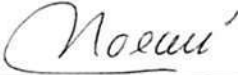






**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE  
QUIROFANOS**

**DICIEMBRE, 2021**



<b>SALUD</b>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>gea</b> hospital	Rev. 01
			Hoja: 1 de 7

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

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Lic. Noemi Flores Ramos Jefa del Departamento de Quirófanos	Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez Subdirector de Anestesia y Terapias	Dra. Arlene Orta Guerrero Directora Médica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 1 de 18</b>

## **1. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS**

 <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 PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 2 de 18</b>

## 1. PROPOSITO

Establecer el procedimiento de supervisión del área quirúrgica para lograr el cumplimiento efectivo del reglamento interno del quirófano: así como desempeñar el manejo de la hoja de cumple adelante y cirugía segura con la finalidad de proporcionar una atención integral al usuario.



## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Anestesia y Terapias a través del Departamento de Quirófanos que lleva el control y supervisión de los quirófanos para el correcto funcionamiento y el Departamento de Enfermería Clínica que brinda atención al paciente que requiere un procedimiento quirúrgico.
- 2.2 A nivel externo aplica a todo paciente que sea sometido a un procedimiento quirúrgico.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Cirugía y Subdirección de Pediatría a través de la División de cirugía Pediátrica son responsable de requisitar debidamente y firmar la Hoja de Operaciones (RIO) previo a la intervención quirúrgica.
- 3.2 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de requisitar debidamente y firmar la Hoja Cumple Adelante.
- 3.3 La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de cirugía pediátrica son responsables de cumplir con la verificación de Cirugía segura
- 3.4 La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de cirugía pediátrica son responsables de cumplir el tiempo establecido para inicio de la cirugía.
- 3.5 La Subdirección de Anestesia a través del Departamento de Quirófanos y La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería clínica son los responsables de verificar que el equipo biomédico se encuentre en buenas condiciones y funcionamiento.
- 3.6 La Subdirección de Anestesia a través del Departamento de Quirófanos es responsable de entregar los expedientes clínicos de las cirugías ambulatorias 24 horas después del evento quirúrgico.
- 3.7 La Subdirección de Anestesia a través del Departamento de Quirófanos es responsable de informar a los familiares sobre su estancia en área quirúrgica de su paciente.
- 3.8 Las Subdirecciones médicas, así como todo el personal que ingresa al área quirúrgica es responsable de cumplir con las medidas generales estrictas que están establecidas en el Reglamento interno del quirófano
- 3.9 La Subdirección de Anestesia a través del Departamento de Quirófanos es responsable de enviar el registro mensual bioestadístico a la Dirección médica, a la Subdirección de Anestesia y Terapias y a la División de Bioestadística.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 3 de 18</b>

- 3.10 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de enviar el expediente clínico de las cirugías programadas y cirugías ambulatorias 72 horas antes de la cirugía, excepto los pacientes que se encuentren hospitalizados.
- 3.11 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de subir el expediente clínico del paciente que sube a quirófano del área de Urgencias, por una patología que pone en peligro su vida y amerita cirugía de emergencia.
- 3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través del Departamento de Quirófanos es responsable de revisar el expediente clínico y en caso de detectar que este incompleto, le notificara al médico tratante.
- 3.13 Las Divisiones y Departamentos quirúrgicos son responsables de completar el expediente clínico según la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico, antes de entrar al quirófano y completarlo posterior de la cirugía.
- 3.14 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través del Departamento de Quirófanos es responsable de recoger los expedientes clínicos de cirugía ambulatoria, revisarlos y registrarlos en una bitácora para su entrega al Departamento de Admisión y Archivo Clínico.
- 3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través del Departamento de Quirófanos es responsable de informar al familiar sobre su estancia de su paciente en el área de quirófanos.
- 3.16 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.
- 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.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
<b>PREOPERATORIO</b>			
<b>DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS</b>	1	Verifica el funcionamiento del equipo y que el material este completo  ¿El equipo está completo y funcional?	
	2	No: Notifica al área responsable (Biomédica o Enfermería)  Acude el servicio para resolver el problema  ¿Se soluciona?  No: Cierra el quirófano y cambia las cirugías programadas a otro quirófano o notifica para reprogramar cirugías  Si: Continúa la preparación del quirófano, va actividad 3.	
	3	Si: Verifica que el personal quirúrgico este completo	
	4	En cuanto el personal quirúrgico este completo, notifica a enfermería que solicite al paciente	
<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA</b>	5	Solicita al paciente ya sea en piso o en sala de espera para que se prepare en "Área de Preanestesia"	
	6	Realiza preparación del paciente para entrar en quirófano	
<b>DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS</b>	7	Verifica que se realice la Hoja Cumpladelante por parte de todos los integrantes del personal quirúrgico	
	8	Revisa el expediente clínico de los pacientes que provienen de piso de hospitalización	



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**PROCEDIMIENTO**

**SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS**

**PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIRÓFANOS**

	<b>9</b>	Si el expediente clínico está incompleto solicita al médico que lo complete	
	<b>10</b>	Realizan presentación del personal quirúrgico con el paciente	
	<b>11</b>	Solicita que el paciente ingrese a quirófano	
	<b>12</b>	Verifica que se realice hoja de cirugía segura	
<b>PERSONAL QUIRÚRGICO</b>	<b>13</b>	Realiza actividades de Cirugía Segura	
<b>TRANSOPERATORIO</b>			
<b>PERSONAL QUIRÚRGICO</b>	<b>14</b>	Realiza PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA	
<b>DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS</b>	<b>15</b>	Verifica los tiempos quirúrgicos	
	<b>16</b>	Verifica que no exista ningún faltante durante la cirugía	
	<b>17</b>	Verifica que no existan fallas de algún equipo	
	<b>18</b>	Verifica el tiempo en que intendencia realiza la limpieza del quirófano posterior a que sale el paciente	
<b>POSTOPERATORIO</b>			
<b>DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS</b>	<b>19</b>	Comprueba que el médico haya terminado de llenar la Hoja PRIO  ¿El médico completo la Hoja PRIO y el expediente?	
	<b>20</b>	No: Notifica al médico responsable que debe completar el expediente, va actividad 21.	
	<b>21</b>	Si: Resguarda el expediente en caso de ser una cirugía ambulatoria o lo entrega a enfermería cuando se trata de un paciente hospitalizado.	
<b>DEPARTAMENTO DE</b>	<b>22</b>	Resguarda el expediente clínico hasta que el	



