_\_\_  
 Contingencias, accidentes o incidentes: \_\_\_\_\_  
 Estado del paciente al salir de la sala: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma



**NOTA POSTANESTÉSICA**

Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_  
 Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_  
 Técnica anestésica utilizada: \_\_\_\_\_ Duración de la anestesia: \_\_\_\_\_  
 Fármacos y medicamentos administrados: \_\_\_\_\_  
 Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transanestésicos: \_\_\_\_\_  
 Balance Hídrico: Ingresos \_\_\_\_\_ Egresos \_\_\_\_\_ Balance total \_\_\_\_\_  
 Cuantificación de sangre y/o soluciones administradas: Cristaloides \_\_\_\_\_ Coloides \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Hemoderivados: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_ Diuresis: \_\_\_\_\_ Sangrado: \_\_\_\_\_  
 Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia: \_\_\_\_\_  
 Aldrete del paciente a su egreso \_\_\_\_\_ Egreso a Hospitalización \_\_\_\_\_ UCPA \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_  
 Plan de manejo y tratamiento inmediato (Indicaciones) \_\_\_\_\_  
 Analgesia planeada: IV \_\_\_\_\_ Regional \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma

**NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO**

Cirugía realizada: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
 Signos vitales: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Aldrete \_\_\_\_\_ Bromaje \_\_\_\_\_ EVA \_\_\_\_\_  
 Evolución y tratamiento durante su estancia en UCPA \_\_\_\_\_  
 Sitio a donde egresa: Hospitalización \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Náusea y/o vómito SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		
			<b>Hoja: 33 de 40</b>

## 10.12 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL DOLOR Y/O PALIACIÓN DE SÍNTOMAS CON OPIOIDES



**Hospital General Dr. Manuel Gea González**  
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

### Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento Para el Dolor y/o Paliación de Síntomas con Opioides.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

*La carta de consentimiento informado* le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones y los objetivos de la terapia. Este documento debe ser firmado por el paciente o su representante legal después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

#### Información sobre el tratamiento para el dolor y/o paliación con opioides

El dolor crónico es un síntoma frecuente a lo largo de muchas enfermedades y es una obligación y derecho humano el proporcionar tratamiento.

Cada persona experimenta el dolor de diferente manera y por esto el plan de tratamiento debe ajustarse para responder a las necesidades de cada paciente. Cuando usted tiene dolor intenso es frecuente que sea necesario combinar distintas medicinas (analgésicos) y/o utilizar un tipo de medicamento que se llama opioides.

De acuerdo a la información que nos ha proporcionado, usted tiene un dolor severo y es necesario que le prescribamos este tipo de medicamentos. Los opioides (también conocidos como narcóticos) son los analgésicos más frecuentes utilizados en el manejo del dolor moderado a severo debido a que son muy efectivos, puedes ajustarse a la dosis que usted necesita fácilmente y los beneficios que usted tendrá son mucho mayores que los riesgos. Los beneficios son: un mejor alivio del dolor ya que son medicamentos más potentes y otro beneficio será que son medicamentos muy seguros de usar y no afectan otros órganos durante el uso crónico.

Como todos los medicamentos, los opioides tienen varios efectos secundarios, que incluyen: Somnolencia, mareo, náusea, vómito, disminución de la frecuencia respiratoria, confusión, disminución de los reflejos, estreñimiento, náusea, retención urinaria, sedación, boca seca, sabor amargo, comezón, reacciones alérgicas. No debe utilizar maquinaria pesada, manejar o realizar actividades peligrosas si está utilizando opioides.



En el hombre el uso crónico de opioides ocasiona disminución en los niveles hormonales como testosterona y estradiol, lo que puede afectar el estado de ánimo, vigor, y el rendimiento físico y sexual, osteoporosis.

En las mujeres embarazadas el uso de opioides ocasiona dependencia física y/o malformaciones en el bebé, dependiendo del medicamento que usted utilice. Si está o planea embarazarse coméntelo a su médico.

Los opioides pueden producir dependencia física, tolerancia a la analgesia y adicción. La dependencia física es normal después del uso de opioides por más de 3 semanas; sin embargo, la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Si usted tiene antecedentes de abuso en el consumo de drogas es importante que le informe al médico.

Si usted suspende bruscamente el uso de opioides puede presentar un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por: escorrimiento nasal, bostezos, dilatación de pupilas, piel erizada, cólicos abdominales, diarrea, irritabilidad, ansiedad, desesperación, dolor corporal y sensación similar a la gripe.

Existen diferentes tipos de opioides de acuerdo a la manera en la que actúan. En un primer grupo están por ejemplo, la morfina, hidromorfona codeína, tramadol, oxycodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, fentanilo. La buprenorfina pertenece a otro grupo y a un tercer grupo incluye la pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbufina. Esta información es importante porque los pacientes que estén recibiendo opioides de primer grupo no deben recibir un opioide del tercer grupo, pues al hacerlo se pueden precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. De la misma manera si algún otro médico me indica otros medicamentos debo informar a mi médico tratante.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 34 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		



Es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a            de            de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_

He sido informado de que recibiré opioides para el tratamiento para el dolor y/o otros síntomas.

El medicamento que tomaré es: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La dosis que recibiré es de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

El médico me ha informado de los riesgos y beneficios del uso de este tipo de medicamentos, la posibilidad de causar dependencia física y dicción. Entiendo que es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

**Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma del Paciente

**Testigos**



Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

## 10.13 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



**Hospital General Dr. Manuel Gea González**  
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

### Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento y los objetivos de la terapia.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

#### Información sobre Sedación Paliativa.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos.

Los cuidados paliativos es prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de los tratamientos y ayudar a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, tanatólogos, etc.

#### **Sedación Paliativa.**



Se entiende por "sedación en el enfermo paliativo en fase terminal" a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico no alcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

**La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo y evitar sufrimiento al final de la vida.**

Esta puede ser ligera, profunda, continua o intermitente. Los medicamentos aplicados para realizarla son exclusivamente para reducir el estado de consciencia, sin acortar o prolongar la sobrevida por la enfermedad que padezca.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos.
  - o Delirium hiperactivo refractario al tratamiento (agitación terminal extrema),
  - o Convulsiones (status epilepticus),
  - o Sofocación (falta de aire incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas),
    - Sangrado masivo.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 36 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		



Se me ha informado claramente que la indicación específica en mi caso es la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Una copia de este documento permanecerá en el servicio y usted recibirá el documento original firmado.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a de de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Se me ha informado los objetivos de la sedación paliativa, el estado de mi enfermedad, los beneficios y riesgos que este tratamiento conlleva. Entiendo que este tipo de terapia esta encaminada controlar los síntomas que mi enfermedad o tratamiento me están ocasionando y que recibiré tratamiento médico, apoyo psicológico, orientación nutricional y consejería. También se me ha explicado que mi familia forma parte importante de este esfuerzo. **Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma \_\_\_\_\_

**Testigos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



Persona que obtiene el consentimiento: Nombre, firma y fecha.

\_\_\_\_\_

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		

## 10.15 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



**Hospital General Dr. Manuel Gea González Calzada de  
Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX**

**Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.**

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Normas Oficial Mexicanas: Agregar como fundamento legal el artículo 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 166 Bis 3, fracciones V y VI de la Ley General de Salud. De igual forma se recomienda verificar la aplicabilidad de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y la NOM-011-SSA3-2014 sobre Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, se me ha informado que:



*La carta de consentimiento informado* le proporciona información sobre el tratamiento que el médico y equipo multidisciplinario le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento, objetivos y filosofía de los Cuidados Paliativos.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto a las intervenciones que se le está proponiendo.

**Información sobre el Tratamiento Paliativo.**

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos. Los cuidados paliativos ayudan a prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de tratamientos ya instaurados y además apoyan a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, rehabilitadores, entre otros.

La mayor parte de los tratamientos que se proporciona no son invasivos, pero en ocasiones, de acuerdo a su evolución y a las necesidades que detectemos a lo largo de su enfermedad podríamos recomendar algún procedimiento que ayude a el alivio de los síntomas que ocasionan sufrimiento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 38 de 40</b>



En estos casos su médico tratante y /o el equipo de Cuidados Paliativos le informará de los riesgos y beneficios de estos tratamientos, antes de realizarlos y le solicitará autorización para realizarlos.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo, preservar la dignidad en todo momento durante la enfermedad y procurar la autonomía de decisiones informadas. Este se puede llevar a cabo en el Hospital o en el Domicilio bajo una capacitación previa y atención ambulatoria en la consulta externa. El médico tratante le informará cuales son las opciones posibles de acuerdo al curso de su enfermedad. En ambos casos contamos con una línea telefónica de apoyo donde el equipo multidisciplinario puede responder dudas o realizar asesorías.



Este tratamiento está orientado a mejorar algunos síntomas que muchos enfermos tienen a lo largo de la enfermedad como el dolor, náusea, vómito, la falta de aire, problemas del apetito, problemas urinarios, estreñimiento, la falta de sueño, la angustia y la tristeza y así mismo, el apoyo psicológico le ayudará a enfrentar la enfermedad y le dará recursos para aceptar los posibles desenlaces. A su familia y/o cuidadores del paciente este programa les puede ayudar a afrontar el proceso de la enfermedad o de ver a un ser querido enfermo y lo que esto le ocasiona, sin dejar de lado el recibir alguna opción curativa si es candidato(a).

Usted y sus cuidadores primarios (Los cuidadores primarios son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos y realizan los cuidados) en todo momento tendrán la garantía de recibir respuesta por cualquier duda o aclaración como riesgo beneficios y todo lo relacionado con su atención en este Servicio. Tendrá la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, así como el compromiso de notificar esta decisión al personal que le está brindando la atención sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamiento de parte del médico.

En caso de que presente algún malestar debido al medicamento, se me brindará la oportunidad de cambiar a y así poder recibir la mejor alternativa para el tratamiento de curativo o paliativo mi enfermedad.

Para facilitar la comunicación, en el caso de egreso a domicilio le pediremos nos apoye al llenado de un cuaderno de control de síntomas en este le pondremos por escrito el tratamiento para escribir en este el tratamiento que le estamos indicando, las recomendaciones dietéticas y nuestros nombres y teléfonos. En este cuaderno también le pediremos nos escriba los síntomas diariamente para de esta manera conocer si el tratamiento que le estamos dando está siendo efectivo o si requiere ser modificado.

Algunos de los medicamentos empleados para el alivio de síntomas son medicamentos controlados, esto es que requieren una receta especial para su prescripción. En este caso su médico le explicará que tratamiento le está dando, y que síntomas le aliviará.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 39 de 40</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		



Al someterse al tratamiento sintomático paliativo los beneficios son los que han planteado anteriormente y los riesgos serian el control inadecuado de síntomas en caso de tratarse de un síntoma refractario es decir un síntoma de difícil control. En ese caso le informaremos de otras alternativas de manejo.

En algunas ocasiones de acuerdo a la evolución de su enfermedad algunos procedimientos médicos ya no son beneficiosos o se pueden considerar desproporcionadas porque pueden ocasionar efectos adversos o sufrimiento cuando nos encontramos frente a una enfermedad muy avanzada. En este sentido su médico proporcionará a usted información y a sus familiares para que decida de manera libre e informada el no instaurar o interrumpir algún tratamiento. De ser así usted deberá llenar y firmar el anexo a este consentimiento sobre Adecuación de Esfuerzo Terapéutico.

Se me ha informado claramente que mi paciente cumple criterios para las siguientes enfermedades:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Este documento permanecerá en su expediente clínico y se dará una copia al paciente o familiar responsable. En caso de cualquier duda comunicarse con la a la División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor a los teléfonos 40003000 Ext 8010 y 8017.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan. (Aplica página 1 a 5 del presente documento)

CDMX a        de        del 20



**Nombre del paciente**

Expediente \_\_\_\_\_



Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>

## 7. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO

Definir las actividades de todo el personal de salud involucrado en la toma y procesamiento de muestras en todos los servicios de hospitalización, para agilizar la salida de resultados y de esta manera ofrecer un servicio de calidad, fomentando la seguridad del paciente.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas responsables de la atención médica del usuario y encargado de solicitar los estudios, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable del resguardo de los resultados de laboratorio en los expedientes clínicos, Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad y el Departamento de Laboratorio Clínico responsable del procesamiento de las muestras.

2.2 A nivel externo aplica al usuario que amerita realizarse algún estudio de laboratorio.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable del procesamiento de muestras y entrega de resultados de pacientes en un lapso no mayor a una hora.

3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable del procesamiento de muestras y entrega de resultados en pacientes no críticos hospitalizados en un lapso no mayor a tres horas.

3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de atender solicitudes urgentes de estudios de laboratorio que se encuentren en el Cuadro Básico de Estudios de Urgencias, las 24 horas del día los 365 días del año en todos los servicios de Urgencias.



3.4 Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar solicitudes de estudios de laboratorio programadas antes de las 9:00 am, de lunes a viernes en días hábiles, de acuerdo al Cuadro Básico de Estudios establecido, estas solicitudes y etiquetas deberán ser colocadas en un lugar asignado en el servicio para que los flebotomistas las identifiquen.

3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables del llenado correcto y completo de las solicitudes de estudios de laboratorio como de las etiquetas de identificación, en caso contrario, la solicitud será rechazada y tendrá que ser corregida por el Médico responsable, además de que el flebotomista no tomara la muestra.


3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar a la Dirección Médica el envío de muestras a otras Instituciones de Salud, en caso de que el estudio no esté incluido en el Cuadro Básico de Estudios.

3.7 Las Subdirecciones Médicas son responsables del cuidado y buen uso de los equipos de cómputo del Departamento de Laboratorio Clínico, en caso contrario, tendrán que reponer el equipo.