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

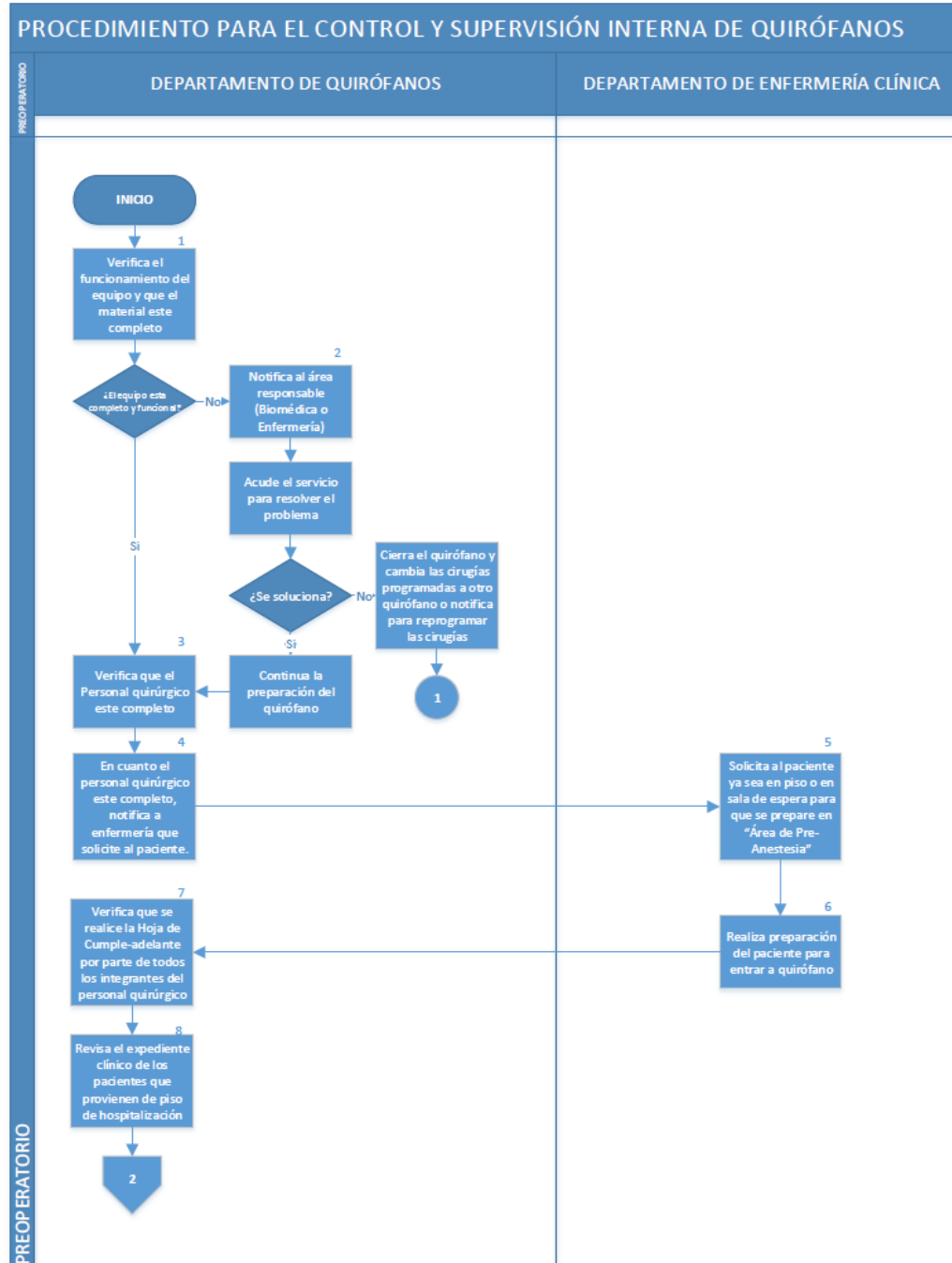
**PROCEDIMIENTO**

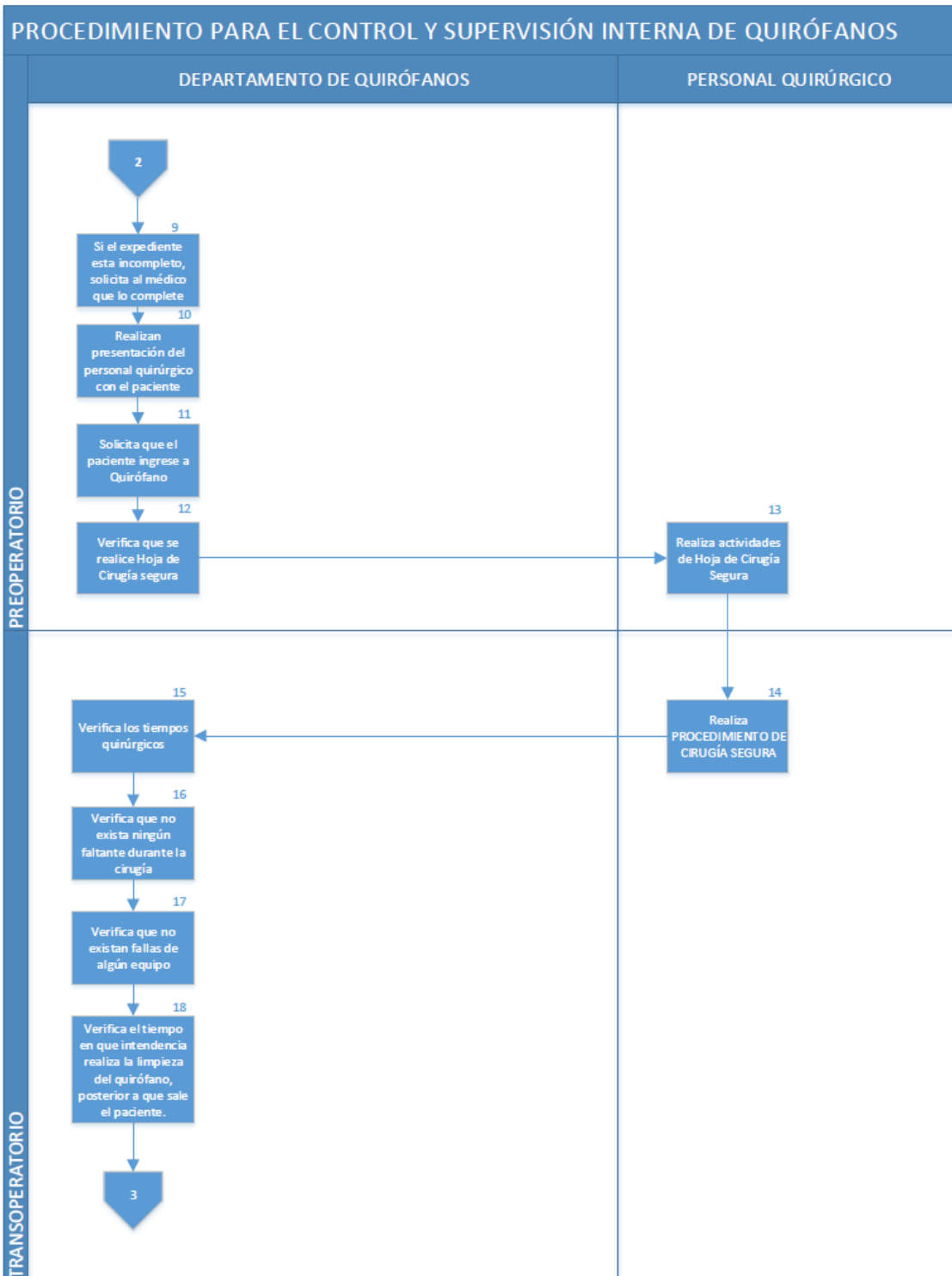
**SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS**

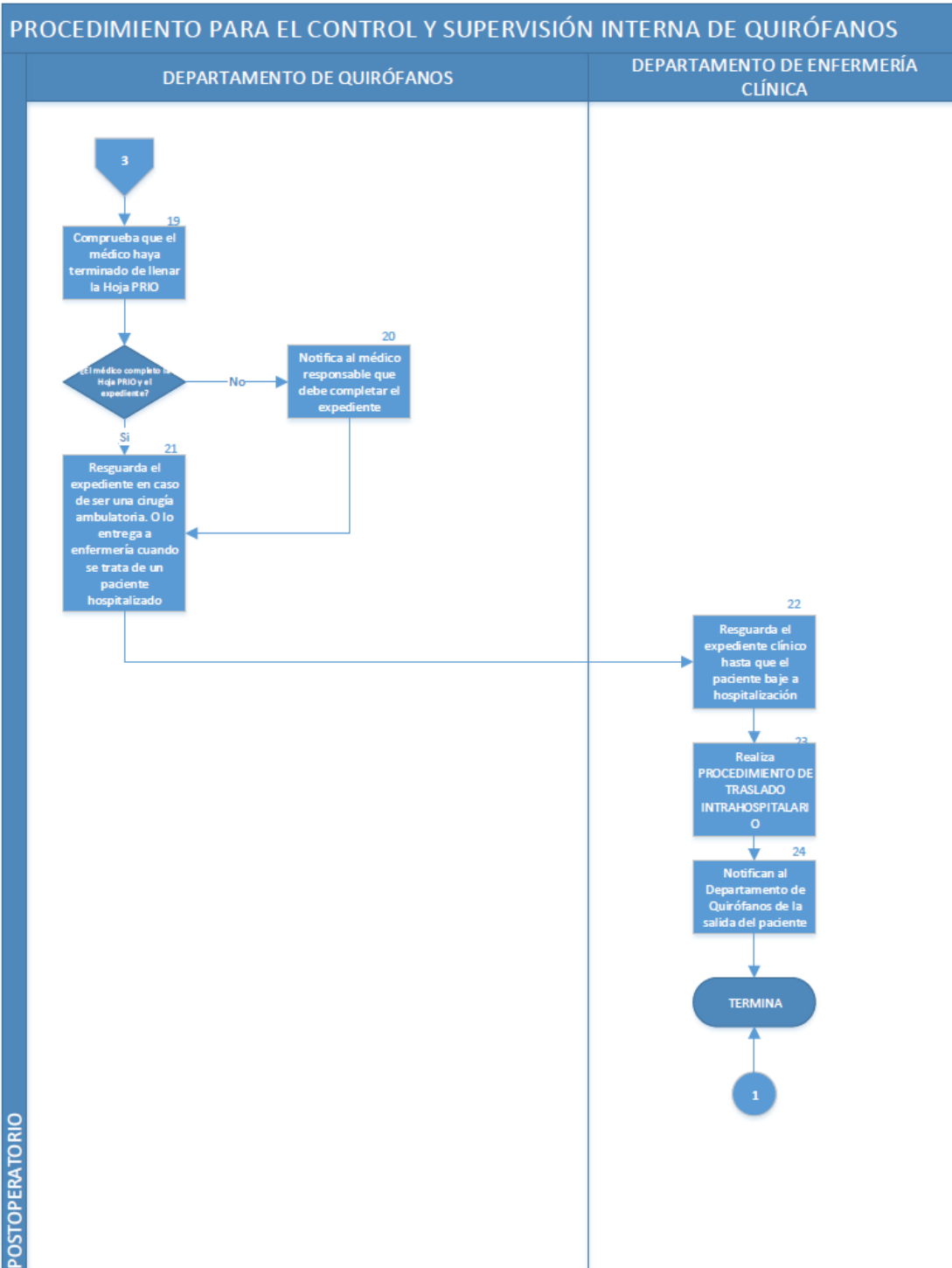
**PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS**



<b>ENFERMERÍA CLÍNICA</b>	<b>23</b>	paciente baje a hospitalización Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
	<b>24</b>	Notifican al Departamento de Quirófanos de la salida del paciente  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO







 <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 PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 10 de 18</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	No aplica
NOM 016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	No aplica
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia Epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales	No aplica
NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria	No aplica
Estándares para implementar el modelo de hospitales edición 2018	No aplica



## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja PRIO	3 años	Departamento de Quirófanos	Fecha
Solicitud de Cirugías	3 años	Departamento de Quirófanos	Nombre y fecha
Bitácora de Biomédica	1 año	Departamento de Quirófanos	

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico:** Se recibe del Departamento de admisión el cual se encuentra organizado por la Norma oficial mexicana Nom-004 SSA3-2012 Se organiza con el orden del expediente clínico, la primera sección, Atención Medica, Enfermería, laboratorio y gabinete, anexo otros formatos y marcaje Documental.
- 8.2 Hoja Programación de Cirugía:** Es un documento que se realiza 72 hora. Antes del procedimiento quirúrgico, que conlleva la información de la cirugía programada hospitalizada y programada ambulatoria, de la misma forma se anexa todas las cirugías de urgencias que se realizan en el quirófano central. Facilitando la información estadística del paciente.
- 8.3 Hoja RIO:** es la solicitud, registro de operaciones y nota postoperatoria, que se presenta en el área de anestesiología para ser aprobada a la intervención quirúrgica y enviar a realizar la 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 PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 11 de 18</b>

- 8.4 Hoja Cumple Adelante:** Son los criterios que se deben cumplir al ingresar un paciente a quirófano, en caso contrario de no cumplir podrá cancelarse la cirugía
- 8.5 Hoja cirugía segura:** Es la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, cumpliendo con el Protocolo universal-que habla del Marcaje del sitio quirúrgico (asterisco) proceso de verificación preoperatoria, Paciente correcto, Sitio correcto, y procedimiento correcto, que se realiza antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga de la sala quirúrgica.
- 8.6 Reglamento Interno del Quirófano:** para el uso del quirófano cirugía Programada, Programación de la cirugía electiva, Requisitos para ingresar al paciente a quirófano, Inicio oportuno de cirugía programada, medidas generales estrictas, Apego las buenas prácticas de control de infecciones en el quirófano, ingreso del personal del hospital, personal externo, reglamento para la utilización del uniforme quirúrgico, preparación del paciente
- 8.7 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.



## 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 Hoja de Programación de Cirugía
- 10.2 Hoja PRIO
- 10.3 Hoja Cumple-adelante
- 10.4 Hoja de Cirugía segura
- 10.5 Reglamento Interno del Quirófano



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 13 de 18</b>

## 10.2 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:		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 )	
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:		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 ( )		
Compresas	SI ( ) NO ( )      SI ( ) NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.	
Instrumental	SI ( ) NO ( )      SI ( ) NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.	
Punzocortantes	SI ( ) NO ( )      SI ( ) NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <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 PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		
			<b>Hoja: 14 de 18</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) <small>Especifique:</small>		Incidentes: (SI) (NO) <small>Especifique:</small>	
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	
<small>Firma</small>		<small>Firma</small>	
<small>Nombre</small>	<small>Cédula Profesional</small>	<small>Nombre</small>	<small>Cédula Profesional</small>

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <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 EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS</b>		<b>Hoja: 15 de 18</b>

### 10.3 HOJA 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 24 hrs.? ¿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 QUIROFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIROFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGIA 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. \_\_\_\_\_

## 10.4 HOJA DE CIRUGÍA SEGURA



**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><input type="checkbox"/> SU IDENTIDAD</li> <li><input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li><input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO</li> <li><input type="checkbox"/> SU CONSENTIMIENTO</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO</p> <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?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?</p> <p><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)?</p> <p><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"/> HEMODERNADOS DISPONIBLES</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO Y CED. PROF.</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 ENFERMERA CONFIRMAR VERBALMENTE: (Time Out/Tiempo Fuera)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li><input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li><input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR</li> </ul> <hr/> <p>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 REWISA: 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?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</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 RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO.</p> <p><input type="checkbox"/> LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO 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 ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PUN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)</p> <hr/> <p>¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>REPORTE DEL EVENTO ADVERSO</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</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*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS		Hoja: 17 de 18

## 10.5 REGLAMENTO INTERNO DEL QUIRÓFANO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS		Hoja: 18 de 18

EL PRESENTE REGLAMENTO ESTÁ DIVIDIDO EN LOS CAPÍTULOS DE:



## R E G L A M E N T O (CORPUS DE)

- ❖ REGLAS GENERALES
- ❖ REQUISITOS PARA INGRESAR AL PACIENTE EN QUIRÓFANO
- ❖ INICIO OPORTUNO DE CIRUGÍA PROGRAMADA
- ❖ MEDIDAS GENERALES
- ❖ PERSONAL DEL HOSPITAL
- ❖ PERSONAL EXTERNO
- ❖ PACIENTES
- ❖ REGLAMENTO SOBRE EL UNIFORME QUIRÚRGICO
- ❖ PRACTICAS DE CONTROL DE INFECCIONES EN EL QUIRÓFANO  
ANEXO: RECOMENDACIONES PARA USO EL UNIFORME QUIRÚRGICO
- ❖ DISPOSICIONES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
- ❖ PREPARACIÓN DEL PACIENTE
- ❖ BIBLIOGRAFÍA



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 1 de 18</b>

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 2 de 18</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>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 3 de 18</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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 4 de 18</b>

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.