3.8 Las Subdirecciones Médicas son responsable de realizar las solicitudes de laboratorio en los formatos establecidos, en caso de que la estación de trabajo no esté disponible.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>


- 3.9 Las Subdirecciones Médicas son responsables de realizar las etiquetas de identificación de muestras manualmente, en caso de que la estación de trabajo no esté disponible, las cuales deberán contener los siguientes datos: Nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama y registro del paciente.
- 3.10 Las Subdirecciones Médicas son responsables de la toma de muestras necesarias de pacientes críticos, las cuales deben ser tomadas en los recipientes adecuados, previamente etiquetados y con las solicitudes debidamente requisitadas, en caso contrario, no se aceptarán en el Departamento de Laboratorio Clínico.
- 3.11 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de registrar las solicitudes de laboratorio y de realizar las etiquetas con código de barras, cuando los médicos o flebotomistas entreguen los formatos manuales.
- 3.12 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico mediante su personal químico y técnico es responsable de verificar que las muestras cumplan las características necesarias de calidad para su procesamiento, en caso contrario se notificara al médico responsable.
- 3.13 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de repetir el procesamiento de un estudio en caso de existir dudas en los resultados.
- 3.14 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de entregar los resultados de laboratorio de manera impresa, en caso de los equipos de cómputo no estén disponibles.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de la elaboración del informe estadístico mensual y anual por: sección, especialidad médica y número de pacientes; según los criterios solicitados por la División de Bioestadística.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

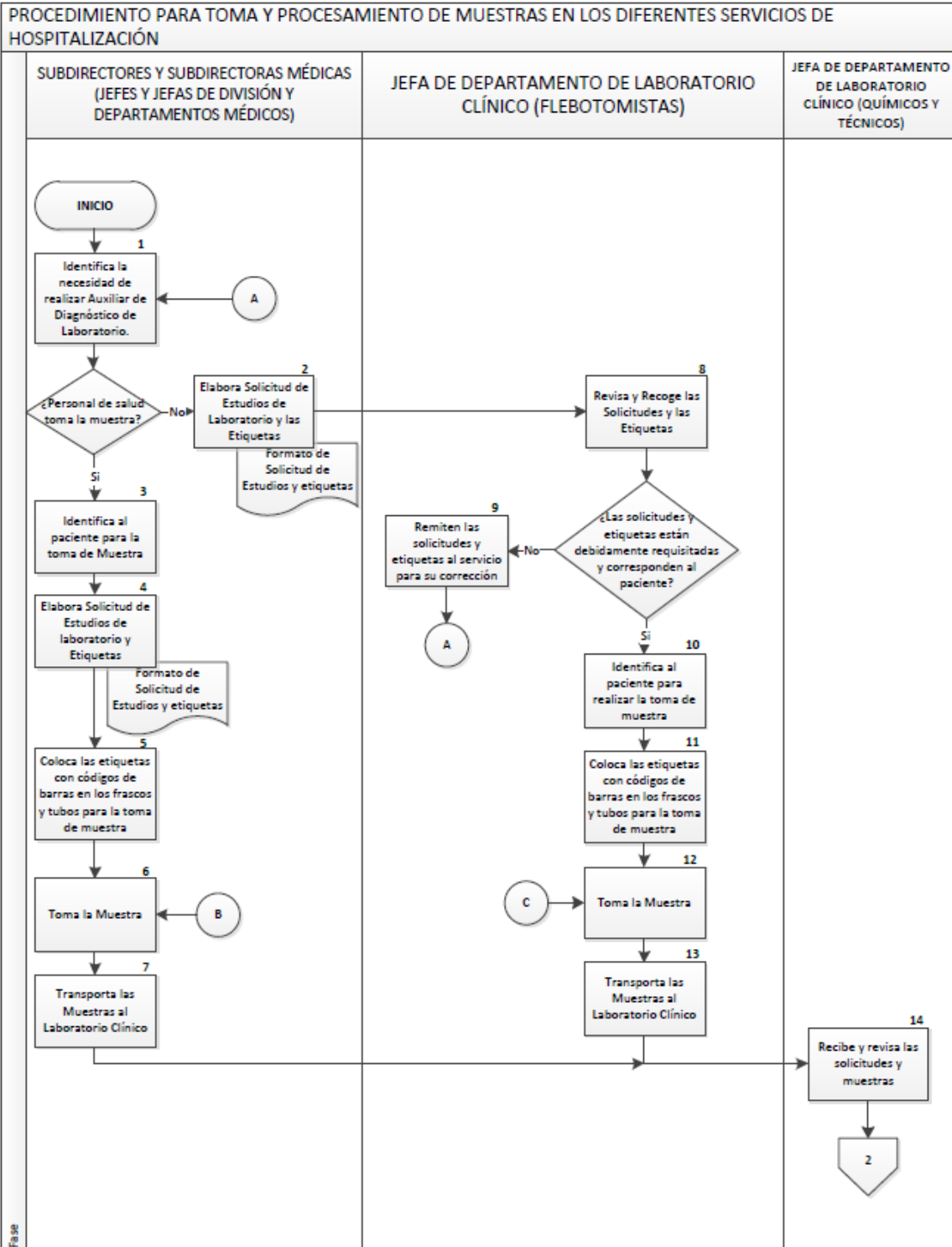
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Identifica la necesidad de realiza un Auxiliar de Diagnóstico de Laboratorio  ¿Personal de salud toma la muestra?	Solicitud de Laboratorio
	2	No: Elabora la Solicitud de Estudios de Laboratorio y las Etiquetas, ir a la actividad 8.	
	3	Si: Identifica al paciente para la toma de muestra	
	4	Elabora Solicitud de Estudios de laboratorio y etiquetas	
	5	Coloca las etiquetas con códigos de barras en los frascos y tubos para la toma de muestra	
	6	Toma la Muestra	
	7	Transporta las Muestras al Laboratorio Clínico	
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico (Flebotomistas))	8	Revisa y recoge las solicitudes y las etiquetas  ¿Las solicitudes y etiquetas están debidamente requisitadas y corresponden al paciente?	
	9	No: Remite las solicitudes y etiquetas al servicio para su corrección, reinicia nuevamente el procedimiento (actividad 1).	
	10	Si: Identifica al paciente para realizar toma de muestra	
	11	Coloca las etiquetas con códigos de barras en los frascos y tubos para la toma de muestra	
	12	Toma la Muestra	
	13	Transporta las Muestras al laboratorio Clínico.	
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico (Químicos y Técnicos))	14	Recibe y Revisa las Solicitudes y Muestras  ¿La solicitud cumple los criterios necesarios?	Reporte de Resultados
	15	No: Remite al área para su corrección, reinicia el procedimiento (actividad 1).	
	16	Si: Verifica la calidad de la muestra	



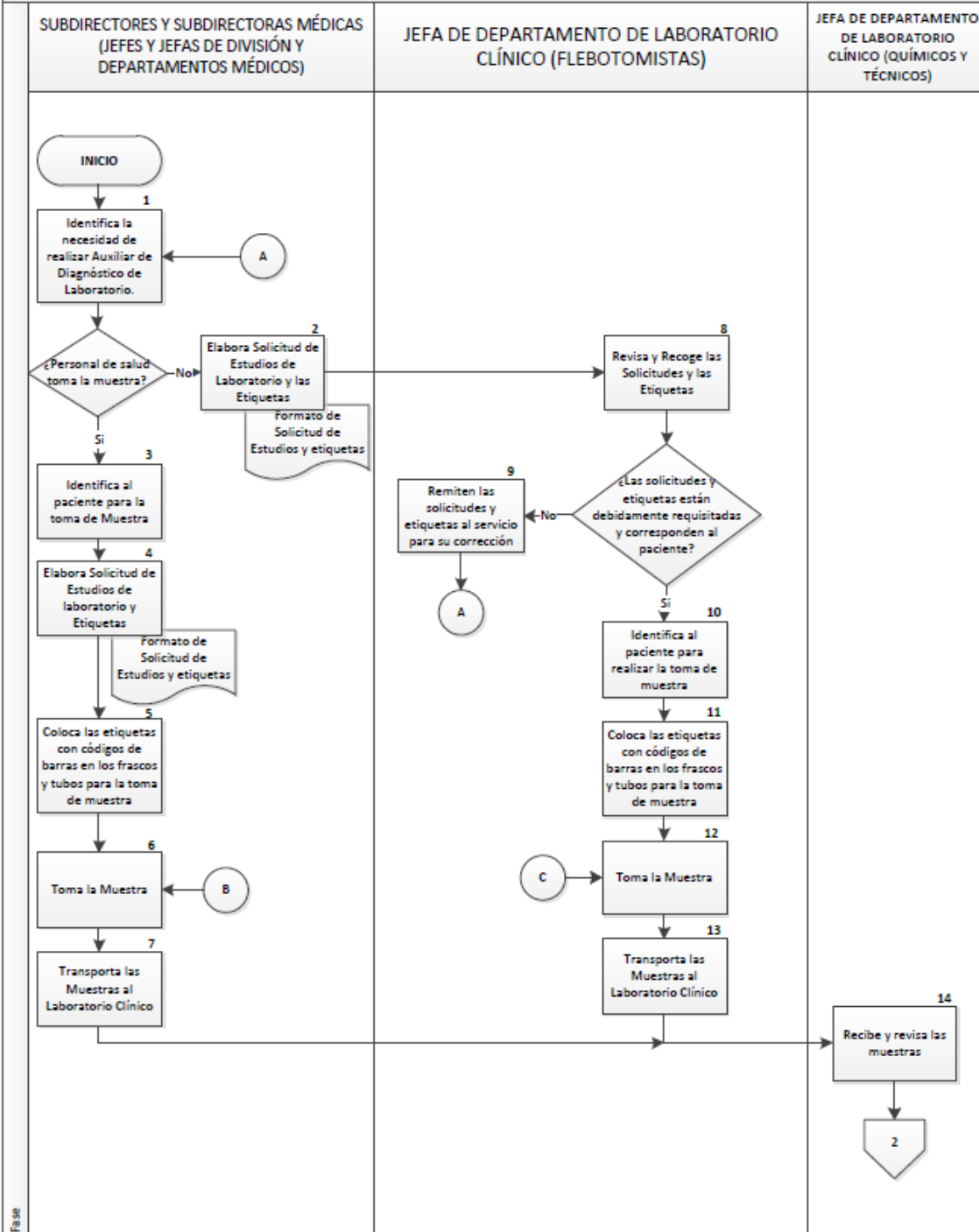
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	17	No: Remite al área para su corrección, ir a la actividad 6 o 12.	
	18	Si: Extrae la lista de trabajo de la basa de datos y la imprime	
	19	Prepara Muestras	
	20	Procesa Muestras	
	21	Valida Resultados	
	22	Realiza Reporte de Resultados junto valores de referencia	
	23	Carga el Reporte Final a la Base de Datos	
	24	Imprime y Firma el Reporte Original para su Resguardo	
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	25	Imprime los Resultados y anexa al Expediente Clínico  <b>TERMINA</b>	

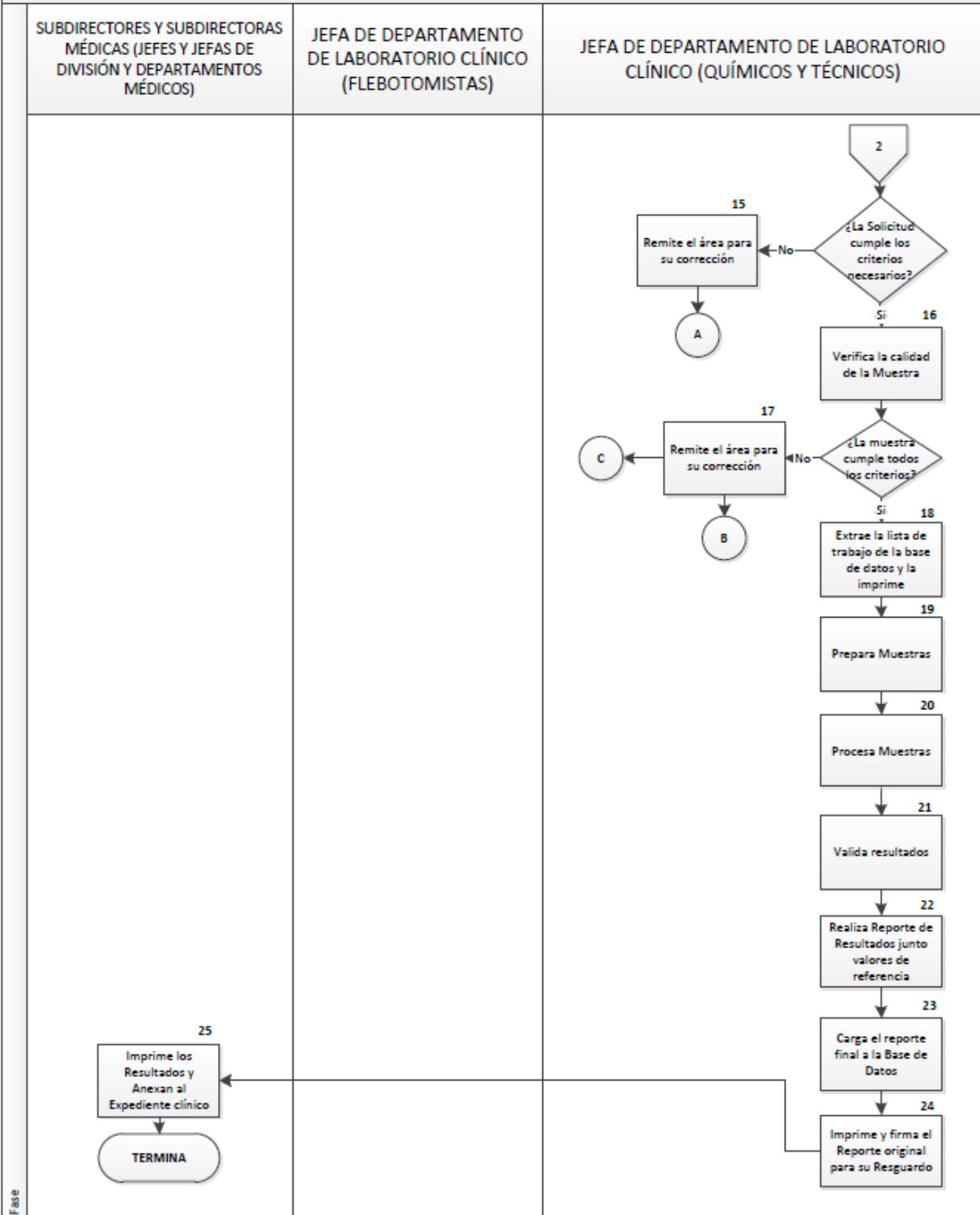
**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO PARA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**



**PROCEDIMIENTO PARA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**



Fase

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 9 de 12</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos	NOM-007-SSA3-2011
6.2 Manual de Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento	No aplica
6.3 Manual de Calidad del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	MC-JD-01
6.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	No aplica
6.5 Derechos de los Pacientes	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.2 Reporte de resultados de estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.3 Informe estadístico	12 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica



## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Calidad:** Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

**8.2 Característica:** Rasgo diferenciador

**8.3 Código de barras:** Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.

**8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico:** Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 10 de 12</b>

**8.5 Estación de trabajo:** En una red de computadoras, una estación de trabajo es una computadora que facilita a los usuarios el acceso a los servidores y periféricos de la red. A diferencia de una computadora aislada, tiene una tarjeta de red y está físicamente conectada por medio de cables u otros medios no guiados con los servidores.

**8.6 Etiqueta: Marca:** señal que se coloca en algo para su identificación

**8.7 Valor de referencia:** Es el valor más probable derivado de un conjunto de resultados obtenidos con el método de referencia.

**8.8 Paciente crítico:** Es aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	19/Septiembre/2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza el formato</li> <li>• Se fusionan los procedimientos 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos de laboratorio Clínico.</li> <li>• Se actualiza el propósito, alcance y políticas y lineamientos.</li> <li>• Se reestructura el procedimiento respaldado con el nuevo contrato de laboratorio.</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Reporte de Resultados

**10.1 Solicitud de Laboratorio**



**HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
LABORATORIO CLÍNICO  
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: F: \_\_\_ M: \_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ TURNO: M \_\_\_ V \_\_\_ N \_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ C. EXTERNA: \_\_\_ HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_ CAMA: \_\_\_

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
<b>HEMATOLOGÍA</b>		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
<b>HEMOSTASIA</b>		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DIMERO D
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
<b>BIOQUÍMICA</b>		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1590	HAPToglobina
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO  
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE  
ESTUDIOS. GRACIAS

## 10.2 Reporte de Resultados



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
 Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI, C.P. 14080  
 Tel: 40 00 30 00 ext. 3243 México D.F.  
 Laboratorio de Análisis Clínicos



24080008


FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS: 24-ago-2018 6:41:24  
 NOMBRE: FECHA DE NAC: 08/01/1948 FECHA DE CITA: **24 de agosto de 2018**  
 SERVICIO: C. Neurología SEXO: años  
 No. DE REGISTRO: 743392 EDAD: FOLIO: 24080008  
 DIAGNOSTICO: EPILEPSIA/DM/HTA RECIBO: B 383850  
 MEDICO: CAMA:

Copia de Laboratorio


ESTUDIO	HEMATOLOGÍA		
	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
Leucocitos (WBC)	8.4	10 <sup>3</sup> /µL	4.0 - 12.0
Neutrófilos %	43.50	%	39.00 - 89.00
Linfocitos %	48.10	%	11.00 - 54.00
Monocitos %	7.30	%	1.00 - 14.00
Eosinófilos %	** 0.80	/100 G.B.	3.00 - 6.00
Basófilos %	** 0.30	%	1.00 - 2.00
Neutrófilos #	3.70	10 <sup>3</sup> /µL	1.80 - 7.70
Linfocitos #	** 4.10	10 <sup>3</sup> /µL	0.00 - 0.80
Monocitos #	0.60	10 <sup>3</sup> /µL	0.00 - 0.80
Eosinófilos #	** 0.10	10 <sup>3</sup> /µL	0.20 - 0.45
Basófilos #	** 0.00	10 <sup>3</sup> /µL	0.02 - 0.10
Eritrocitos	4.27	10 <sup>6</sup> /µL	4.10 - 5.30
Hemoglobina	13.70	g/dL	12.00 - 15.00
Hematocrito	** 40.90	%	42.00 - 48.00
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	95.80	fL	83.00 - 100.00
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	32.00	pg	27.70 - 34.00
Conc. de Hgb Corpuscular Media (MCHC)	33.40	g/dl	32.00 - 34.50
Ancho de Distrib. Eritroc.(RDW)	12.20	%	11.50 - 14.20
Plaquetas (PLT)	264.	10 <sup>3</sup> /µL	150. - 450.
Volumen Plaquetar Medio (MPV)	7.80	fL	7.40 - 10.40
<b>Fórmula Roja</b>			
Eritroblastos#	0.00	10 <sup>3</sup> /µL	
Eritroblastos%	0.00	%	
Resultados revisados y validados por:	Q.B.P. Tiburcio García Duran		24/08/18 7:25

ESTUDIO	BIOQUIMICA		
	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
Glucosa	** 128	mg/dL	70 - 105
BUN	12.1	mg/dL	8.0 - 20.0
Urea (Calculada)	26	mg/dL	10 - 50
Creatinina	0.68	mg/dL	0.40 - 1.00
Ácido urico	** 2.4	mg/dL	2.6 - 8.0
Potasio	4.6	mEq/L	3.6 - 5.1
Colesterol	95	mg/dL	0 - 200
Colesterol de Alta Densidad HDL-C	40	mg/dL	35 - 85
Colesterol de Baja Densidad LDL	36	mg/dL	10 - 130
Triglicéridos	96	mg/dL	40 - 150
Bilirrubina Total	0.59	mg/dL	0.10 - 1.00
Bilirrubina Directa	0.13	mg/dL	0.10 - 0.25
Bilirrubina Indirecta	0.46	mg/dL	0.20 - 0.80
Albumina	3.76	g/dL	3.50 - 4.80
Alanino Amino Transferasa (ALT/TGP)	14	IU/L	7 - 35
Aspartato Amino Transferasa (AST/TGO)	21	IU/L	15 - 41
<b>HEMOGLOBINA GLICOSILADA</b>			



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		Hoja: 1 de 7

## **8. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		Hoja: 2 de 7

## 1. PROPÓSITO


Establecer los mecanismos para la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagenología especializada, requeridos por el área médica, para determinar un diagnóstico adecuado, así como para la evaluación del pronóstico de la enfermedad y de su respuesta terapéutica.

## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la División de Radiología e Imagen, coordina la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagen, la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, supervisa las actividades de la División, la Subdirección de Recursos Financieros, realiza los cobros para la elaboración de los estudios y la Dirección Médica, emite las instrucciones para la realización de los estudios.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que acuden a realizarse estudios de radiología e imagen.



## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, programará a través del módulo de recepción, las citas de acuerdo a la capacidad operativa y fecha de consulta subsecuente.
- 3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, es responsable de dar prioridad en la realización de estudios radiológicos y/o de imagen a los pacientes derivados de urgencias.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, atenderá previa comprobación del pago de cuota de recuperación, según clasificación socioeconómica, exceptuando los exentos de pago autorizados por la Dirección General del Hospital.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen deberá indicar al paciente que el día de su cita el paciente deberá presentarse a la hora que se le citó, en las condiciones apropiadas según el estudio programado, en caso contrario deberá programar nuevamente una cita para que sea atendido.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen revisará todos los resultados e imágenes en el Sistema RIS-PACS.

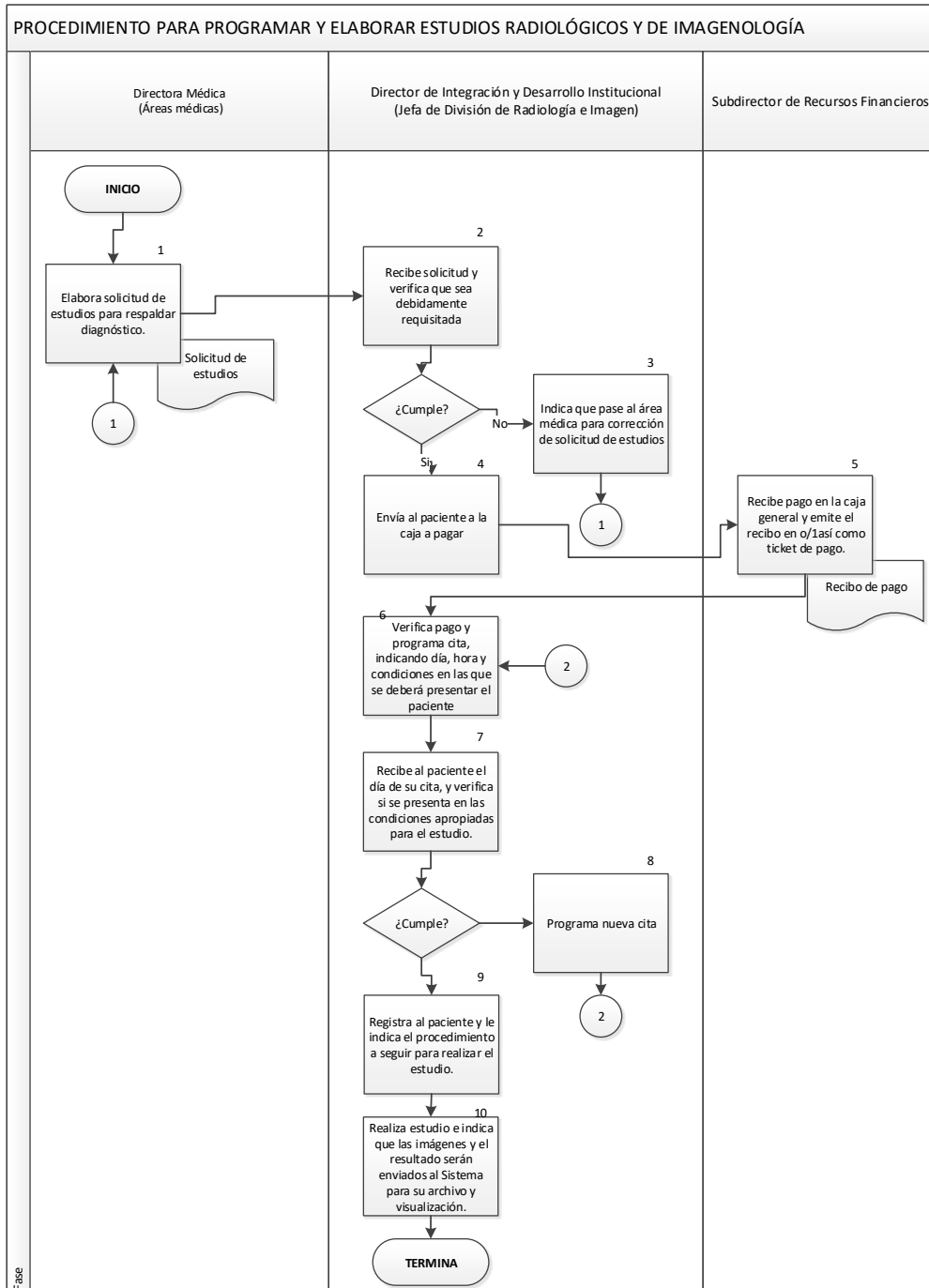
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Áreas médicas)	1	Elabora solicitud de estudios al paciente para respaldar diagnóstico llenando el formato correspondiente.	Solicitud de estudios
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	2	Recibe solicitud y verifica que sea debidamente requisitada. Procede	
	3	No: Indica que pase al área médica para corrección de solicitud de estudios, regresa a la actividad 1.	
	4	Sí: Envía al paciente a la caja a pagar.	
Subdirector de Recursos Financieros	5	Recibe pago en la caja general y emite el recibo en o/1 así como ticket de pago.	Recibo de pago
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	6	Verifica pago de los estudios y programa cita de acuerdo a la capacidad operativa, indicando día, hora y condiciones en las que se deberá presentar el paciente para realizar el estudio programado.	Agenda electrónica
	7	Recibe al paciente el día de su cita, y verifica si se presenta en las condiciones apropiadas para el estudio.  Procede	
	8	No: Programa nueva cita, regresa a actividad 6.	
	9	Sí: Registra al paciente y le indica el procedimiento a seguir para realizar el estudio.	
	10	Realiza estudio e indica al paciente que las imágenes y el resultado serán enviados al Sistema PACS para su archivo y visualización.	
<b>TERMINA</b>			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		Hoja: 4 de 7

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		Hoja: 5 de 7

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios	3 meses	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (División de Radiología e Imagen)	Fecha y tipo de estudio
7.2 Recibo de pago	5 años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería)	Número de recibo

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO


- 8.1 **Consentimiento Informado.** - Hoja que contiene la explicación del procedimiento a realizar y los riesgos que implica el medio de contraste intravenoso.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	13 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización de formato</li> </ul>



## 10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		Hoja: 6 de 7

### 10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS

	<b>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>  <b>SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE EXPEDIENTE											
FECHA DE NACIMIENTO																
NÚMERO DE EXPEDIENTE																
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="font-size: 8px;">MATERNO</td> <td style="font-size: 8px;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>					APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	<table border="1" style="width: 50%;"> <tr><td style="text-align: center;">EDAD</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 50%;"> <tr><td style="text-align: center;">No. DE CAMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	EDAD		No. DE CAMA					
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)														
EDAD																
No. DE CAMA																
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">AREA</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> C. E.    <input type="radio"/> HOSP.    <input type="radio"/> URG.    <input type="radio"/> EXTERNO </td> </tr> </table>		AREA	<input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">SERVICIO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	SERVICIO		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">SEXO</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"> MASC. <input type="radio"/>    FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>	SEXO	MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>							
AREA																
<input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO																
SERVICIO																
SEXO																
MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>																
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>		ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">URGENTE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"> SI <input type="radio"/>    NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>	URGENTE	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>										
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)																
URGENTE																
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
<b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b>																
<p style="font-size: 8px;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p>																
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA Y HORA DE SOLICITUD</td></tr> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></td> </tr> </table>		FECHA Y HORA DE SOLICITUD	DIA	MES	AÑO				HORA: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">MÉDICO SOLICITANTE</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>		MÉDICO SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA	
FECHA Y HORA DE SOLICITUD																
DIA	MES	AÑO														
HORA: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>																
MÉDICO SOLICITANTE																
NOMBRE Y FIRMA																
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>		MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	NOMBRE Y FIRMA											
MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																
NOMBRE Y FIRMA																
<b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>																
<b>INDICACIONES AL PACIENTE</b>																

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 7 de 7

## 10.2 RECIBO DE PAGO



**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

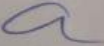
**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

Calz. de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan C.P. 14080 Ciudad de México, R.F.C. HGD-720726-831 TEL.: 4000-3000


CAJA AUXILIAR No. 9 RECIBO 1 **61418**

lunes, 28 de mayo de 2018 09:13:57a.m. Num. Operación 0000000061418



Clave	Concepto	Cantidad	Importe
1715	Hormona Gonadotropina Coriónica Humana o ( SESENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N. )	1	\$67.00
		Total =>	\$67.00
		Efectivo =>	\$70.00
		Cambio =>	\$3.00



FIRMA CAJERO  
**1719364**





PACIENTE

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>

## 9. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO



Determinar las actividades que debe realizar el personal médico para solicitar el apoyo de las demás áreas médicas del hospital y brindar al paciente un manejo multidisciplinario.