- 3.18. 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.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 5 de 18</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Cirugía (Jefes de División) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Pediatría Clínica)	1	Recibe al paciente para su Valoración del padecimiento	Expediente Clínico  Solicitud de Internamiento
	2	Determina que amerita un tratamiento quirúrgico  ¿El paciente amerita hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico?	
	3	No: Solicita Estudios Pre-operatorios, continua con actividad 5	
	4	Si: Realiza Solicitud de Internamiento y posteriormente se solicitan Estudios Pre-operatorios, va actividad 4.	
	5	Valora al paciente, con los Estudios Pre-operatorios  ¿Requiere Valoración Pre-Operatoria?	
	6	Si: Envía al paciente para su valoración	
Subdirector de Anestesia y Terapias	7	Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTESICA.	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Pediatría Clínica)	8	No: Entrega al paciente Hoja de claves de Hospitalización	Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones  Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria
	9	Solicita al paciente que acude a realizar los trámites médico-administrativos	
	10	Envía al paciente para programar su cita de valoración preanestésica.	
	11	Recibe Hoja de pago del Procedimiento quirúrgico o copia del recibo de pago.	
	12	Asigna fecha del Procedimiento quirúrgico	
	13	Valora si el paciente amerita toma de piloto para solicitar algún hemoderivado.  ¿El procedimiento quirúrgico amerita toma de piloto	

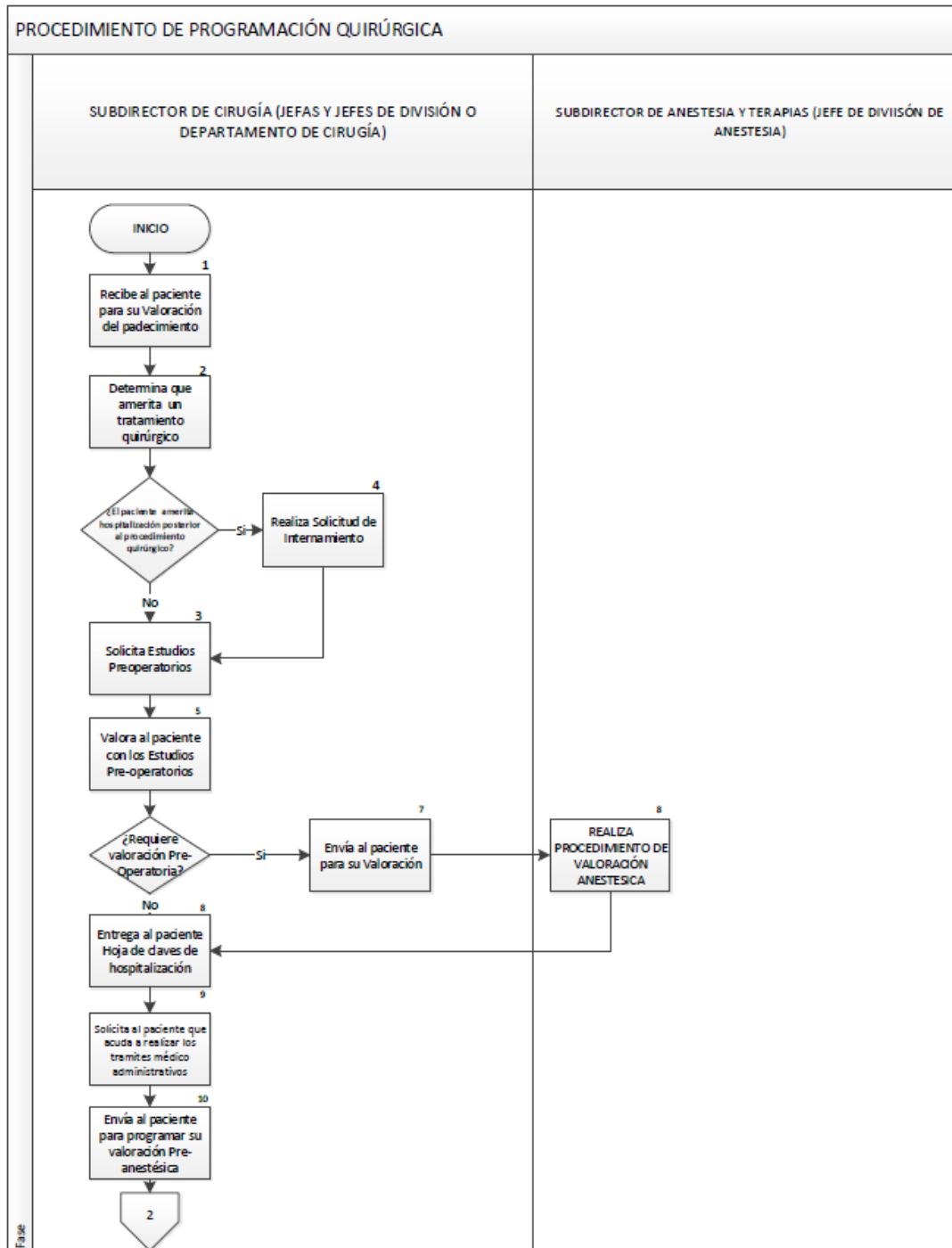


<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
		para probable transfusión?	
	14	No: Continúa la atención del paciente, continua a paso 16.	
	15	Si: Realiza toma de piloto y solicitud de banco de sangre	
	16	Realiza la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones con los datos de paciente	
	17	Elabora el Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria para entregar el paciente (en caso de ser un procedimiento quirúrgico ambulatorio)	
	18	Consolida todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones del servicio quirúrgico	
	19	Separa la Programación de Corta Estancia y Hospitalización	
	20	Programa con las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones de todo el servicio las cirugías para la siguiente semana	
	21	Entrega las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y la Programación a la División de Anestesia en sexto piso.	
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefe de División de Anestesia)	22	Recibe las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y la Programación de todos los servicios quirúrgicos	Programación de Cirugía
	23	Concentra la información de todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y de la Programación	
	24	Separa las cirugías de Corta Estancia y hospitalización	
	25	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.	
	26	Envía la Programación a Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica,	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 7 de 18</b>

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

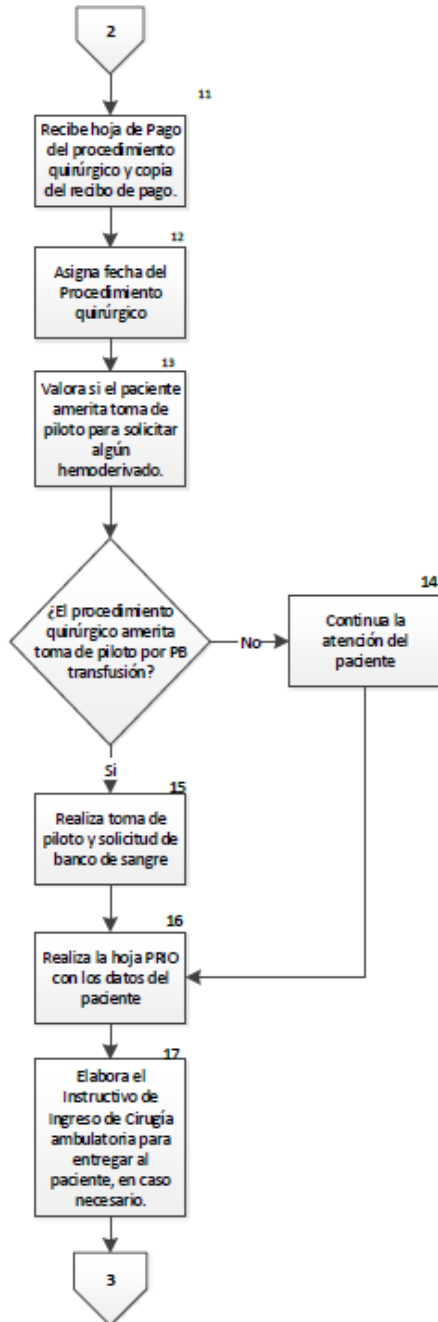


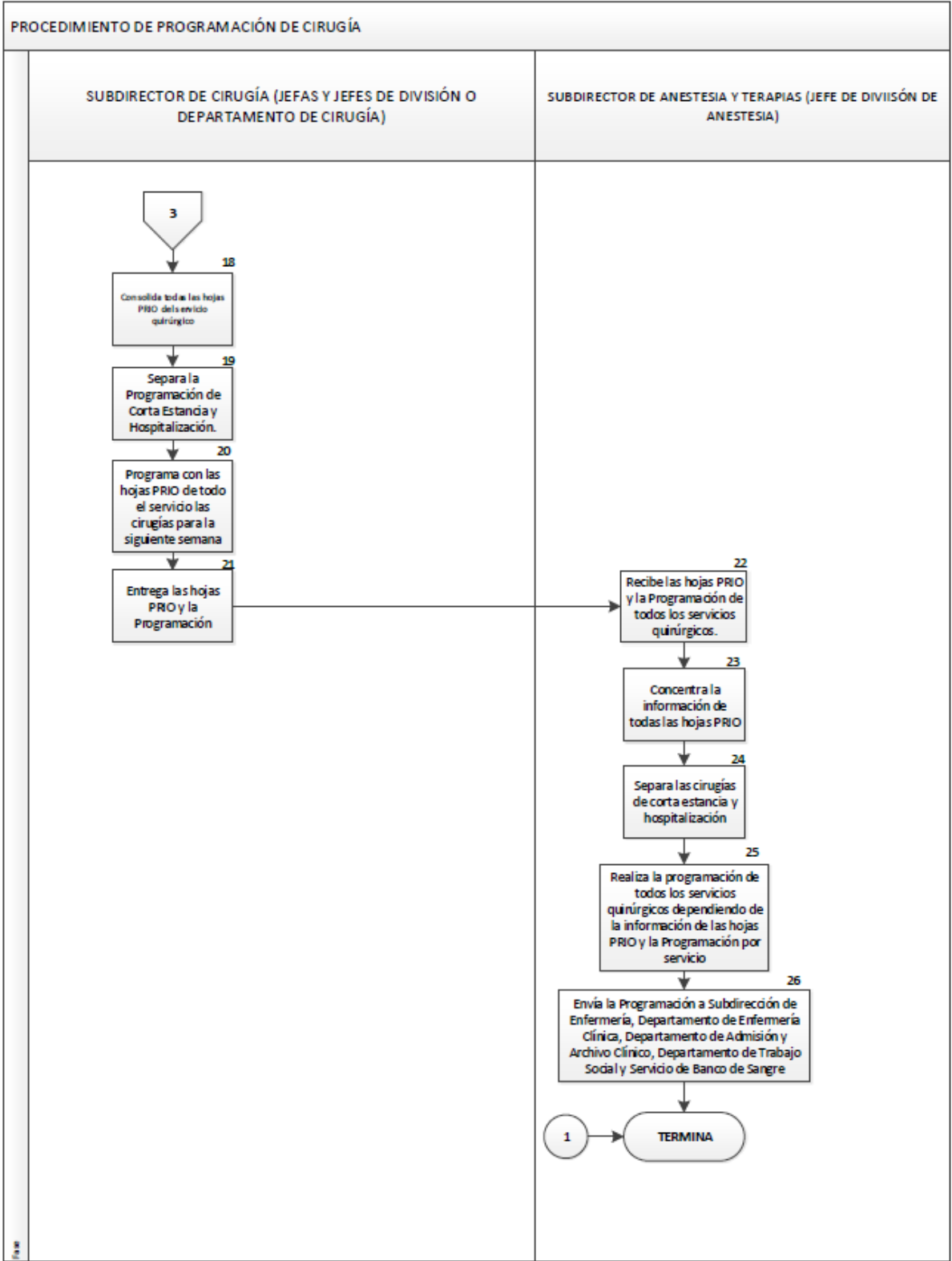




**PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA**

**SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA (JEFAS Y JEFES DE DIVISIÓN O DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA)**

**SUBDIRECTOR DE ANESTESIA Y TERAPIAS (JEFE DE DIVISIÓN DE ANESTESIA)**





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 11 de 18

## 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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 12 de 18



## 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 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
- 10.2 HOJA PRIO
- 10.3 HOJA DE RQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 14 de 18</b>

## 10.2 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:	Clinica:	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	
Pausa Quirúrgica	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Compresas	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Sangrado (ml): _____ ml.
Instrumental	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Transfusiones: ( SI ) ( NO ) _____ ml.
Punzocortantes	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	Balance Hídrico: _____ ml.