## 2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica es responsable de la atención médica integral del paciente y solicita la interconsulta para su diagnóstico y rehabilitación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados que requieren atención complementaria.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica está conformada por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.2 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas, es responsable de que toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de la solicitud de interconsulta escrita debidamente requisitada y autorizada por el área correspondiente.
- 3.3 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas determina, dependiendo las condiciones médicas, qué paciente tiene la necesidad de ser valorado por otra Especialidad Médica o Servicio de Apoyo.
- 3.4 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas verifica que se realicen las Interconsultas y el seguimiento oportuno al paciente mediante el formato de solicitud de interconsulta.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y las asistentes Médicas de las especialidades son responsables de asignar cita de interconsulta cuando el paciente la solicite.
- 3.6 En el caso de pacientes con múltiples patologías, la Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de ingresar al paciente en la especialidad donde corresponda la patología principal y los demás darán seguimiento como interconsultantes.
- 3.7 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable del ingreso a otra especialidad, solo en caso de que la patología de ingreso ya haya sido resuelta por el servicio principal.
- 3.8 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de solicitar el pago de la interconsulta el día de su cita en la consulta externa. Y en el caso de pacientes hospitalizados se le deberá entregar en la hoja de cargos antes del egreso hospitalario.
- 3.9 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable que al recibir una interconsulta debe sellar y anotar fecha y hora.
- 3.10 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de consulta externa es responsable de enviar al paciente a la especialidad correcta en caso de no pertenecer a su área.
- 3.11 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de hospitalización es responsable de solicitar las interconsultas necesarias, en caso de que las especialidades interconsultantes no sean las adecuadas.

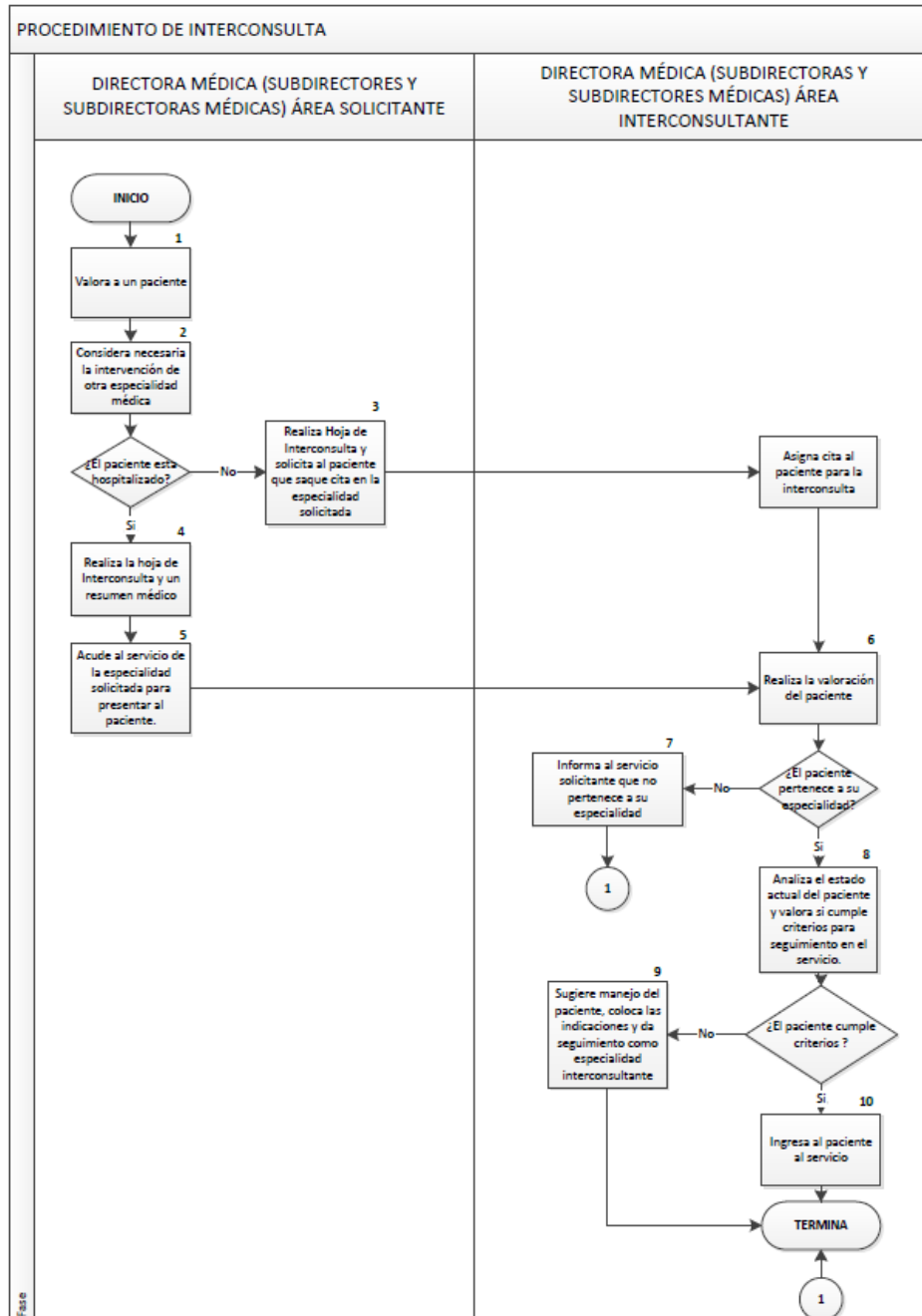
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>



- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (subdirectores y Subdirectoras médicas) Área solicitante	1	Valora a un paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta  Nota Médica
	2	Considera necesaria la intervención de otra especialidad médica	
	3	¿El paciente está hospitalizado?	
		No: Realiza Hoja de Interconsulta y solicita al paciente que saque cita en la especialidad solicitada.	
		*Asigna cita al paciente para la interconsulta y el día de su cita, continua la actividad 6.	
4	Si: Realiza la hoja de Interconsulta y un resumen médico.		
5	Acude al servicio de la especialidad solicitada para presentar al paciente.		
Directora Médica (subdirectores y Subdirectoras médicas) Área Interconsultante	6	Realiza la valoración del paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta  Nota Médica
	7	¿El paciente pertenece a su especialidad?	
		No: Informa al servicio solicitante que no pertenece a su especialidad. Termina Procedimiento	
	8	Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio	
	9	¿El paciente cumple criterios?	
No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante			
10	Si: Ingresa al paciente al servicio.		
<b>TERMINA</b>			

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 6 de 12</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Nom-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	3 años	Dirección Médica Área interconsultante	Fecha y nombre del paciente

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Área Solicitante.** - Especialidad médica que solicita la interconsulta.
- 8.2 Área Interconsultante.** - Especialidad médica que proporciona la interconsulta.
- 8.3 Diagnóstico.** - Proceso de acercamiento gradual al conocimiento científico de una patología, que permite destacar los elementos más significativos de una alteración.
- 8.4 Interconsulta.** - Acción realizada para solicitar la atención u opinión para el tratamiento de un paciente por otra especialidad distinta a la del tratante.
- 8.5 Manejo multidisciplinario.** - Manejo integral.
- 8.6 Valoración.** - Revisión detallada y sistemática de un paciente.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	10 diciembre 2021	Actualización de formato y políticas de operación, normas y lineamientos.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución
- 10.3 Escala de Duelo Perinatal





**NOTA DE INTERCONSULTA**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ N.º EXP. \_\_\_\_\_ SIGNOS VITALES: T.A. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ FR. \_\_\_\_\_

TALLA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:

RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:

SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:



PRONÓSTICO:

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 10 de 12

### 10.3 ESCALA DE DUELO PERINATAL



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"  
División de Gineco-Obstetricia  
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Alcaldía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Registro \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Atención psicológica: Consulta externa \_\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Embarazo: \_\_\_\_\_ SDG \_\_\_\_\_ posparto \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Óbito \_\_\_\_\_

**Escala de Duelo Perinatal**

**Instrucciones:** Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual.


Reactivo	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
1. Me siento deprimida				
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3. Tomo medicina para los nervios				
4. Me siento vacía				
5. No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13. Estoy asustada				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16. Extraño mucho a mi bebé				





17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé				
23. Me siento como muerta en vida				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25. Llora cuando pienso en mi bebé				
26. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27. Siento que es mejor no amar				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30. El futuro me preocupa				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32. Es maravilloso estar vivo				
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Puntaje total: \_\_\_\_\_

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:  
González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>

## **10. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO



Describir las actividades para efectuar de manera ordenada y apropiada la movilización del paciente dentro de las diferentes áreas del hospital, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta sobre la salud del paciente, lo anterior para su estancia hospitalaria, apoyo diagnóstico o tratamiento quirúrgico.

## 2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica y Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de brindar la atención médica a los pacientes y deciden el traslado intrahospitalario, cuidando la seguridad del mismo, ofreciendo un servicio de calidad. Subdirección de Enfermería, coordina los traslados de los pacientes en apoyo a los médicos y pacientes, en coordinación con el personal de camillería, Subdirección de Servicios Ambulatorios, responsable del expediente clínico en los servicios de consulta externa y hospitalización, y Subdirección de Gestión de Calidad responsable de evaluar los servicios médicos ofrecidos.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieren movilización a diferentes áreas del hospital (Consulta Externa, Áreas de diagnóstico y Quirófanos).

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Dirección Médica y las Subdirecciones Médicas son responsables del traslado intrahospitalario de los pacientes a cualquier área del hospital, buscando siempre la seguridad del paciente, la integridad y el buen funcionamiento de los diferentes dispositivos.
- 3.2 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de acceso venoso (bomba de infusión, aminas, sedación/vasopresor) monitor de signos vitales, oxímetro de pulso y maletín de traslado.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de asegurar el equipo de infusión compatible con resonancia en pacientes con aminas.
- 3.4 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Respiratoria es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de ventilación mecánica y tanque de oxígeno.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Servicios Ambulatorios.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de realizar la movilización del paciente, considerando sus características clínicas, siempre y cuando exista ya una comunicación interna entre el servicio emisor y receptor.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico, en el caso de los pacientes que se ingresan a hospitalización, es responsable de asignar una cama al paciente antes de su traslado intrahospitalario.
- 3.8 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y médicos residentes son responsables de clasificar a los pacientes en las siguientes categorías y de esta forma determinar el riesgo de traslado de los pacientes:
- Grupo 1: Pacientes hemodinámicamente estables, que solo necesitan monitorización básica. Baja Complejidad=Riesgos mínimos.
  - Grupo 2: Pacientes hemodinámicamente inestables que requieren monitorización invasiva y soporte farmacológico cardiovascular. Media Complejidad=Riesgo medio
  - Grupo 3: Paciente hemodinámicamente inestables que además requieren soporte ventilatorio. Alta complejidad=Riesgo alto.
- 3.9 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y residentes y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de contar con el personal indicado para el traslado intrahospitalario, dependiendo de la categoría. Grupo 1: Camillero, enfermera y médico, Grupo 2: Camillero, enfermera y médico y Grupo 3: Camillero, médico adscrito o residente y personal de inhaloterapia.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica (enfermeras y camilleros) es responsable de verificar el llenado completo y correcto de la hoja de traslado seguro del paciente, de lo contrario podrá detener momentáneamente el traslado hasta que las áreas médicas complementen el formato.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables del expediente clínico, en cualquier traslado intrahospitalario, por lo que deberán verificar que no falte ningún documento y que estén debidamente firmados por los médicos tratantes.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de agregar la hoja de traslado seguro del paciente pre llenada con los datos generales del paciente y las notas de enfermería al expediente clínico.
- 3.13 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable de la entrega del expediente clínico al médico tratante, cuando este se lo requiera.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de entregar el expediente clínico al servicio emisor en los Grupos 2 y 3.
- 3.15 Las Subdirecciones Médicas a través del médico adscrito o médico residente son responsable del traslado intrahospitalario para estudios de Imagenología Grupo 1, 2 y 3, con la documentación de consentimiento informado y la solicitud del estudio debidamente requisitados.
- 3.16 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de anexar la hoja de traslado seguro del paciente cuando genere el expediente clínico para pacientes de hospitalización.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 4 de 12</b>


3.17 La Subdirección de Pediatría es responsable de trasladar a todo niño críticamente enfermo, con médico responsable y enfermera de turno y si es necesario con el personal de inhaloterapia.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

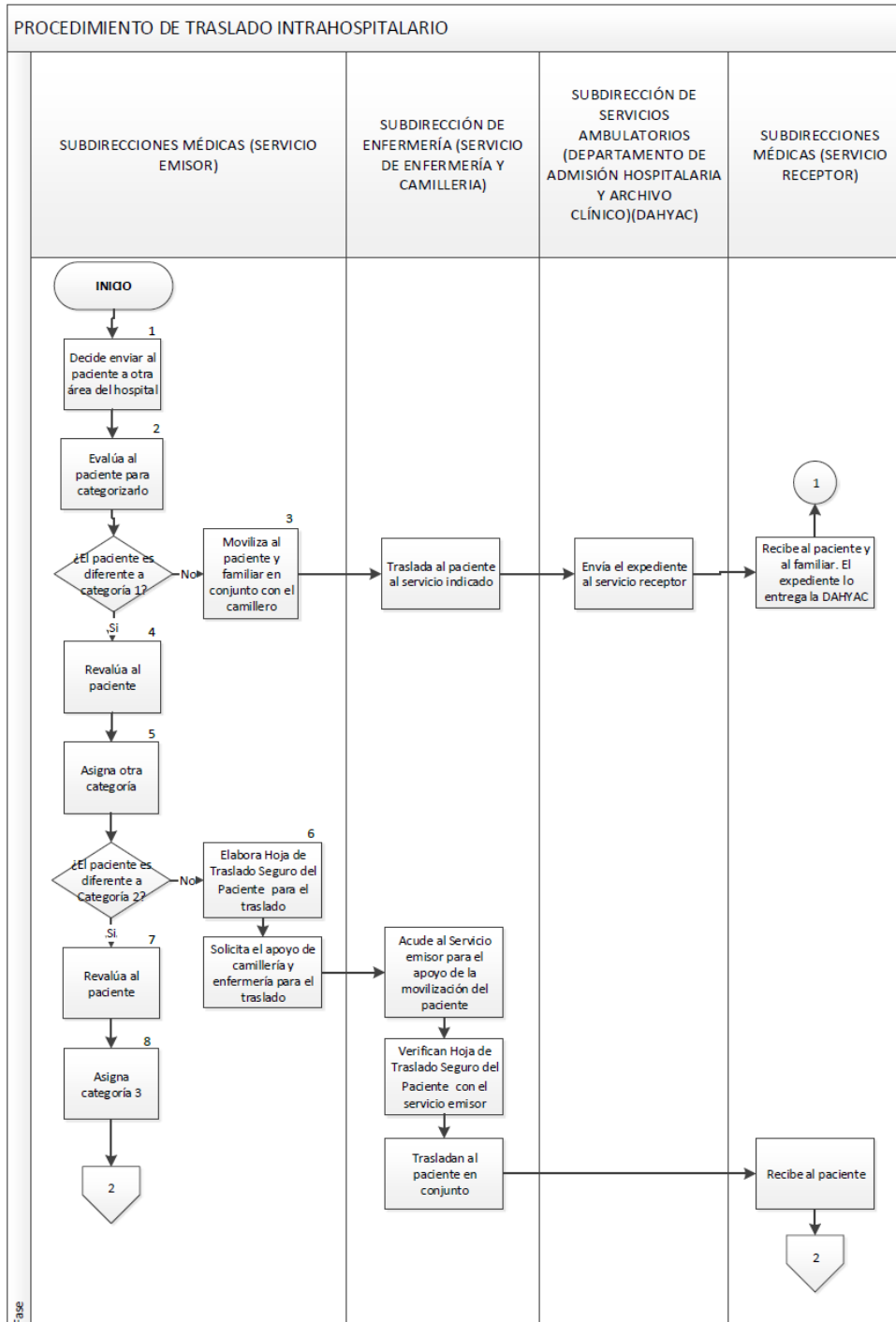
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo.  ¿El paciente es diferente a categoría 1?	
	3	No: Moviliza al paciente y familiar en conjunto con el camillero.  Traslada al paciente al servicio indicado.  Envía el expediente al servicio receptor.  Recibe al paciente y familiar y el expediente lo entrega al servicio de enfermería.  Termina procedimiento	
	4	Si: Revalúa al paciente	
	5	Asigna otra categoría  ¿El paciente es diferente a Categoría 2?	
	6	No: Elabora hoja de traslado seguro del paciente.  Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado  Acude al servicio para el apoyo de la movilización del paciente.  Verifican la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor.  Trasladan al paciente en conjunto.  Recibe al paciente.  Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con servicio emisor y receptor.  Termina el procedimiento.	
	7	Si: Revalúa al paciente	
	8	Asigna categoría 3	





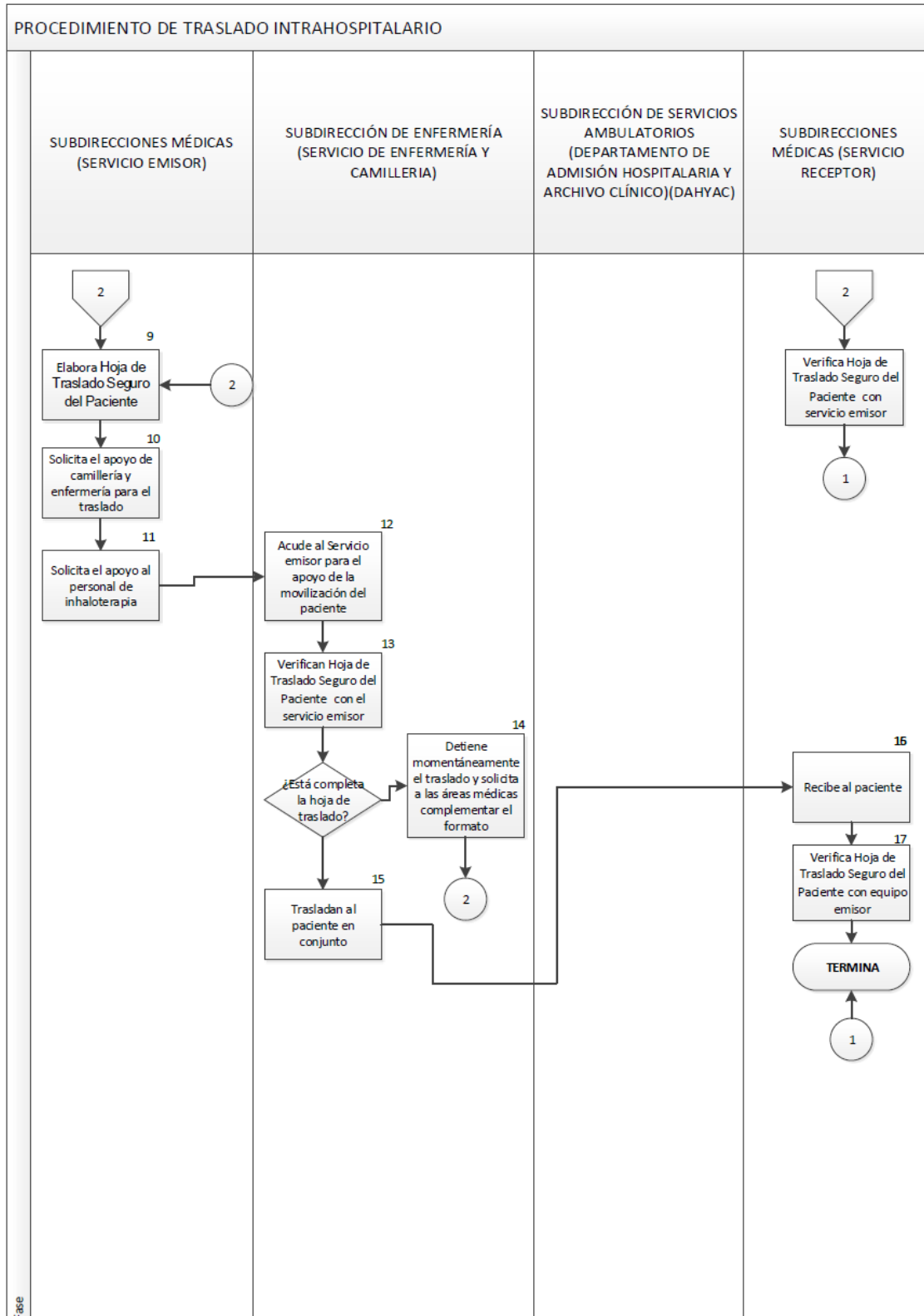
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>



<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
	9	Elabora la hoja de traslado seguro del paciente para el traslado.	
	10	Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado.	
	11	Solicita el apoyo al personal de inhaloterapia.	
Subdirectora de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica y Camillería)	12	Acude al servicio emisor para el apoyo de la movilización del paciente	Hoja de traslado seguro del paciente
	13	Verifica hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor.  ¿Está completa la hoja de traslado?	
	14	No: Detiene momentáneamente el traslado y solicita a las áreas médicas complementar el formato, regresa a paso 9.	
	15	Si: Traslada al paciente en conjunto con el personal médico.	
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor)	16	Recibe al paciente.	Hoja de traslado seguro del paciente
	17	Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor y receptor.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		Hoja: 8 de 12



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 9 de 12

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y servicios de urgencias de los establecimientos de la atención médica.	No Aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana Nom-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica Prehospitalaria	No Aplica
6.4 Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018 SiNaCEAM	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lista de Cotejo	5 años	Subdirección de Urgencias y Medicina (División de Urgencias Observación)	Fecha/Nombre

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Diagnóstico sindromático:** procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 **Documentación de Urgencias:** está conformado por los siguientes documentos: Solicitud de Ingreso hospitalario, Nota de Ingreso Hospitalario, Notas de Evolución, Notas de Interconsulta, Nota de referencia, Nota de Atención médica de Urgencias, Nota de Egreso, Hojas de Enfermería, Indicaciones Médicas, Resultados de Laboratorio y Gabinete, Registro de transfusión sanguínea, Estudio Socioeconómico, Educación del paciente, Consentimiento Informado, Hoja de Egreso voluntario, Conciliación de medicamentos y Estudio Nutricional. No todos los documentos van a existir, depende de la evolución de cada paciente.
- 8.3 **Hoja de Atención médica de urgencias:** Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.4 **Ingreso hospitalario o internamiento:** Acción requerida para que un paciente reciba atención médica en Observación y Reanimación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 10 de 12

8.5 **Servicio de urgencias:** conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

8.6 **Servicio emisor:** área médica que solicita la movilización de un paciente a otra área del hospital.

8.7 **Servicio receptor:** área médica que recibe al paciente de otro servicio del hospital.

8.8 **Traslado intrahospitalario de un paciente:** es el desplazamiento de este de una unidad a otra, o bien dentro de la misma unidad, con el fin de realizar alguna prueba, ubicarlo en la unidad a cuyo servicio pertenezca, o bien cambiarlo de habitación dentro de la misma unidad por los motivos que se considere.

8.9 **Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función


## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	22 de noviembre de 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

### 10.1 LISTA DE COTEJO



**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

**HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE**

Salida

Nombre completo del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	No. de Expediente: _____
Servicio Solicitante: _____	Fecha de Traslado: _____	Hora de Traslado: _____
Servicio al que se traslada: _____	Diagnóstico: _____	Médico Tratante: _____

Parametros Clínicos			Condición Clínica	
	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado		
TA			Categoría 1 (Estable) <input type="checkbox"/>	Urgente <input type="checkbox"/>
SpO <sub>2</sub>			Categoría 2 (Delicado) <input type="checkbox"/>	Programado <input type="checkbox"/>
FC			Categoría 3 (Grave) <input type="checkbox"/>	Hora Programada: _____
Glasgow				

<p>Observaciones:</p> <hr/> <hr/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Traslado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intrahospitalario</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Extrahospitalario</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Camilla</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Silla de Ruedas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Motivo de Traslado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Interconsulta</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Procedimiento</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estudio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quirófano</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Riesgo de Caída</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alto Riesgo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mediano Riesgo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bajo Riesgo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Traslado		Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>	Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>	Camilla	<input type="checkbox"/>	Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>	Motivo de Traslado		Interconsulta	<input type="checkbox"/>	Procedimiento	<input type="checkbox"/>	Estudio	<input type="checkbox"/>	Quirófano	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Riesgo de Caída		Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>	Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>	Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>
Traslado																															
Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>																														
Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>																														
Camilla	<input type="checkbox"/>																														
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>																														
Motivo de Traslado																															
Interconsulta	<input type="checkbox"/>																														
Procedimiento	<input type="checkbox"/>																														
Estudio	<input type="checkbox"/>																														
Quirófano	<input type="checkbox"/>																														
Hospitalización	<input type="checkbox"/>																														
Riesgo de Caída																															
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>																														
Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>																														
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>																														

Lista de verificación		Equipos		
	SI	NO	NA	Batería/Alarma
Ventilación mecánica				
Inmovilización de paciente politraumatizado				
Tanque de Oxígeno				
Acceso Venoso: Venoclisis				Catéter Central
Bomba de Infusión				
Aminas				
Sedación/Vasopresor				
Monitor de Signos Vitales				
Olímetro de Pulso				
Maletín de Traslado*				
Expediente Clínico				
Consentimiento Informado				
Solicitud Completa				
Ayuno				
Médico				
Enfermera				
Inhaloterapeuta				
Camillero				

\*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Maletín de traslado".  
NA= No Aplica.



<p>¿El paciente regresó en las mismas condiciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Regreso</div>
---	---

Hora de Regreso al Servicio: \_\_\_\_\_



<p>Explique Brevemente:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
---

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 12 de 12</b>

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

<p><b>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE</b></p> <p>Nombre completo del paciente- Anotar apellido paterno, materno y nombre (s). Ejemplo Martínez Dávila María Cristina</p> <p>Fecha de nacimiento- Anotar día, mes y año. Ejemplo: 04/08/1960</p> <p>No. de Expediente- Anotar el número completo del expediente. En caso de no contar aún con el número de registro, se utilizarán los dos indicadores institucionales de identificación del paciente que son nombre completo y fecha de nacimiento.</p> <p>Servicio Solicitante- Anotar el nombre del servicio que solicita el traslado.</p> <p>Servicio a donde se traslada- Anotar el nombre completo del servicio que recibe al paciente.</p> <p>Fecha de traslado- Anotar la fecha, iniciando con día, mes y año. Ejemplo 29/11/2019</p> <p>Hora de Traslado- Anotar la hora en que se realizará el traslado, utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Diagnóstico- Anotar el nombre completo del Diagnóstico, sin ABREVIATURAS. Si aún no se ha integrado el diagnóstico, anotar el probable. Ejemplo: Evento Vascular Cerebral (no EVC)</p> <p>Médico Tratante- Anotar el nombre completo del médico tratante. Ejemplo: Dr. Armando Medina González</p> <p>Parámetros Clínicos- Anotar las cifras obtenidas en el momento que el paciente se traslada. Y anotar las cifras en el momento en que llega al servicio que recibe al paciente o donde fue trasladado.</p> <p>Condición Clínica- El médico tratante marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> la categoría según la condición clínica del paciente: Estable, Delicado o Grave.</p> <p>Y se marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> si el traslado es Urgente o Programado. Se anotará la hora programada del estudio, cirugía, procedimiento, interconsulta u hospitalización.</p> <p>Observaciones- Anotar aspectos clínicos relevantes que prevengan eventualidades que puedan presentarse durante el traslado (para minimizar al máximo los riesgos).</p>
--

<p><b>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE</b></p> <p>Lista de verificación- Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> dentro del cuadro si cumple, no cumple o no aplica.</p> <p>Con relación a Bateria(Alarma, el personal de enfermería revisa donde proceda, si están cargadas y en buenas condiciones anotar una <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Acceso venoso- Indicar con una <input checked="" type="checkbox"/> el tipo de acceso: venoclisis o catéter central.</p> <p><b>TRASLADO, MOTIVO DE TRASLADO Y RIESGO DE CAÍDA</b></p> <p>Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p><b>REGRESO</b></p> <p>Anotar la hora de regreso al servicio utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Si el paciente regresa en las mismas condiciones si o no anotar <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p>En caso necesario explicar brevemente algún incidente que se haya presentado.</p>
---

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 1 de 13

**11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 2 de 13</b>

## 1. PROPÓSITO



Establecer las actividades para la integración, validación, el procesamiento y el análisis de la información de las áreas de atención médica del hospital y su posterior envío para generar informes e indicadores oportunamente, para facilitar la toma de decisiones estratégicas en la institución.