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 15 de 18</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>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 16 de 18</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  
GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA



Especialidad:

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 PANOVIEV 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>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 17 de 18</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



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Hoja: 18 de 18</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>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>		<b>Hoja: 1 de 19</b>

### **3. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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 medico 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 termino 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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>

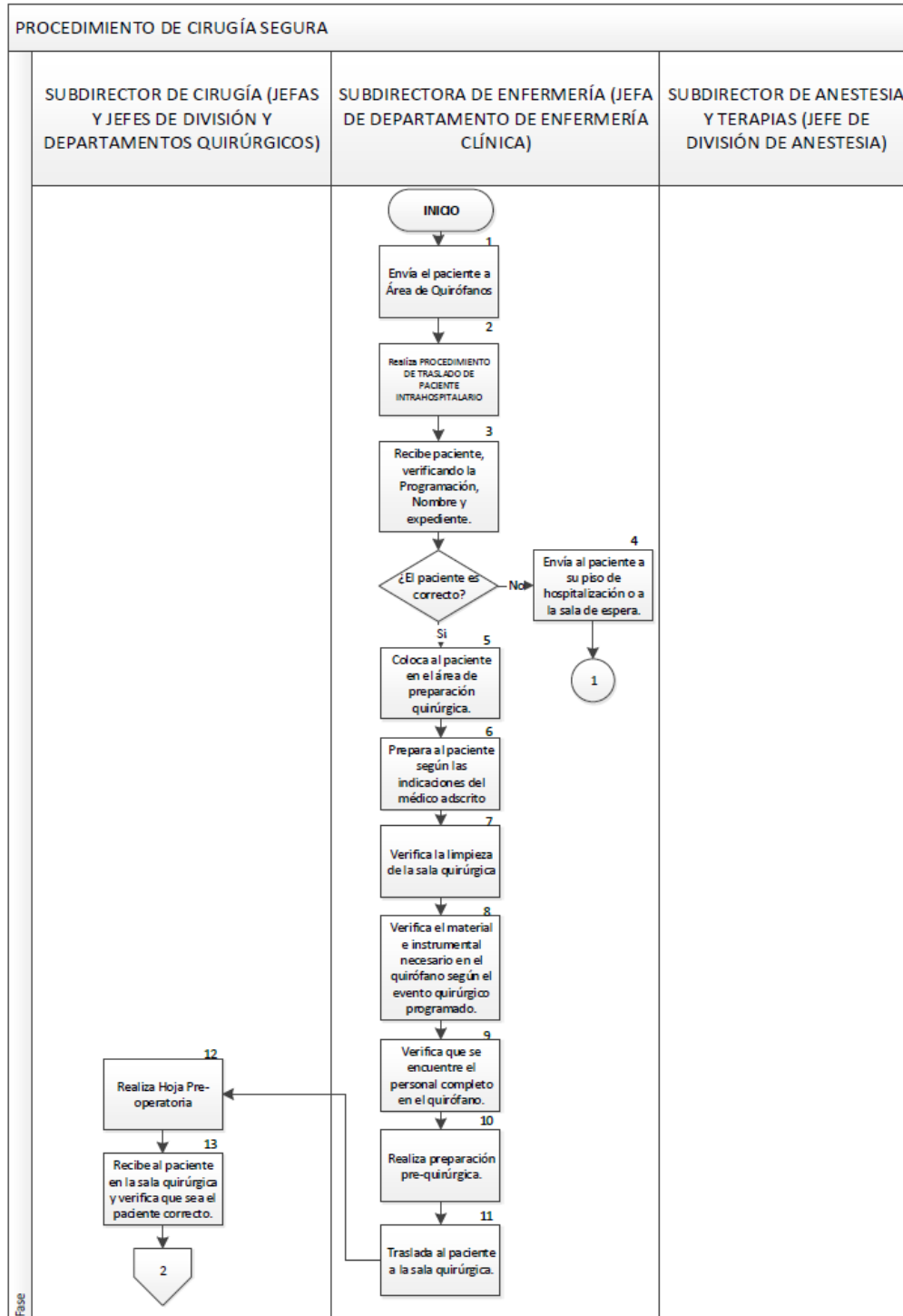
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	17	<p>en la Hoja PRIO el procedimiento quirúrgico programado, regresa a la actividad 12</p> <p>Si: Solicita pre-medicación profiláctica en caso de que el paciente lo amerite</p>	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería 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 anestesiólogo 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	

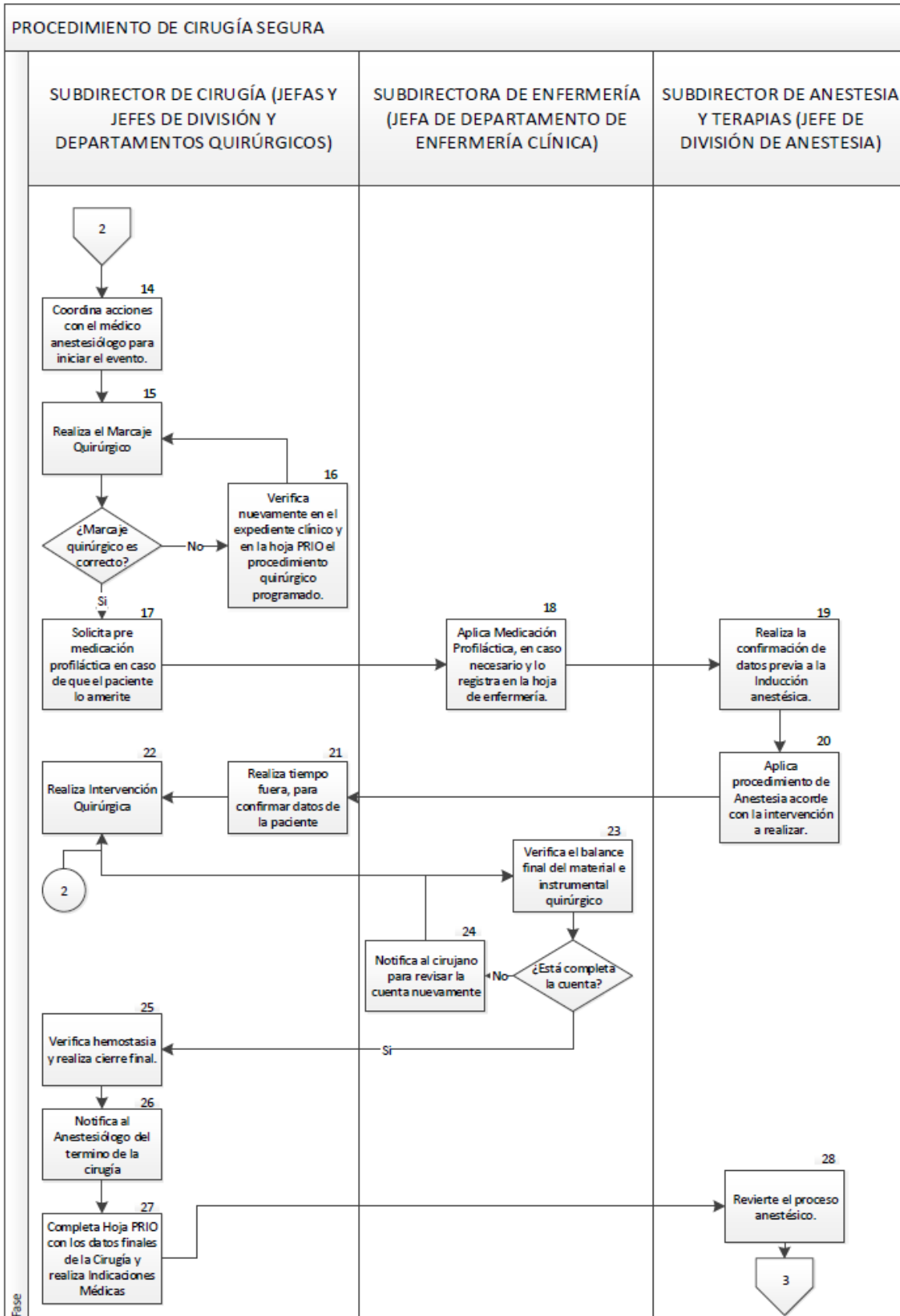


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</b>

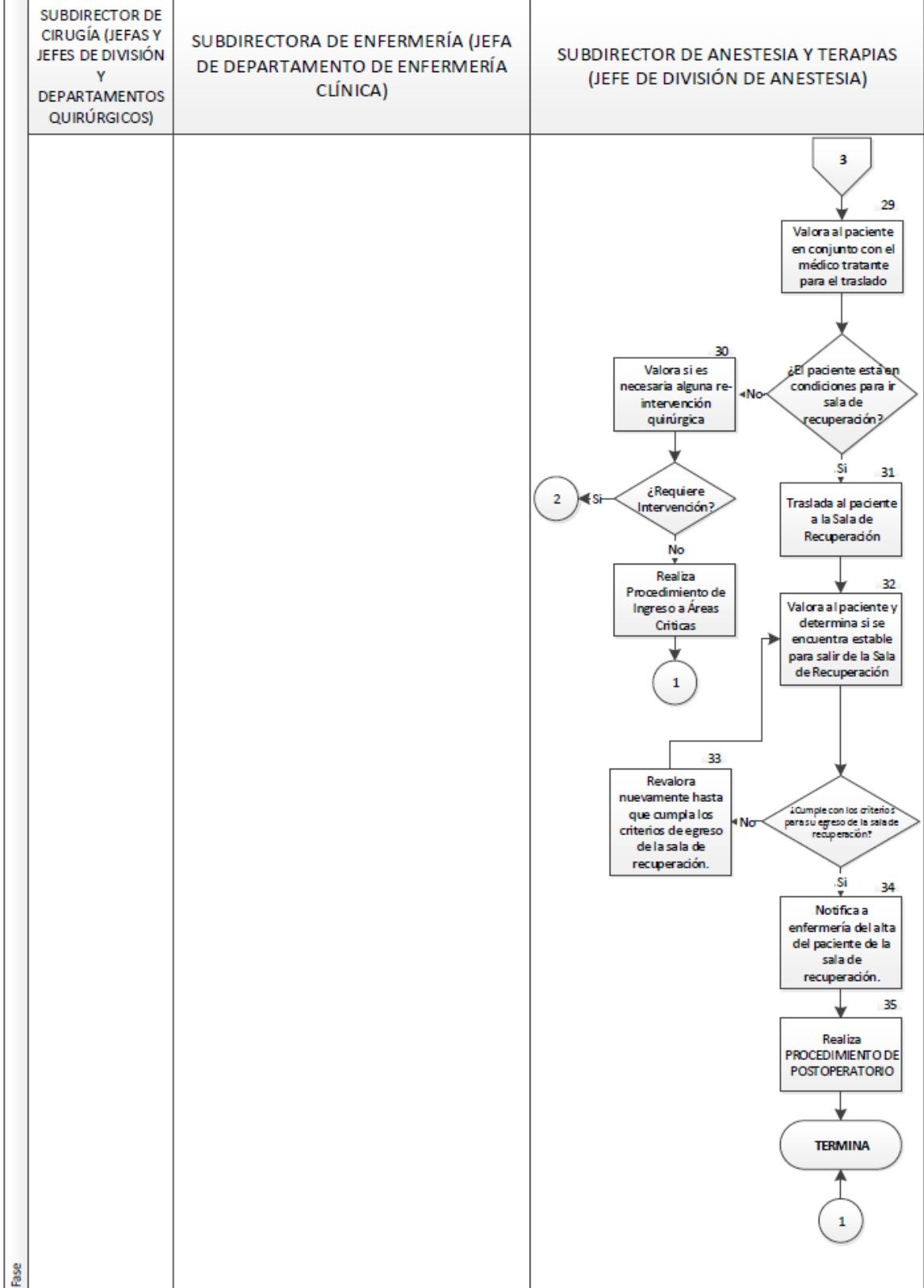
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
		quirúrgica	
		*¿Requiere Intervención quirúrgica? No: Realiza PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA termina el procedimiento Si: Regresa a la actividad 21	
	31	Si: Traslada al paciente a la sala de recuperación	
	32	Valora al paciente y determina si se encuentra estable para salir de Sala de Recuperación ¿Cumple con los criterios para su egreso de sala de recuperación?	
	33	No: Re-valora nuevamente hasta que cumpla los criterios de egreso de la sala de recuperación, regresa a la actividad 31	
	34	Si: Notifica a enfermería del alta del paciente de la sala de recuperación	
	35	Realiza PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	