## 2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional las cuáles son responsables de la coordinación del envío de la información de las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos a su cargo. Las Subdirecciones adscritas a estas direcciones son encargadas de enviar la información derivada de la atención médica de las áreas a su cargo en los tiempos y formatos establecidos, la Subdirección de Planeación es responsable de recolectar la información enviada.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Acceso a la información (INAI), responsable de enviar los criterios necesarios para la información estadística.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica y de Integración y Desarrollo Institucional son responsables de coordinar que la información estadística que se genera en las áreas a su cargo, sea entregada puntualmente.
- 3.2 Las Subdirecciones son responsables de la información que generan las áreas a su cargo.
- 3.3 Las Subdirecciones son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales y que sea válida exacta, completa y consistente.
- 3.4 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos (semanal, mensual, trimestral, semestral o anual).
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de concentrar y enviar la información diaria derivada de la atención médica en la Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, la cuál se recibirá al día hábil siguiente, antes de las 10:00 horas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 3 de 13</b>



- 3.7 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de establecer el periodo de cierre de la información, mismo que será informado por oficio a las subdirecciones que generan información para que informen a las áreas a su cargo.
- 3.8 Las Subdirecciones son responsables de concentrar y enviar la información mensual derivada de toda la atención clínica que generan las áreas a su cargo no mencionadas en el punto 3.6, en los dos primeros días hábiles del mes en el formato establecido por la normativa interna y/o externa del hospital, acompañada del soporte en electrónico (base de datos) y un oficio firmado donde reporte la cifra final al cierre del periodo respectivo. Las cifras recibidas antes de las 10:00 horas, serán las que se tomen en cuenta para la integración del informe mensual.
- 3.9 La información que se entregue de forma extemporánea no será contabilizada para la productividad del servicio y será devuelta por oficio con copia a la Dirección correspondiente para tomar las medidas pertinentes.
- 3.9 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística notificará de forma oficial a las Subdirecciones generadoras de información si existen cambios en las fechas de entrega establecidas, así como en los mecanismos y métodos de entrega de la información.
- 3.10 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos.
- 3.11 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de utilizar la Plataforma “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud”, en caso de que la plataforma no esté disponible se utilizarán las siguientes: “Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Sistema de Información en Salud y Sistema de Lesiones” o las que las autoridades pertinentes determinen para carga de información.
- 3.12 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de solicitar al Departamento de Informática el respaldo mensual de la información generada y entregada, para la generación de los informes bioestadísticos.
- 3.13 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de enviar al Departamento de Información de Control de Gestión el informe bioestadísticos final.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS Hoja: 4 de 13</b>

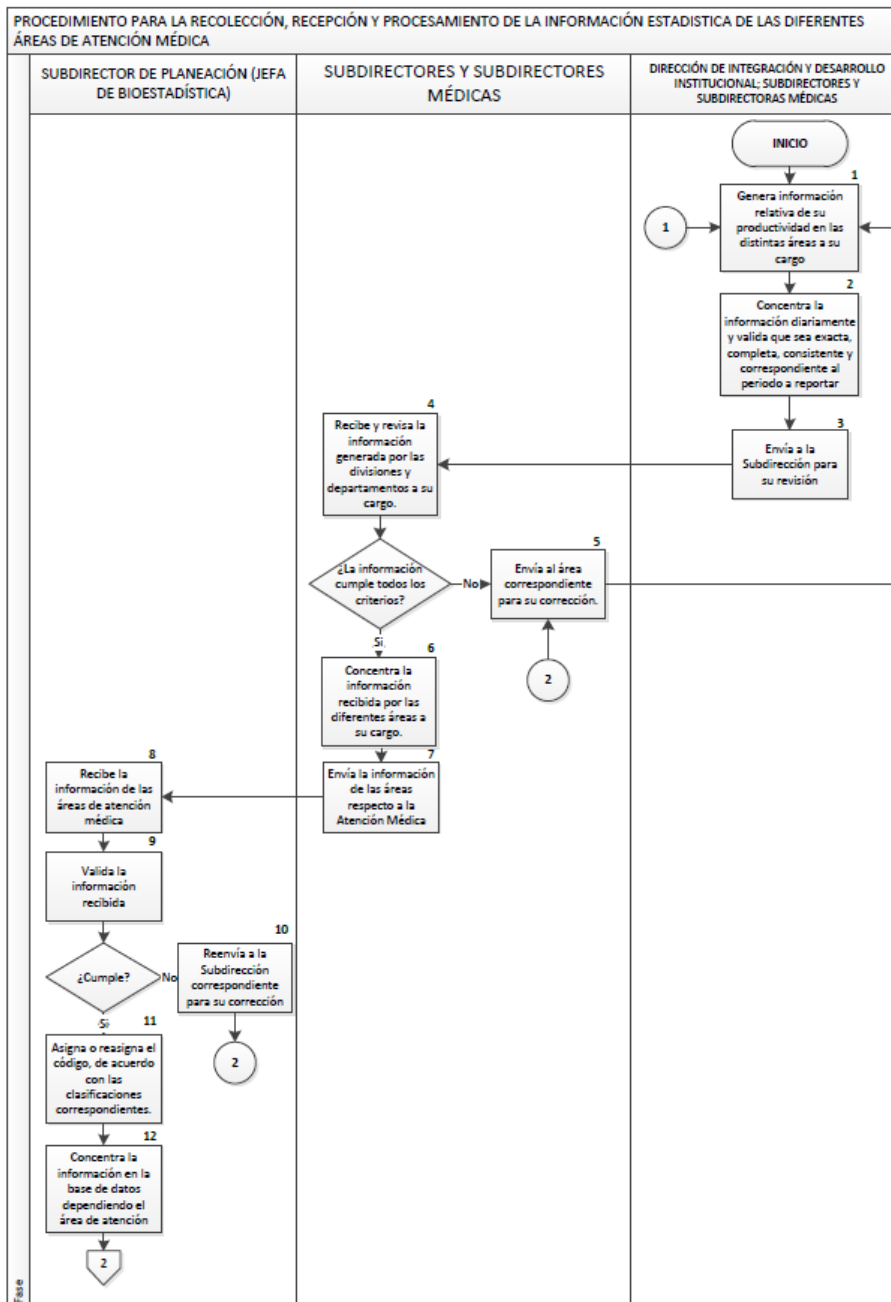
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido en la normativa interna o externa institucional para ese fin.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa  Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	2	Concentra la información diariamente y valida que sea exacta, completa, consistente y correspondiente al periodo reportado por cada área de adscripción en un archivo electrónico de Excel.	Oficio de entrega
	3	Envía a la Subdirección correspondiente para su revisión	
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional.	4	Recibe y revisa la información generada por las divisiones y departamentos a su cargo.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa  Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	5	¿La información cumple todos los criterios?  No: Envía al área correspondiente para su corrección.	Oficio de entrega
	6	Si: Concentra la Información recibida por las diferentes áreas a su cargo	
	7	Envía la información de las áreas respecto a la Atención Médica.	
Subdirector de Planeación (Jefa de División de Bioestadística)	8	Recibe la información de las áreas de atención médica	Informe de Bioestadística Final
	9	Valida la información recibida  ¿La Información cumple?	

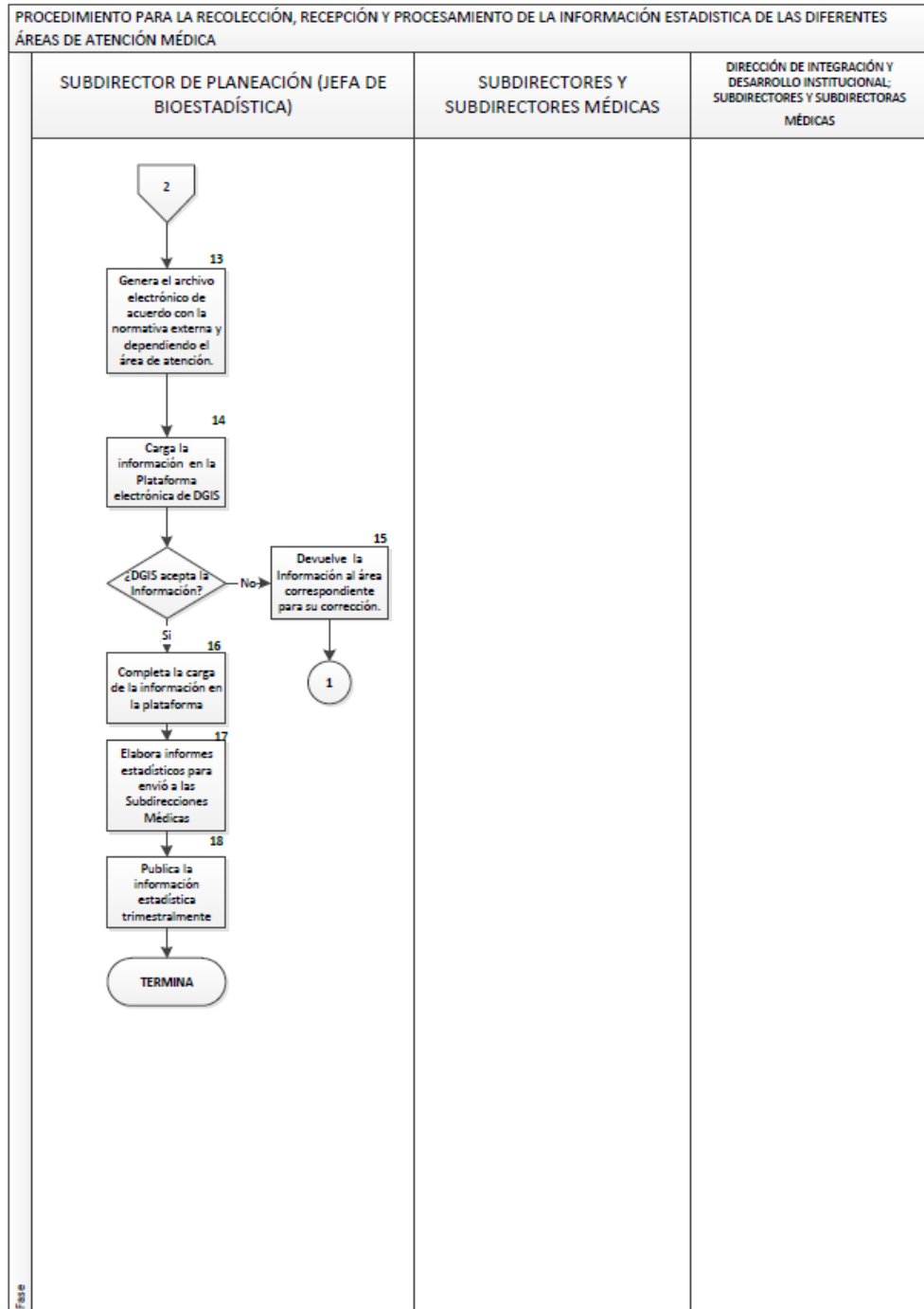
	<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>	<p>No: Reenvía la información a la Subdirección correspondiente para su corrección, regresa a la actividad 5.</p> <p>Si: Asigna o reasigna el código, de acuerdo con las clasificaciones correspondientes.</p> <p>Concentra la información en la base de datos dependiendo el área de atención.</p> <p>Genera el archivo electrónico de acuerdo con la normativa externa y dependiendo el área de atención.</p> <p>Carga la información en la Plataforma electrónica de DGIS</p> <p>¿DGIS acepta la Información?</p> <p>No: Devuelve la información al área correspondiente para su corrección. Regresa a la actividad 1</p> <p>Si: Completa la carga de la información en la plataforma</p> <p>Elabora informes estadísticos para envío a las Subdirecciones Médicas</p> <p>Publica la información estadística trimestralmente.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	
--	---	--	--

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 6 de 13</b>



## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 7 de 13</b>



Fase

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		Hoja: 8 de 13

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	No aplica
Clasificación de Procedimientos	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Archivo Electrónico de Excel	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio
Informe Estadístico de las Actividades del Médico	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Días de estancia:** número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso.
- 8.2 Egreso hospitalario:** evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios
- 8.3 Fehaciente:** Que hace fe, fidedigno.
- 8.4 Estadística:** Es una rama de la matemática que se refiere a la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos en un estudio. Es aplicable a una amplia variedad de disciplinas, desde la física hasta las ciencias sociales, ciencias de la salud como la Psicología y la medicina.
- 8.5 Información diaria:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. a las 23:59 hrs. del día natural a reportar, la productividad se cierra con la información enviada hasta las 10 hrs. del primer día del siguiente mes estadístico.
- 8.6 Información mensual:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. Del primer día natural del mes a las 23:59 horas del último día natural del mes.
- 8.7 Morbilidad:** Número Proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 9 de 13</b>

**8.8 Defunción/muerte:** A la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	04/03/2019	Actualización del Formato, se conjuntan el procedimiento 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos, Se cambian políticas de entrega de Información y se agregan anexos.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO


- 10.1 Captura de pantalla Registro Diario de pacientes de consulta externa
- 10.2 Captura de pantalla Sistema de Registro de pacientes en el área de Urgencias
- 10.3 Ejemplo de base de Excel para hospitalización.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 10 de 13</b>

## 10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**



Adsc.

Residente

Fecha de Consulta

Curp      No. Expediente      Recibo de pago      Tipo de Consulta

Apellido paterno      Apellido materno      Nombre(s)      Sexo



Migrante       Discapacitado

Estado o delegación      Derechohabencia

Diagnóstico (CIE10)      Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

Av. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, D.F. Teléfono: 01 55 4000 3000

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 11 de 13

## 10.2 CAPTURA DE PANTALLA SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Login







HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

04/03/2019
02:19:08 p. m



Usuario:

Contraseña:

Ingresar



Salir de la aplicación





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 12 de 13</b>

### 10.3 EJEMPLO DE BASE DE EXCEL PARA HOSPITALIZACIÓN.



	CLUES	FOLIO	tipo_reg	currp_Paciente	nombre	primerApellido	segundoApellido	fechaNacimiento	nacioEstranjero	paisOrigen	entidadNacimiento	edad	claveEdad	nacioHospital	sexo	peso	talla	IMC	afiliación
2																			
3	DFSSA003961	00000001	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
4	DFSSA003961	00000002	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
5	DFSSA003961	00000003	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
6	DFSSA003961	00000004	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
7	DFSSA003961	00000005	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
8	DFSSA003961	00000006	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
9	DFSSA003961	00000007	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
10	DFSSA003961	00000008	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
11	DFSSA003961	00000009	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
12	DFSSA003961	00000010	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
13	DFSSA003961	00000011	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
14	DFSSA003961	00000012	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
15	DFSSA003961	00000013	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
16	DFSSA003961	00000014	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
17	DFSSA003961	00000015	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
18	DFSSA003961	00000016	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
19	DFSSA003961	00000017	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
20	DFSSA003961	00000018	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
21	DFSSA003961	00000019	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
22	DFSSA003961	00000020	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
23	DFSSA003961	00000021	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
24	DFSSA003961	00000022	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
25	DFSSA003961	00000023	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
26	DFSSA003961	00000024	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
27	DFSSA003961	00000025	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
28	DFSSA003961	00000026	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
29	DFSSA003961	00000027	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
30	DFSSA003961	00000028	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
31	DFSSA003961	00000029	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
32	DFSSA003961	00000030	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
33	DFSSA003961	00000031	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
34	DFSSA003961	00000032	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
35	DFSSA003961	00000033	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
36	DFSSA003961	00000034	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
37	DFSSA003961	00000035	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
38	DFSSA003961	00000036	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
39	DFSSA003961	00000037	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
40	DFSSA003961	00000038	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
41	DFSSA003961	00000039	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
42	DFSSA003961	00000040	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
43	DFSSA003961	00000041	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
44	DFSSA003961	00000042	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
45	DFSSA003961	00000043	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
46	DFSSA003961	00000044	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
47	DFSSA003961	00000045	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
48	DFSSA003961	00000046	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
49	DFSSA003961	00000047	1-EGRESOS HOSPITALARIOS						NO	MÉXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 13 de 13</b>

CLUES	FOLIO	tipo_reg	curp_Pacient o	nombre	primerApellido o	segundoApellido do	fechaNacimie o	nacioExtra njero	paisOrigen	entidadNacimie o	edad	claveEda d	nacioHos pital	sexo	peso	talla	IMC	afiliación
3	DFSSA00361	00000001	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
4	DFSSA00361	00000002	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
5	DFSSA00361	00000003	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
6	DFSSA00361	00000004	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
7	DFSSA00361	00000005	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
8	DFSSA00361	00000006	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
9	DFSSA00361	00000007	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
10	DFSSA00361	00000008	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
11	DFSSA00361	00000009	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
12	DFSSA00361	00000010	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
13	DFSSA00361	00000011	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
14	DFSSA00361	00000012	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
15	DFSSA00361	00000013	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
16	DFSSA00361	00000014	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
17	DFSSA00361	00000015	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
18	DFSSA00361	00000016	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
19	DFSSA00361	00000017	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
20	DFSSA00361	00000018	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
21	DFSSA00361	00000019	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
22	DFSSA00361	00000020	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
23	DFSSA00361	00000021	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
24	DFSSA00361	00000022	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
25	DFSSA00361	00000023	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
26	DFSSA00361	00000024	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
27	DFSSA00361	00000025	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
28	DFSSA00361	00000026	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
29	DFSSA00361	00000027	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
30	DFSSA00361	00000028	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
31	DFSSA00361	00000029	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
32	DFSSA00361	00000030	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
33	DFSSA00361	00000031	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
34	DFSSA00361	00000032	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
35	DFSSA00361	00000033	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
36	DFSSA00361	00000034	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
37	DFSSA00361	00000035	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
38	DFSSA00361	00000036	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
39	DFSSA00361	00000037	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
40	DFSSA00361	00000038	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
41	DFSSA00361	00000039	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
42	DFSSA00361	00000040	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA
43	DFSSA00361	00000041	1- EGRESOS HOSPITALARIOS					NO	MEXICO	entidadNacimiento	AÑOS			HOMBRE			#DIV/0!	NINGUNA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 1 de 25

## 12. PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 2 de 25

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en el ingreso del paciente a cirugía ambulatoria; para garantizar una atención más ágil en la programación de cirugía, ofreciendo un trato digno, calidad y seguridad en la atención del paciente

## 2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a la Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría ya que es la responsable de la atención de los pacientes quirúrgicos, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable de la administración del expediente clínico y admisión de los pacientes, Subdirección de Gestión de Calidad encargada de evaluar la seguridad y calidad de la atención del usuario, Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de evaluar a los usuarios programados y la atención anestésica y Subdirección de Enfermería encargada de los cuidados de los usuarios.

2.2. A nivel externo aplica al paciente que se someterá a una cirugía ambulatoria.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia es responsable de realizar la programación de cirugía y de entregarla a la Dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico y Departamento de Trabajo Social.

3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable de realizar los ingresos 24 horas antes del procedimiento quirúrgico programado.

3.3. La Subdirección de Cirugía a través de las Jefaturas de División Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, que realicen procedimientos quirúrgicos ambulatorios, son responsables de informar a los pacientes adecuadamente sobre todos los trámites administrativos que deben realizar previo a su intervención, así como de informarles sobre el procedimiento de políticas de obtención de cuotas de recuperación por trámites y servicios.

3.4. La Subdirección de Cirugía Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsable de asignar fecha de la intervención quirúrgica, cuando el paciente haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico.

3.5. La Subdirección de Cirugía Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son la responsable del llenado del Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria y entregarlo al paciente el día que se programe a cirugía.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 3 de 25

3.6. La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar el procedimiento de exención de pago parcial o total de pacientes, en caso de que el paciente no cuente con los medios suficientes.

3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico no debe ingresar a ningún paciente que no haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico; o el proceso de exención de pago.

3.8. La Subdirección de Cirugía, la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica y la Subdirección de Anestesia y Terapias, a través sus Jefes de División deben respetar la programación de cirugía, y en caso de no presentarse algún paciente el día de su intervención quirúrgica, ese turno pasa a disponibilidad de Cirugía de Urgencias

3.9. La Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Cirugía Ambulatoria realizará las valoraciones pre anestésicas en un horario de 9:00 hasta las 14:00.

3.10. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable enviar al paciente nuevamente al área quirúrgica hasta que sea positiva la Valoración Pre-anestésica.

3.11. La Subdirección de Gestión de Calidad, a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar la Nota de Ingreso de Trabajo Social en un horario de 8:00 hasta las 13:30.

3.12. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable de dar cita a los pacientes de la valoración pre-anestésica y notificarles que se presenten en la Torre de Especialidades Segundo Piso junto al Control de Consulta de Oftalmología.



3.13. La Subdirección de Cirugía a través de las Jefaturas de División Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsable de realizar el egreso del paciente.

3.14. La Subdirección de Cirugía, a través de sus Jefes de División y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsables de realizar el procedimiento de Ingreso a Hospitalización, en caso de que posterior al procedimiento quirúrgico se considere que el paciente amerite hospitalización.

3.15. La Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Cirugía Ambulatoria es responsable de corroborar el correcto llenado del Consentimiento Informado para el proceso de anestesia, así como contener todas las firmas necesarias.

3.16. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.17. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 4 de 25

3.18. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina, Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.

3.19. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.

3.20. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.

3.21. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto" en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.

3.22. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la "Toma de piloto" que no se utilicen posterior a las 24 horas.

3.23. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.

3.24. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto", a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.

3.25. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.



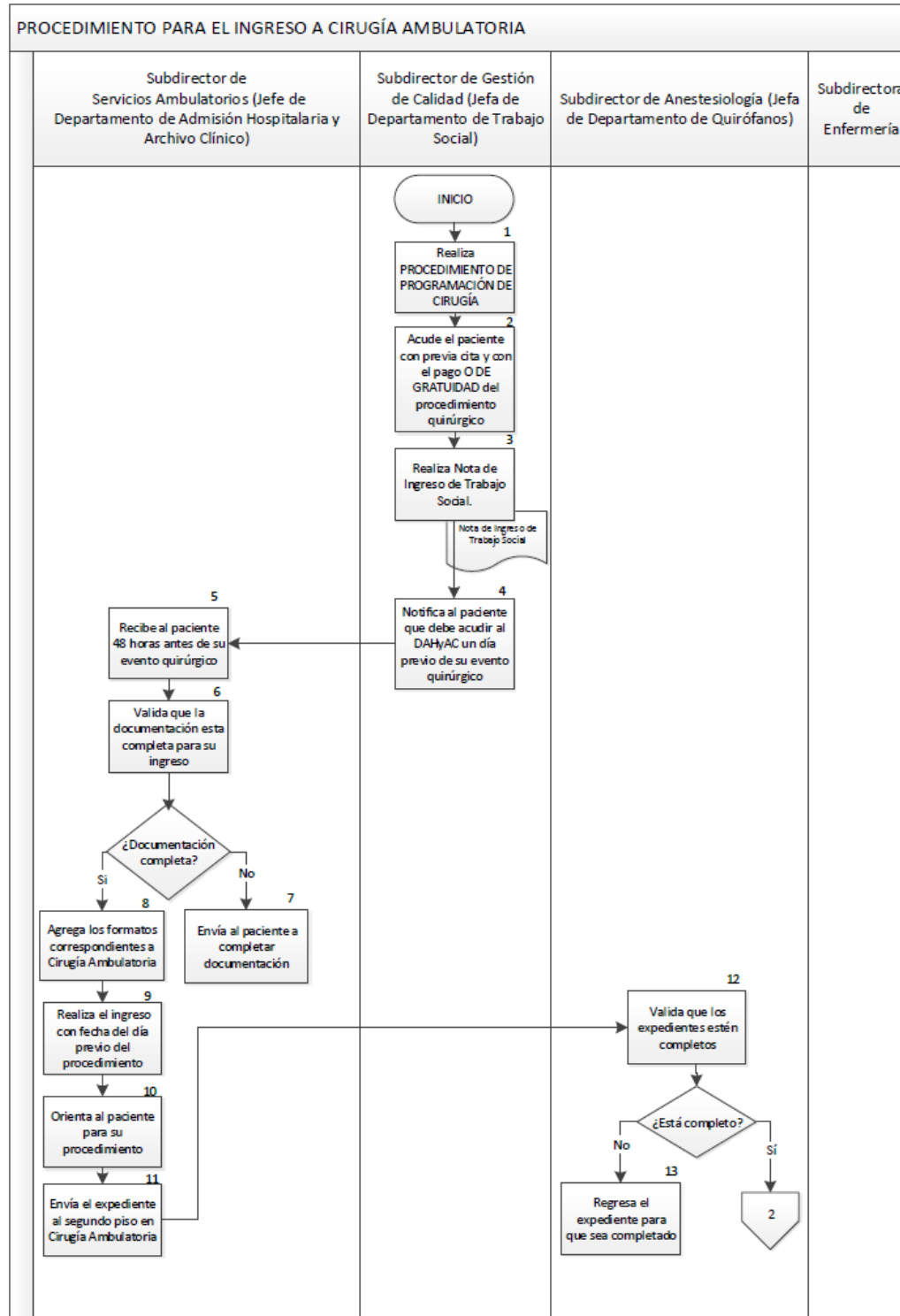
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Gestión de la Calidad (Jefa del Departamento de Trabajo Social)	1	Realiza <b>“PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA”</b>	Nota de Ingreso de Trabajo social (Anexo 2)
	2	Acude el paciente con previa cita y con el recibo de pago o de gratuidad del procedimiento quirúrgico.	
	3	Realiza Nota de Ingreso de Trabajo Social y envía al paciente al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo clínico	
	4	Notifica al paciente que debe acudir al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico un día previo de su evento quirúrgico.	
Subdirector de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico)	5	Recibe al paciente unas 48 horas antes de su evento quirúrgico.	Expediente Clínico  Carta de Autorización para la Hospitalización (Anexo 6)  Hoja de Bioestadística (Anexo 7)
	6	Valida que la documentación está completa para su ingreso  ¿La documentación está completa?	
	7	No: Envía al paciente al área correspondiente para completar la documentación (Formato de pago, instructivo y/o solicitud de ingreso)	
	8	Si: Agrega los formatos correspondientes al Ingreso ambulatorio	
	9	Realiza el ingreso con fecha del día previo al procedimiento del paciente.	
	10	Orienta al paciente para su procedimiento	
	11	Envía el expediente al segundo piso en Cirugía ambulatoria	
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefa del Departamento de Quirófanos)	12	Valida que los expedientes estén completos  ¿Está completo el expediente clínico?	Expediente clínico  Censo de Programación de Cirugía

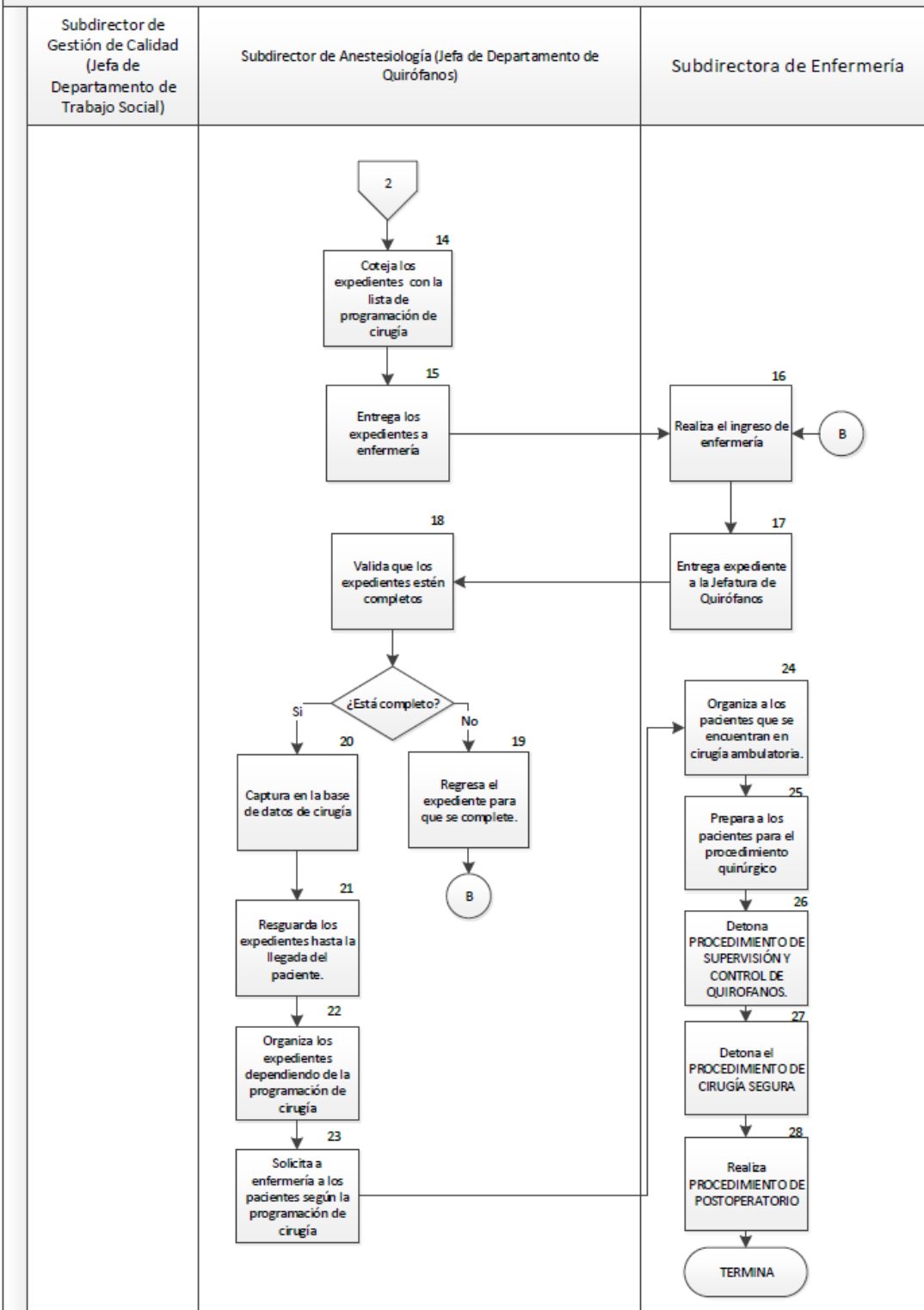
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	13	No: Regresa el expediente clínico para que sea completado.	
	14	Si: Coteja los expedientes recibidos con la lista de programación de cirugía	
	15	Entrega los expedientes a enfermería	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Enfermería de quirófanos)	16	Realiza el Ingreso de enfermería	Hoja de Enfermería (Anexo 8)
	17	Entrega el expediente a la Jefatura Cirugía Ambulatoria	Hoja de Medios Invasivos (Anexo 9) Hoja de identificación del paciente (Anexo 10) Pulsera de identificación
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefa del Departamento de Quirófanos)	18	Valida que los expedientes estén completos ¿Está completo el expediente?	Expediente clínico
	19	No: Regresa el expediente para que sea completado por la enfermera responsable. Regresa a la actividad 18.	
	20	Si: Captura en la base de datos de cirugía	
	21	Resguarda los expedientes hasta la llegada del paciente	
	22	Organiza los expedientes dependiendo de la programación de cirugía	
	23	Solicita a enfermería a los pacientes según la programación de cirugía	
Subdirectora de Enfermería (jefa de Enfermería de quirófanos)	24	Organiza a los pacientes que se encuentran en cirugía ambulatoria	
	25	Prepara a los pacientes para el procedimiento quirúrgico	
	26	Detona el <b>PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE QUIROFANOS</b>	