**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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

## 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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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: \_\_\_\_\_

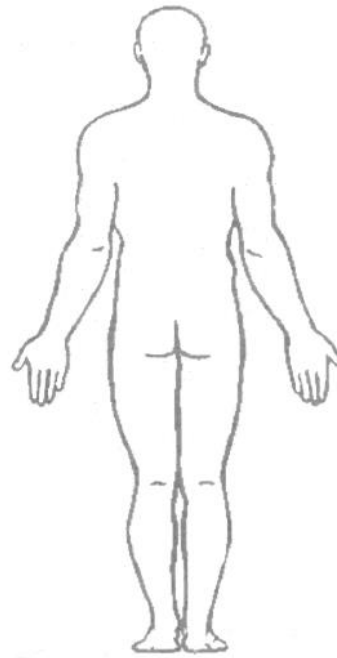
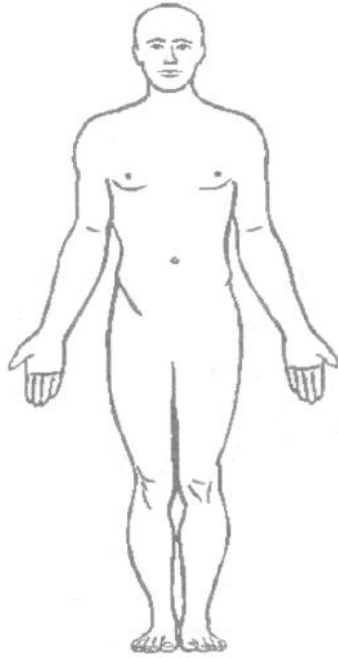
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;"><b>ENTRADA</b></p> <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO - SU IDENTIDAD - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO - SU CONSENTIMIENTO <hr/> <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/Tiempo 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>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 18 de 19</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</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
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.- 2.- 3.- 4.-		1.- 2.- 3.- 4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.- 2.- 3.- 4.-		1.- 2.- 3.- 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 ( )	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		<b>Hoja: 19 de 19</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía Segura</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

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

#### **4. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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 una comunicación interna entre el servicio emisor y receptor.

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

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

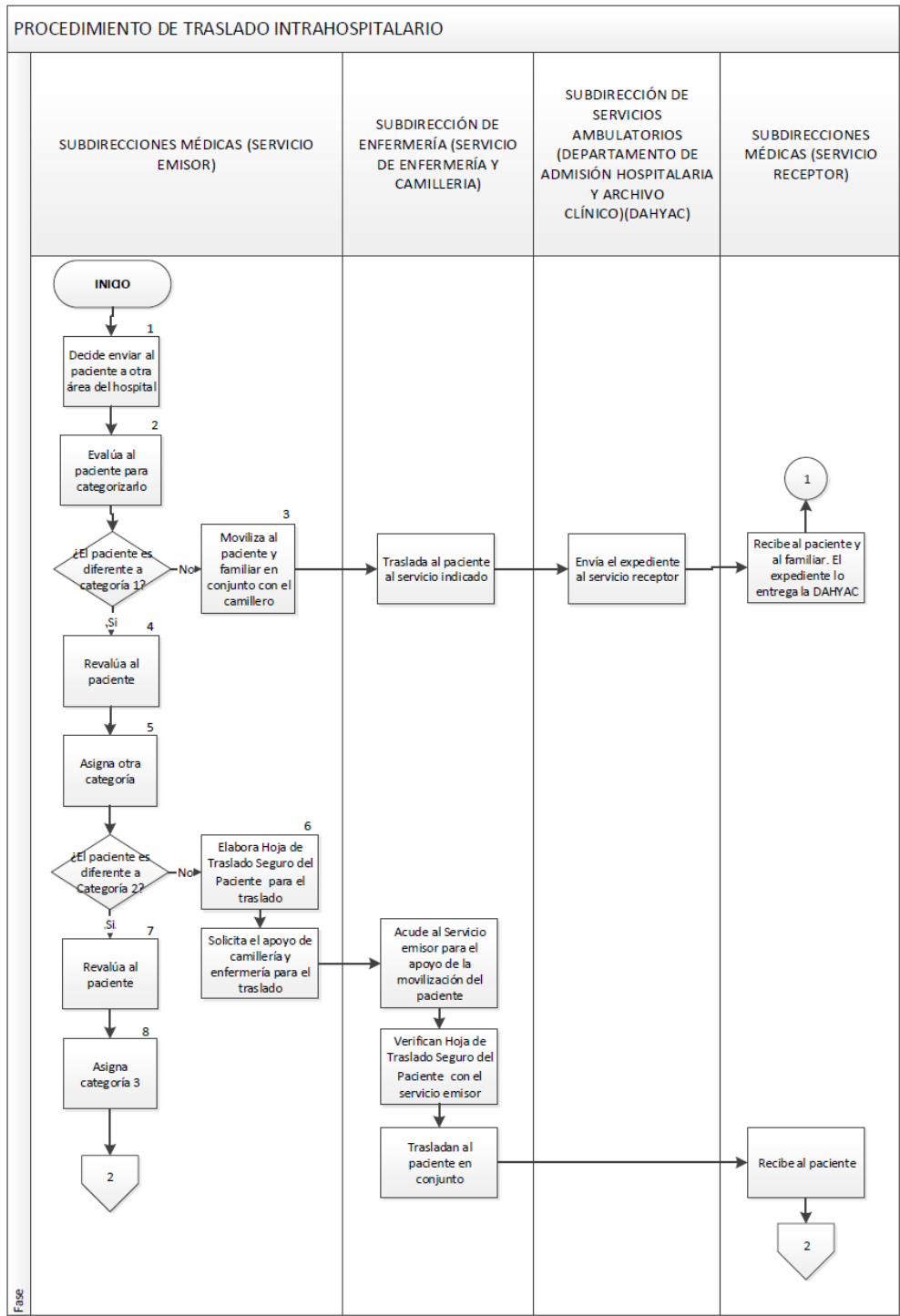
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

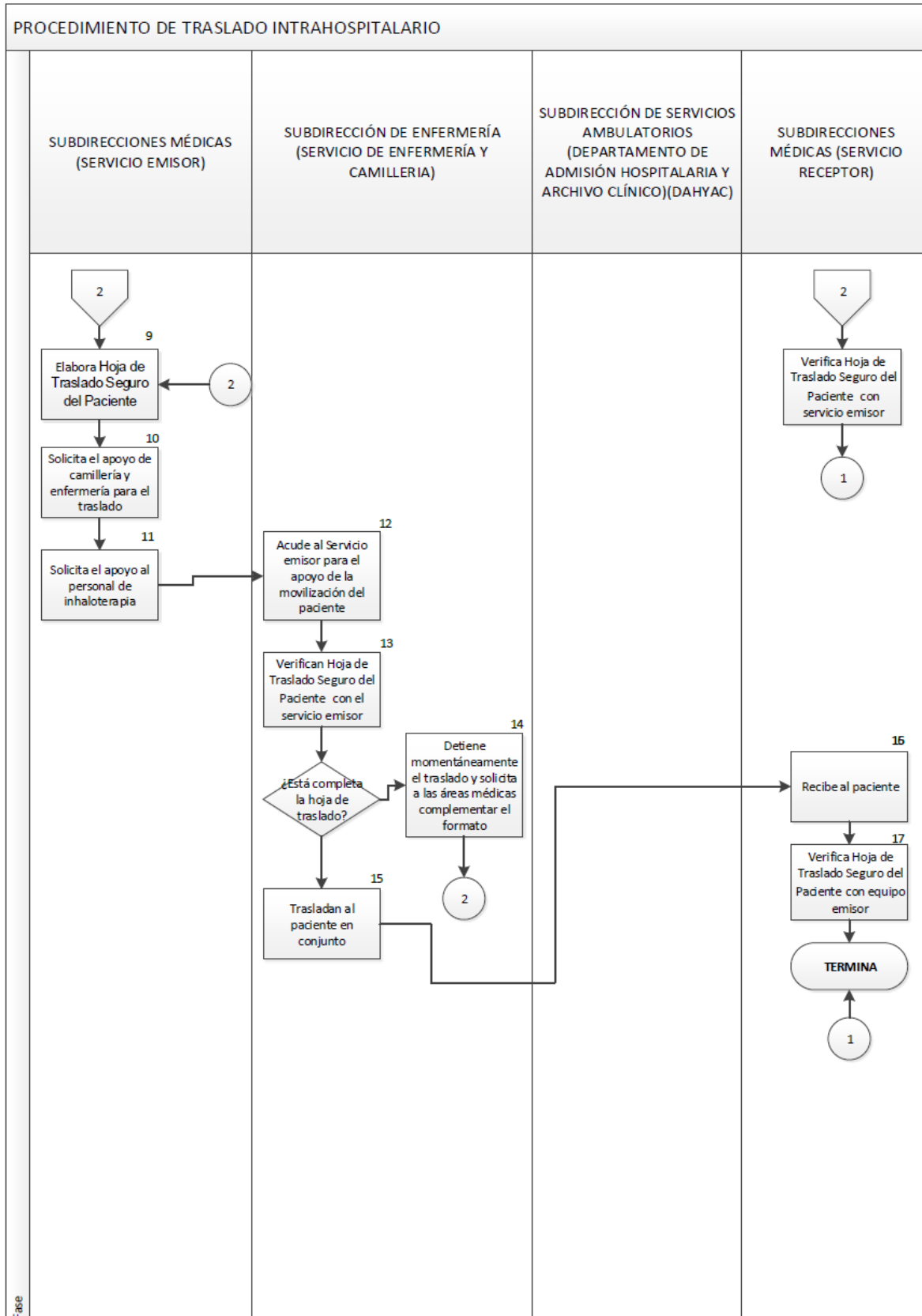
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo.  ¿El paciente 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>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	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>		<b>Rev. 0</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO</b>		<b>Hoja: 9 de 12</b>

## 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.
- 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.

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

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				

Observaciones : _____ _____	<b>Traslado</b> Intrahospitalario <input type="checkbox"/> Extrahospitalario <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> <b>Motivo de Traslado</b> Interconsulta <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> <b>Riesgo de Caída</b> 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 <input type="checkbox"/>			Catéter Central <input type="checkbox"/>	
Bomba de Infusión				
Aminas				
Sedación/Vasopresor				
Monitor de Signos Vitales				
Osímetro 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.

¿El paciente regresó en las mismas condiciones?	SI	NO		
-------------------------------------------------	----	----	--	--



<b>Explique Brevemente:</b>

Regreso

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





	<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 el 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 el 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>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

## 5. 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

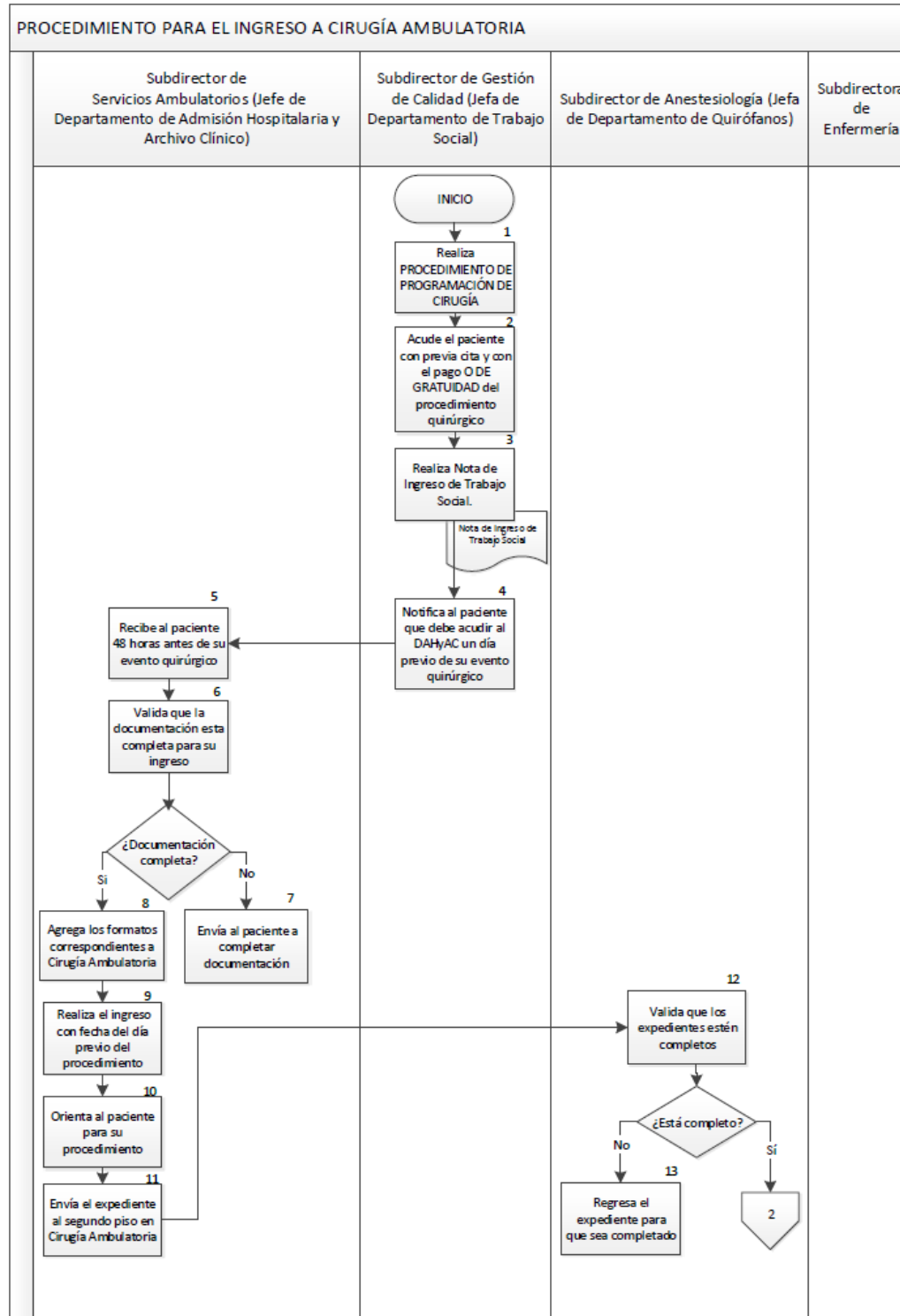
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	13	No: Regresa el expediente clínico para que sea completado.	
	14	Si: Coteja los expedientes recibidos con la lista de programación de cirugía	
	15	Entrega los expedientes a enfermería	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Enfermería 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>	

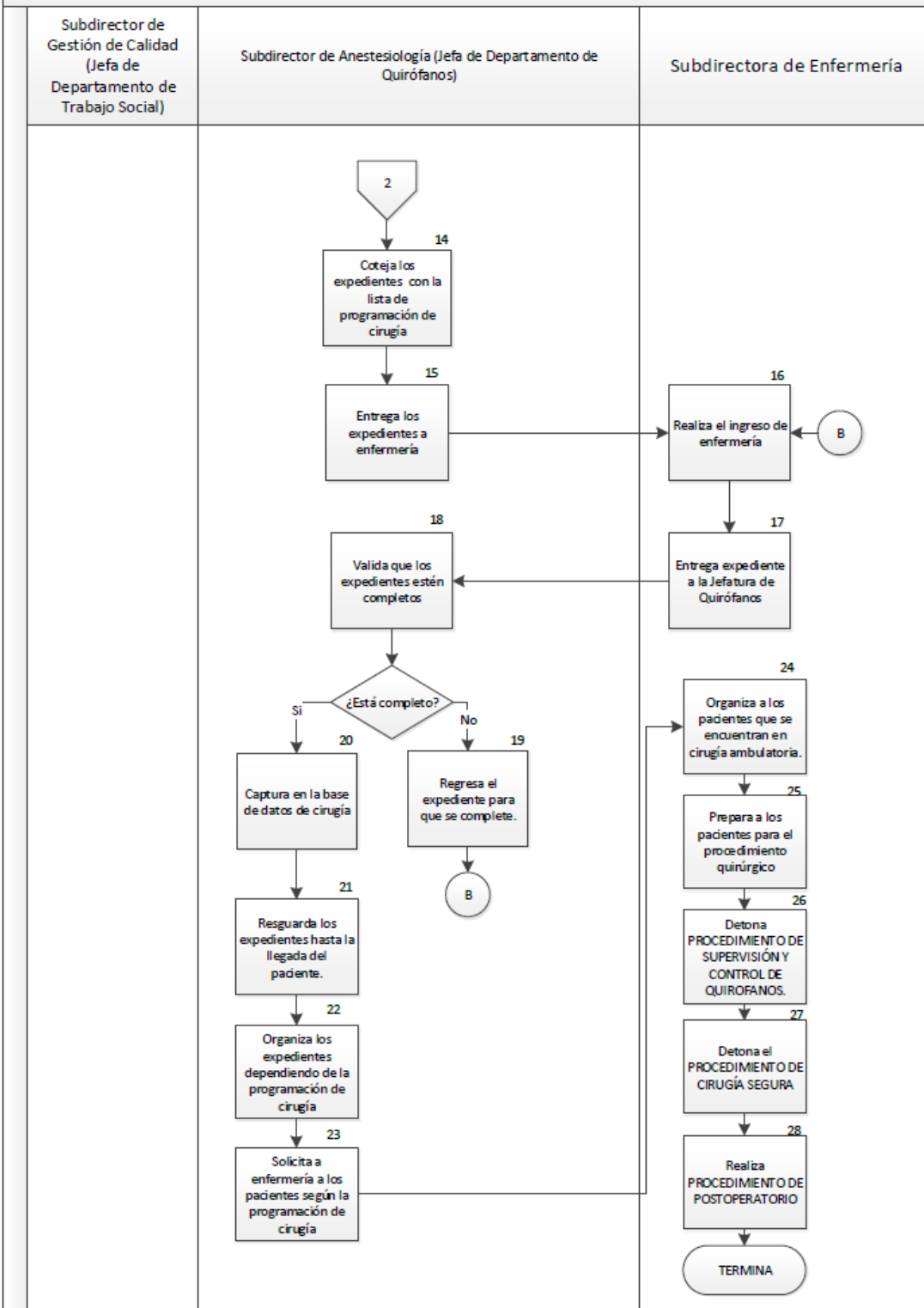




<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
	27	Detona el <b>PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA</b>	
	28	Realiza <b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b> <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	



**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		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 11 de 25

## 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 <b>"Dr. Manuel Gea González"</b> <small>Callezada de Tlalpan 4800, Col. Tonello Guerra, Deleg. Tlalpan, México 14000, D.F. Tel. Conmutador: 5665-3511</small>	Page 1 of 1
<b>Hoja de Seguimiento</b>		
Fecha de Impresión: martes, 14 de noviembre de 2017 11:26:09a.m.		
Paciente		Expediente 781182
Domicilio		Nivel Socioeconomico <b>2</b>
Calle		Teléfono
		14250
	Num. Int.	Num. Ext. C.P.
<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 _____</p> <p>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.</p> <p>SE DA ORIENTACION DE SIGUIENTE TRAMITE A REALIZAR.</p> <p>_____</p>		
<p>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 REGRSO EL DIA 7 DEL MISMOMES 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 150 A 2018. SE ENVIA A FIRMAS</p>		

## 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		Hoja: 14 de 25
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		

### 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.





\_\_\_\_\_  
**SELLO**  
 Valoración Preanestésica

\_\_\_\_\_  
**SELLO**  
 Trabajo Social

- |                                                                                 |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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.

 <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:

- 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 \_\_\_\_\_.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
  - 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).
  - Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
  - 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
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<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. 40003000  
**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		
	<b>Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria</b>		Hoja: 20 de 25

## 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. _____
		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>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 anestesiólogo 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>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 3 de 40</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= SaO<sub>2</sub>).

 <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 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> SECRETARÍA DE SALUD	<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> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<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>	