<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
	27	Detona el <b>PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA</b>	
	28	Realiza <b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b> <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



**PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO A CIRUGÍA AMBULATORIA**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 10 de 25

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No. de registro



## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

**8.3 Hoja de egreso voluntario:** Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

**8.4 Servicios de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		Hoja: 11 de 25
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	3/Noviembre/2017	No aplica

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Nota de Ingreso de Trabajo Social
- 10.2 Hoja de Valoración Pre Anestésica
- 10.3 Hoja de Instrucciones de Ingreso
- 10.4 Consentimiento informado de Anestesia
- 10.5 Carta de Autorización para Hospitalización
- 10.6 Hoja de Bioestadística
- 10.7 Hoja de Enfermería
- 10.8 Hoja de Identificación del Paciente
- 10.9 Hoja de Programación y Registro Individual de Paciente
- 10.10 Nota Preoperatoria
- 10.11 Nota Postoperatoria

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 12 de 25

## 10.1. NOTA DE INGRESO DE TRABAJO SOCIAL



Hospital General  
**"Dr. Manuel Gea González"**  
Calle de Tlalpan 4900, Col. Tereño Guerra, Deleg. Tlalpan, México 14000, D.F. Tel. Consultador 560-3011

**Hoja de Seguimiento**

Page 1 of 1

Fecha de Impresión: martes, 14 de noviembre de 2017 11:26:09a.m.

<b>Paciente</b>	<b>Expediente</b>
Domicilio	Nivel Socioeconomico <b>2</b>
Calle	Teléfono
	Num. Int.    Num. Ext.    14250 C.P.

05 DE NOVIEMBRE DE 2017 21:29 HORAS  
PACIENTE FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDAD EGRESA DE CAMA 304 CON DX: GESTA 1 CESAREA 1 + PUERPERIO FISIOLÓGICO POST CESAREA. PRESENTARA DONADORES EL 7 DE NOVIEMBRE.  
EL ALTA ES FIRMADA POR \_\_\_\_\_  
LA \_\_\_\_\_ REALIZA TRAMITE CORRESPONDIENTE POR ALTA. MUESTRA RECIBO CON SELLO DE SEGURO POPULAR QUE LE AMPARA CESAREA Y DIAS DE HOSPITALIZACION.  
LA \_\_\_\_\_ DE SEGURO POPULAR FIRMA EL DOCUMENTO.  
CABE MENCIONAR QUE LA POLIZA QUE PRESENTO ES DE LA MADRE DE PACIENTE. FOLIO 0913303520 CON VIGENCIA DE 11 DE ENERO DE 2016 AL 10 DE ENERO DE 2019.  
PACIENTE ES ESTUDIANTE DE BACHILLERES 4.  
  
SE DA ORIENTACION DE SIGUIENTE TRAMITE A REALIZAR.  
  
13 DE NOVIEMBRE DEL 2017 12:21 HRS  
CON ESTA FECHA SE PRESENTA LA \_\_\_\_\_ DE LA PACIENTE QUIEN COMENTA QUE SU HIJA SE FUE DE ALTA EL DIA 5 DE NOVIEMBRE Y SOLO PASO UN DIA EN CASA. REGRESO EL DIA 7 DEL MISMO MES AL HOSP. LA REVISARON EN URGENCIAS Y LE MENCIONARON QUE TENIA LA HERIDA INFECTADA QUE LA PASARIAN A LA CAMA 305 NO LE RESPERARON LA CAMA Y LA DEJARON EN URGENCIAS AHI LE REALIZARON EL LAVADO QUIRURGICO Y HOY SE VA DE ALTA SE LE HACE CAMBIO DE CLAVE DE LA 150A 2018. SE ENVIA A FIRMAS





## 10.2. HOJA DE VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**NOTA PREANESTÉSICA**

<p>Fecha y hora: _____</p> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Diagnóstico(s) o problemas clínicos: _____</p> <p>_____</p> <p>Paciente programado para: _____</p> <p>_____</p>	<p>Vía aérea</p> <p>Predictores de ventilación difícil: SI _____ NO _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>Dentadura Normal _____ Anormal _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Apertura bucal: _____ cm. Mallampati: _____</p> <p>Bellhouse: _____ Patil-Aldreli: _____</p> <p>Distancia esternomentoniana: _____</p> <p>Distancia tiromentoniana: _____</p> <p>Circunferencia del cuello: _____</p> <p>Se espera vía aérea: Fácil _____ Difícil _____</p>																																																												
<p>Resumen del Interrogatorio</p> <p>Antecedentes de importancia (Incluyendo comorbilidades, alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, perinatales, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hb/ Hto</td> <td></td> <td></td> <td>Sodio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leucositos</td> <td></td> <td></td> <td>Cloro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plaquetas</td> <td></td> <td></td> <td>Potasio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP / INR</td> <td></td> <td></td> <td>Calcio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TTPa</td> <td></td> <td></td> <td>Magnesio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td></td> <td></td> <td>BT/BD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urea</td> <td></td> <td></td> <td>FA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BON</td> <td></td> <td></td> <td>TSD/7GP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> <td>Albumina</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Otras: _____</p> <p>Radiografía de tórax: _____</p> <p>Electrocardiograma: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros estudios de gabinete: _____</p> <p>_____</p>	Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha	Hb/ Hto			Sodio			Leucositos			Cloro			Plaquetas			Potasio			TP / INR			Calcio			TTPa			Magnesio			Glucosa			BT/BD			Urea			FA			BON			TSD/7GP			Creatinina			Albumina		
Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha																																																								
Hb/ Hto			Sodio																																																										
Leucositos			Cloro																																																										
Plaquetas			Potasio																																																										
TP / INR			Calcio																																																										
TTPa			Magnesio																																																										
Glucosa			BT/BD																																																										
Urea			FA																																																										
BON			TSD/7GP																																																										
Creatinina			Albumina																																																										
<p>Signos vitales:</p> <p>Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____ IMC: _____</p> <p>Evaluación clínica del paciente:</p> <p>Cardiovascular: _____</p> <p>_____</p> <p>Respiratorio: _____</p> <p>_____</p> <p>Renal: _____</p> <p>_____</p> <p>Neurológico: _____</p> <p>_____</p> <p>Gastrointestinal: _____</p> <p>_____</p> <p>Musculoesquelético: _____</p> <p>_____</p> <p>Ginecológico y/o Urológico: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros: _____</p> <p>_____</p>	<p>Tipo de anestesia propuesta: _____</p> <p>Riesgo anestésico (ASA): _____</p> <p>Medicación preanestésica: (Dosis, Vía y hora): _____</p> <p>plan anestésico, de acuerdo a las condiciones del paciente y a la cirugía programada: _____</p> <p>Pronóstico: _____</p> <p>Riesgo respiratorio: _____</p> <p>Riesgo cardiovascular (AHA/ACC): _____</p> <p>Riesgo tromboembólico: _____</p> <p>Riesgo quirúrgico: _____</p> <p>Riesgo global: _____</p>																																																												
<p>Exploración física:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																												

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 14 de 25

### 10.3. HOJA DE INSTRUCCIONES DE INGRESO

#### Si se programa para Cirugía

##### PASOS A SEGUIR

*Para realizar el trámite debe acudir acompañado de un familiar mayor de 18 años o tutor.*

1. **SU FECHA DE CIRUGÍA ES EL DÍA:** \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_.
2. **PARA REALIZAR SUS TRÁMITES DEBE PAGAR SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAJA.**
3. **VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**  
 Con su carnet y recibo de pago debe acudir al segundo piso de la Torre de Especialidades (junto al control de Oftalmología) en un horario de 9:00 a 14:00hrs. para su cita de valoración preanestésica.  
 La fecha de su valoración es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
TRABAJO SOCIAL. (AL TERMINAR SU CITA EN VALORACIÓN PREANESTÉSICA)  
 Con su carnet y recibo de pago, se verificarán datos y se realizará una **NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO**, en el segundo piso de la Torre de Especialidades en un horario de 8:00 a 13:00hrs. (DEBE ACUDIR ESE MISMO DÍA).  
ADMISIÓN. (AL TERMINAR SU CITA EN TRABAJO SOCIAL DEBE ACUDIR A ADMISIÓN).  
 Con recibo de pago, y esta hoja con los sellos Valoración Preanestésica y de Trabajo Social, debe presentarse en Planta Baja de la Torre de Especialidades. (48 horas previo a su cirugía). En el caso de pacientes que ameriten hospitalización este trámite lo realizaran 24 horas previas de la cirugía.
4. **EL DÍA DE SU CIRUGÍA.** Debe presentarse en la Torre de Especialidades.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primer piso<br><br><input type="checkbox"/> Sexto Piso | <input type="checkbox"/> Turno Matutino 7:00 horas<br><br><input type="checkbox"/> Turno Vespertino 13:00 horas |
|---|---|

**PARA SU ALTA HOSPITALARIA:** con su hoja de alta y recibo de pago de la cirugía, presentarse en CAJA, TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN para que le pongan los sellos correspondientes.






---

**SELLO**  
Valoración Preanestésica

---

**SELLO**  
Trabajo Social

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 15 de 25

## 10.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 No. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: \_\_\_\_\_ URGENTE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: \_\_\_\_\_  
 CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

### DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:



1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) \_\_\_\_\_ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por \_\_\_\_\_ y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por \_\_\_\_\_.
  2. Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
  3. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado \_\_\_\_\_ para intentar mejorar mi estado de salud.
  4. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
  5. Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
  6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo \_\_\_\_\_, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
  7. Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
  8. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
  9. Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
  10. Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
  11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.
- En Ciudad de México, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA  
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 16 de 25

## 10.5. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE MENOR DE EDAD,  
INCONSCIENTE, CON CAPACIDADES FÍSICAS Y/O MENTALES DIFERENTES**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**  
PRESENTE.

Datos del Ingreso:

Urg ( ) C.E. ( ) Ref ( )

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda al ingreso hospitalario de mi

Familiar de nombre


Sexo;

Edad;

y a efectuarle los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de su enfermedad y previa información, realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para su beneficio.



También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable

  
 En caso de no poder firmar  
 huella digital del pulgar derecho del  
 familiar o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del testigo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 17 de 25



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
 CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000  
**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL  
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
 PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg ( ) C.E. ( ) Ref ( )

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:

Estado: Código Postal: Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda a mi ingreso hospitalario, así como a efectuarme los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de mi enfermedad y previa información realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para mi beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del paciente





En caso de no poder firmar  
 huella digital del pulgar derecho del  
 familiar o persona responsable

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del testigo







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		Hoja: 20 de 25
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		

## 10.8. HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 21 de 25



Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

**Servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**No. de Registro:** \_\_\_\_\_



**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_

**Médico tratante:** \_\_\_\_\_

<b><u>RIESGOS</u></b>	
<b>ALERGIA:</b> _____	
<b>CAIDA</b>	→ Alto Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Mediano Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Bajo Riesgo <input type="checkbox"/>
<b>NUTRICIONAL</b>	
Riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## 10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES

Nombre del Paciente:			Registro:		
Fecha de Nacimiento:			Peso:		
Edad:	Sexo: masculino ( )	femenino ( )	Cama:		
Servicio:	Clínica:		Tiempo quirúrgico estimado:		
Fecha de Solicitud:	da	mes	año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da	mes	año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da	mes	año	Hora de Recepción:	
Electiva ( ) Urgencia ( )			EMERGENCIA ( ) Ambulatoria ( si ) ( no )		
Durante la Operación se requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los servicios de:		
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:			Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General ( ) Local ( ) Regional ( )		
Médico Solicitante			Médico Jefe de la División		
Firma			Firma		
Nombre		Cédula Profesional	Nombre		Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:			Diagnóstico Postoperatorio:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Operación Planeada:			Operación Realizada:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Cirujano:			Estudio Histopatológico: ( si ) ( no )		
1er. Ayudante:			Pieza:		
2º. Ayudante:			RayosX:		
3er. Ayudante:			Drenajes: ( si ) ( no )		Tipo:
Instrumentista:			Diferimiento de Cirugía: ( si ) ( no )		
Circulante:			Motivo debido a: Paciente ( ) Institución ( )		
Anestesiólogo:			Especifique:		
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____		
Pausa Quirúrgica	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____		
Gasas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.		
Compresas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.		
Instrumental	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.		
Punzocortantes	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )			

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 23 de 25





Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
**SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y  
NOTA POSTOPERATORIA**


Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( ) femenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable ( ) Inestable ( ) Fallecido ( )			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( )			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 24 de 25

## 10.10 NOTA PREOPERATORIA

<b>NOTA PREOPERATORIA</b>	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ FR. _____ TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA DE LA CIRUGÍA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