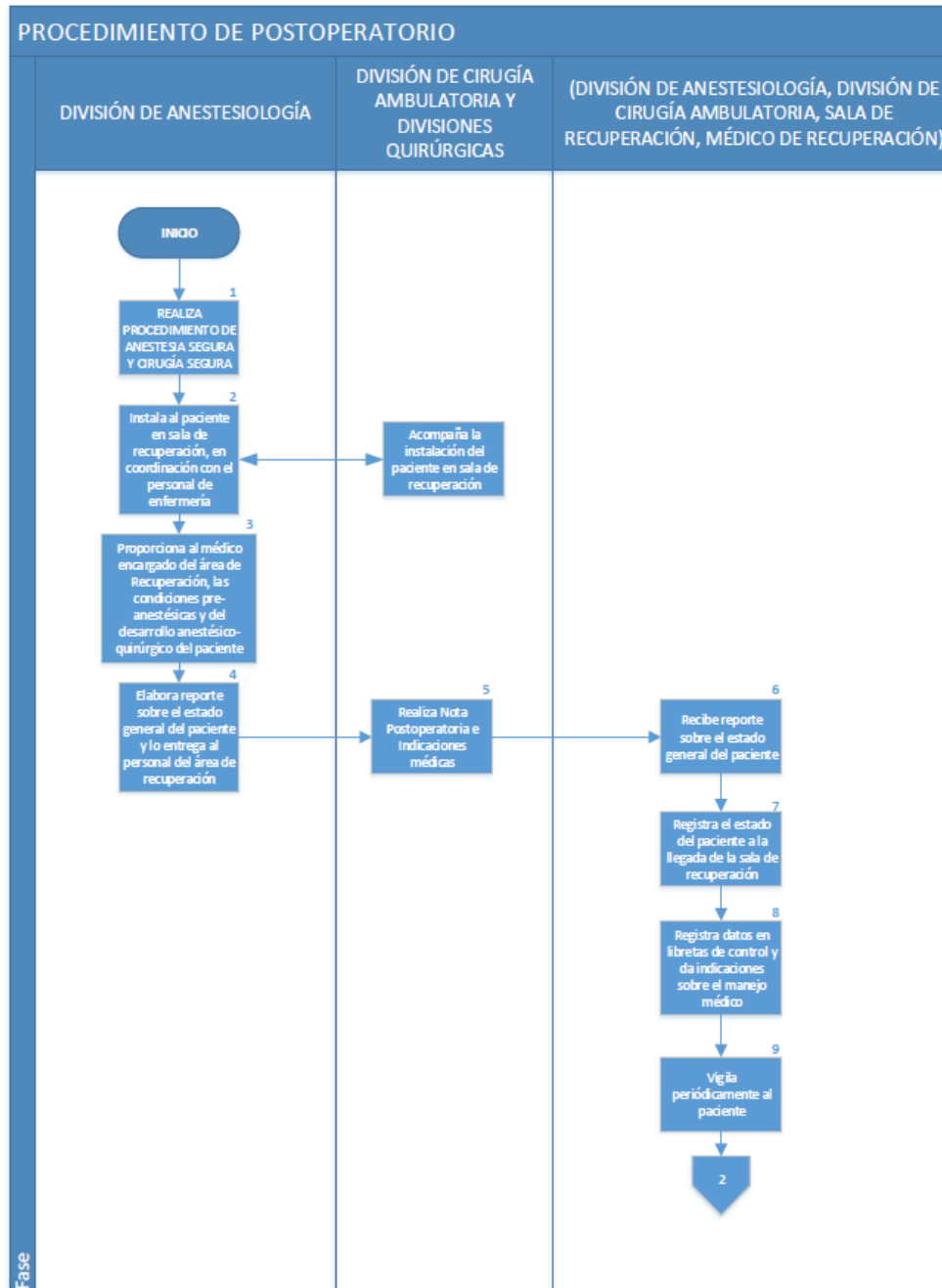
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>	

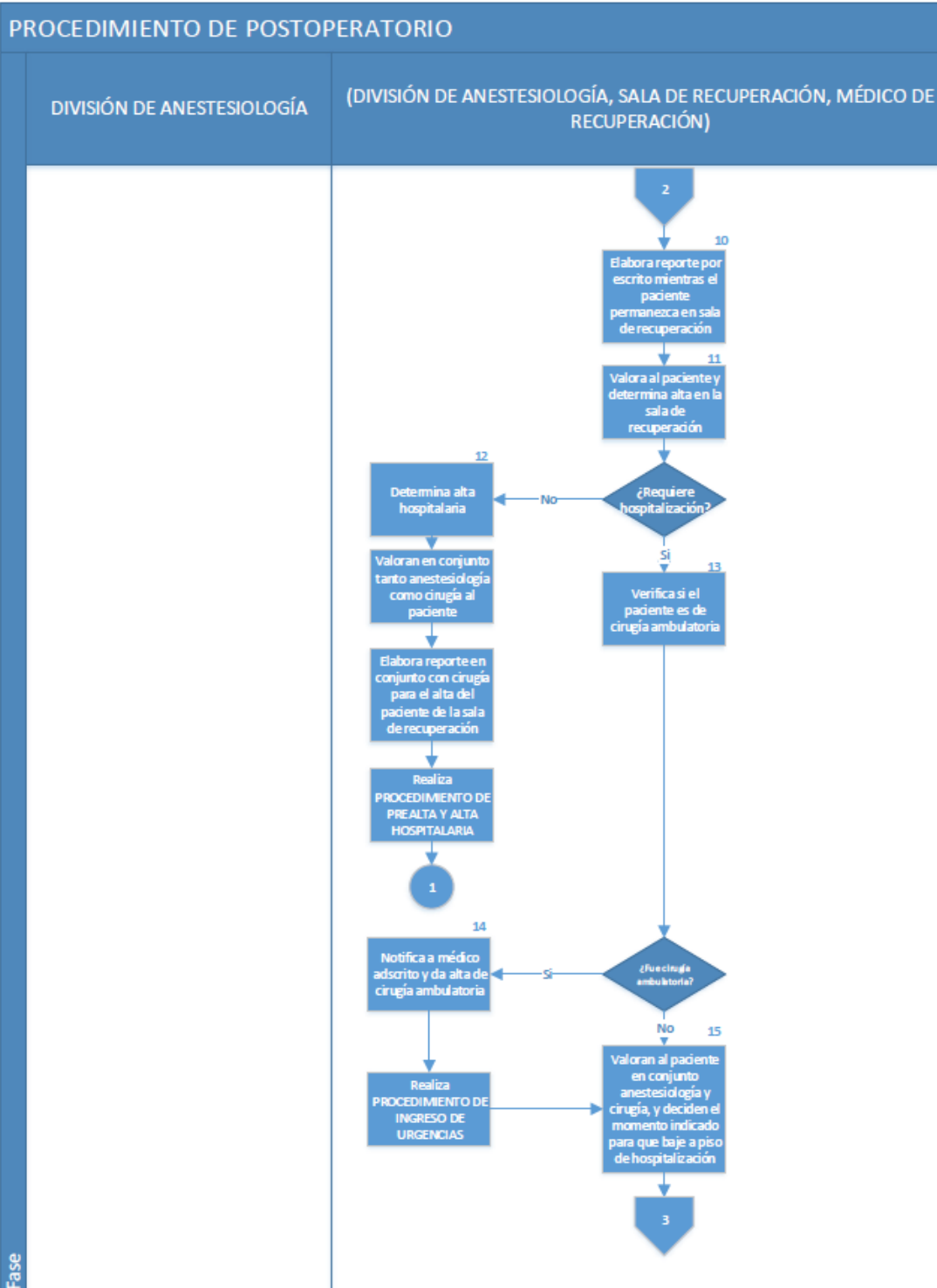
	<b>20</b>	Realiza cuidados del paciente de acuerdo a las indicaciones médicas.	
	<b>21</b>	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN.	
<b>SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)</b>	<b>22</b>	Evalúa el estado de salud del paciente y evolución	
	<b>23</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: Continúa 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>	Continúa atención del paciente	
	<b>31</b>	Determina el Alta hospitalaria del paciente  ¿El paciente cumple criterios de egreso?	

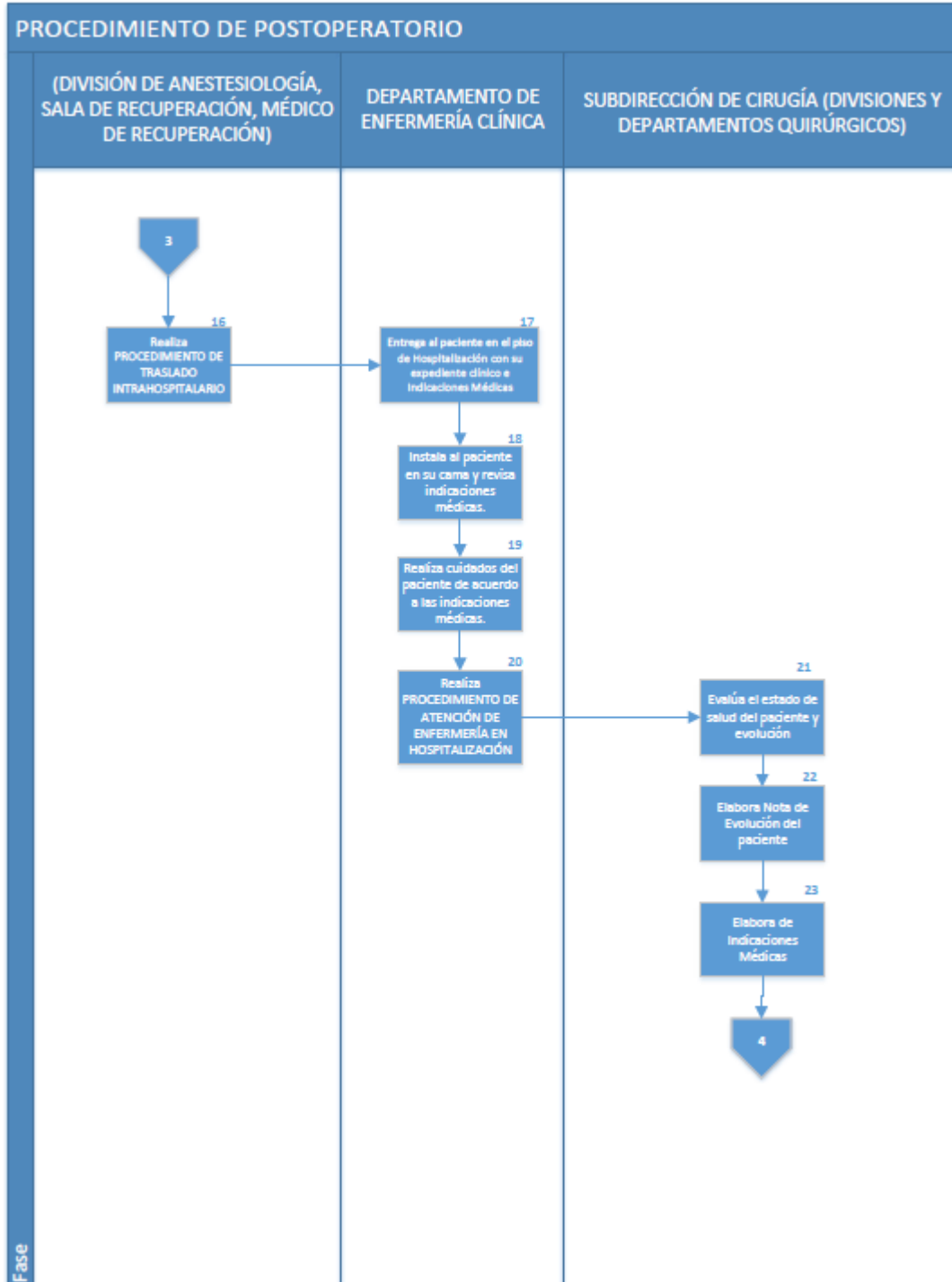
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>	

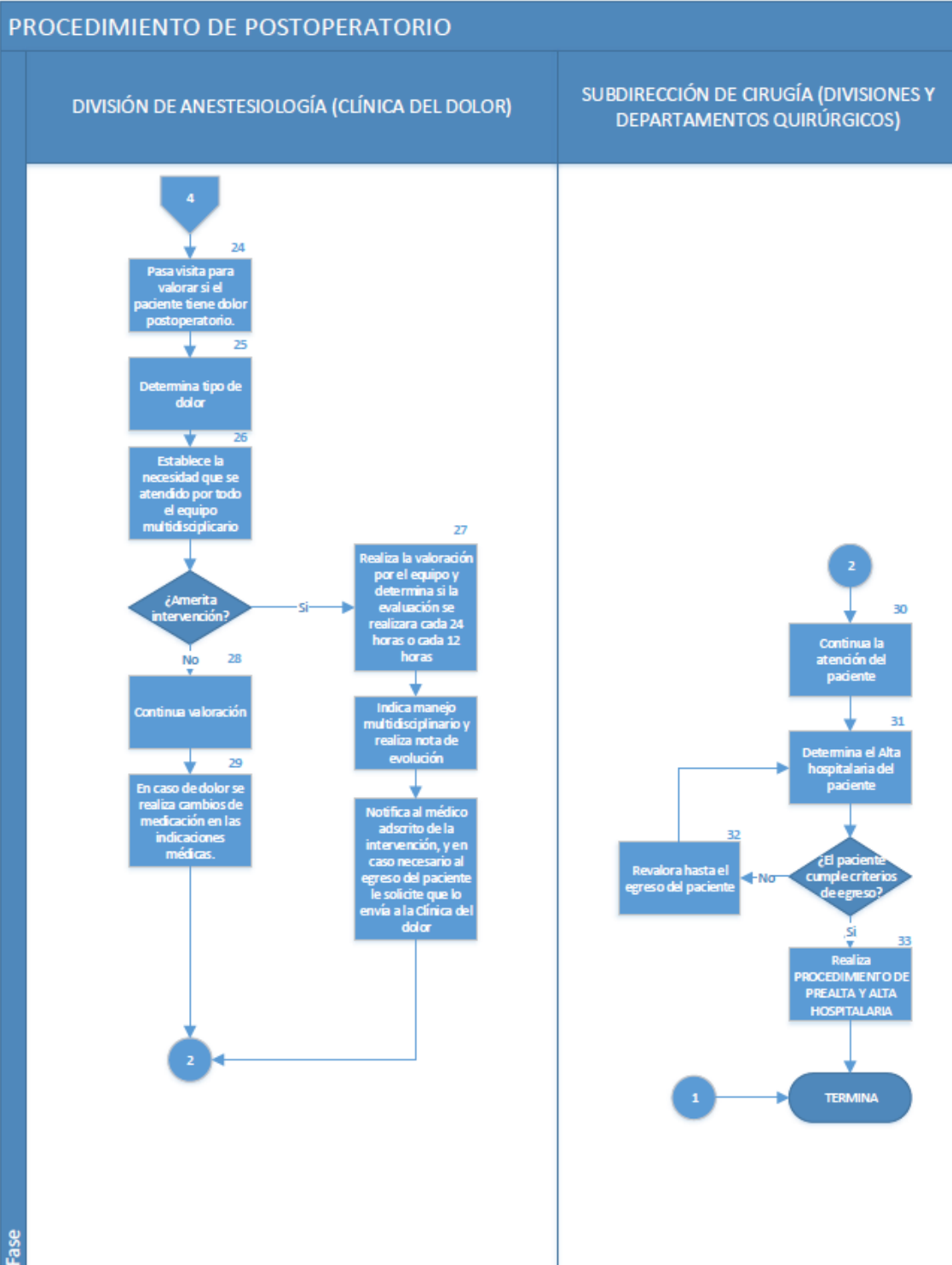
	<b>32</b>	No: Revalora hasta el egreso del paciente, regresa a la actividad 31	
	<b>33</b>	Si: REALIZA PROCEDIMIENTO DE PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	



## 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>	<b>CAMA:</b>
<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: 21 de 40</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 )			
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:	
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>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	<b>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 24 de 40</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



	<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"/>	
Apertura bucal	Mallampati			Protrusión mandibular	<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	NO		
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"/>	
Sibilancias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Disnea en esfuerzo	<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"/>	
Espujo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 2 pisos de escaleras	<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"/>	
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 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> <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"/> ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO 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>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> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa: 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>PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO</b>		<b>Hoja: 31 de 40</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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Redón 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**

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: 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>Hoja: 37 de 40</b>
	<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>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>		<b>Hoja: 1 de 35</b>

## **7. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS**

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 2 de 35</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en la atención del paciente en el servicio de Urgencias; que amerite algún tipo de atención médica por parte de algún servicio quirúrgico, ofreciendo un trato digno, con calidad y seguridad del paciente

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a la Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable de supervisar el procedimiento de Admisión Hospitalaria, Subdirección de Cirugía responsable de la atención quirúrgica del paciente, Subdirección de Gestión de Calidad responsable de supervisar la eficiencia y calidad de la atención del personal de salud, Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de la valoración anestésica del paciente y de su atención durante el proceso quirúrgico, Subdirección de Enfermería responsable de la atención del paciente durante la hospitalización del paciente; y en general a todo el personal involucrado en la cirugía de Urgencia.

2.2 A nivel externo aplica al paciente que ingrese al servicio de Urgencias y requiera de la atención médica de algún servicio quirúrgico.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Urgencias y Medicina es responsable de solicitar una interconsulta a los diferentes Servicios Quirúrgicos del hospital.

3.2 La Subdirección de Cirugía a través de las Jefaturas de División Quirúrgica es responsable de dar respuesta en la Solicitud de Interconsulta cada vez que se les solicite su valoración.



3.3 La Subdirección de Urgencias y Medicina es responsable de solicitar interconsulta a la División de Ginecoobstetricia, en todo caso de paciente femenino estable o inestable en edad reproductiva y/o con prueba de embarazo positiva.

3.4 La Subdirección de Urgencias y Medicina es responsable de solicitar Interconsulta a la División de Ortopedia en el caso de pacientes con Fracturas expuestas y Síndrome Compartimental.

3.5 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos Quirúrgicos son responsables de enviar nuevamente al servicio de Urgencias o realizar la interconsulta a la especialidad correspondiente, en caso de que la patología por la que se interconsultó no pertenece a su especialidad.



3.6 La Subdirección de Urgencias y Medicina es responsable del manejo del dolor del paciente hasta que se decida su área o servicio de atención, así como su plan terapéutico.

3.7 La Subdirección de Cirugía es responsable de realizar el Ingreso de Urgencia Ambulatoria, cuando el mismo considere que el paciente es candidato para un procedimiento quirúrgico, pero

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 3 de 35</b>

no es necesaria su hospitalización. Por lo cual podrá ser ingresado días posteriores de haber estado en el Servicio de Urgencias.

- 3.8 La Subdirección de Cirugía es responsable de realizar el Ingreso de los pacientes provenientes de Urgencias que se quedaran hospitalizados, entregando la Hoja del servicio mencionando que posterior al procedimiento quirúrgico permanecerá internado, así como la Solicitud de Ingreso hospitalario indicando si es posible el número de cama.
- 3.9 La Subdirección de Cirugía es responsable de solo programar cirugías que ameritan hospitalización, solo si hay disponibilidad de cama.
- 3.10 Las Subdirecciones Médicas son responsables de la asignación de cama en coordinación con la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, debiendo informar al personal de admisión el área y/o la cama designada.
- 3.11 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de es responsable de la apertura de expedientes clínicos, únicamente a pacientes que son hospitalizados a través de la División de Urgencias, siempre y cuando no cuenten con registro en el Hospital.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica y La Subdirección de Anestesia a través del Departamento de Quirófanos son responsables de recibir a los pacientes provenientes de urgencias con o sin expediente, así como recibir los expedientes provenientes de Urgencias, aun sin el paciente.
- 3.13 La Subdirección de Cirugía es responsable de realizar y requisitar debidamente la Nota de Ingreso Ambulatoria y la Solicitud e Indicaciones de Ingreso Ambulatorio para que los pacientes puedan ser ingresados en cuanto cumplan con todo lo necesario para la cirugía, estos deben ser debidamente requisitados.
- 3.14 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de realizar el Ingreso de todo paciente previo a cualquier procedimiento quirúrgico (o en cuanto las condiciones fisiológicas del paciente lo permitan), una vez que cualquier servicio quirúrgico lo haya valorado.
- 3.15 La Subdirección de Cirugía es responsable de dictar las políticas y procedimientos que deberán seguirse en caso de que por alguna contingencia no puedan seguirse los puntos antes mencionados.
- 3.16 La Subdirección de Cirugía es responsable de verificar si se cuenta con espacio físico para la Hospitalización del paciente, en caso no haberlo, deberá referir al paciente a otra Unidad Hospitalaria.
- 3.17 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.

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 4 de 35</b>

- 3.18 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.
- 3.19 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.
- 3.20 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos quirúrgicos son responsables de solicitar componentes sanguíneos, mediante la Solicitud de componentes sanguíneos, así como él envió de la toma de piloto y firmar el consentimiento informado correspondiente.
- 3.21 Las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de realizar el trámite médico-administrativo del Alta Voluntaria con el formato autorizado por el Hospital en cuanto el paciente o familiar lo solicite.
- 3.22 Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar cualquier muestra de patología con la Solicitud de Estudio Patología y deberán cumplir con todos los requerimientos establecidos en el "Procedimiento de recepción, estudio, interpretación y entrega de resultados de biopsias y especímenes quirúrgicos".
- 3.23 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.
- 3.24 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.
- 3.25 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.
- 3.26 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.
- 3.27 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.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>		<b>Hoja: 5 de 35</b>

3.28 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.

3.29 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.

3.30 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.

3.31 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.


3.32 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos, así como la Subdirección de Anestesia a través de la División de Anestesia son responsables de respetar la siguiente **“Guía Jerárquica para la selección del orden de pacientes quirúrgicos”**:

<b>CATEGORIA</b>	<b>TIEMPO IDEAL PARA QUIROFANO</b>	<b>POSIBLE ESCENARIO</b>	<b>NIVEL TRIAGE</b>	<b>NOTAS</b>
EMERGENCIA	INMEDIATA (MINUTOS A QUIRÓFANO)	HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE EJEMPLOS.- TRAUMA CON SANGRADO HERIDA PUNZOCORTANTE O ARMA BLANCA CODIGO MATER	1	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATA QUE PRETENDA SALVAR LA VIDA RESUCITACION SIMULTANEA CON TRATAMIENTO QUIRURGICO PERDIDA DE LA VIDA INMINENTE
EMERGENCIA	INMEDIATA (DENTRO DE LA PRIMER HORA)	CHOQUE HEMODINAMICO EJEMPLOS.- Viscera perforada Compromiso vascular Abdomen Hipertensivo	2	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA PRIMER REANIMACION PERDIDA DE ORGANOS, EXTERMIDAD O TEJIDO ES INMINENTE
URGENTE	PRIMERAS 4 HORAS	PROBABILIDAD DE CHOQUE DENTRO DE LAS PROXIMAS 4 HRS	3	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>		<b>Hoja: 6 de 35</b>


		EJEMPLOS: SINROME COMPARTIMENTAL COLANGITIS HERNIA ENCARCERADA CRANEO HIPERTENSIVO		
URGENTE	PRIMERAS 12 HRS	PROBABILIDAD DE CHOQUE O EMPEORAR PRONOSTICO EJEMPLOS: OCLUSION INTESTINAL PERITONITIS LOCALIZADA O INFECCION DE SITIO QUIRURGICO APENDICITIS O ABSCESOS	4	REANIMACION Y VALIDACION CON ESTUDIOS DE EXTENSION
SEMI URGENTE	PRIMERAS 48 HRS	RE-LAPAROTOMIA INFECCIONES SIN SEPSIS COLECISTITIS AGUDA SIN COLANGITIS O CHOQUE	5	URGENCIAS PROGRAMADAS DIA ANTERIOR
SEMI URGENTE	PRIMERAS 72 HRS	REQUIEREN CIRUGÍA DE REVISIÓN, CONTROL, LAVADO  PACIENTES CON MAS DE 3 DIAS DE ESTANCIA EN ESPERA DE TURNO QUIRURGICO	6	URGENCIAS PROGRAMADAS




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE URGENCIAS VALORACIÓN Y CONSULTA	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN PRIMARIA  ¿El paciente es Prioridad 1?	Hoja de Triage
	2	Si: Determina que el paciente es Prioridad 1  Realiza PROCEDIMIENTO DE CHOQUE  Notifica a la División quirúrgica correspondiente  Valora al paciente y determina si amerita cirugía de emergencia. Va actividad 15	
	3	No: Determina que es un problema para alguna División Quirúrgica	
	4	Entrega Hoja de Triage  ¿Amerita realizar algún estudio de gabinete?	
	5	Si: Realiza Solicitud de Gabinete  Solicita al paciente que posterior a la toma se dirija a la división correspondiente, va a la actividad 7	
	6	No: Continúa valoración del paciente	
	7	Envía al paciente a la división quirúrgica, que sea necesaria	
	8	Recibe al paciente y comienza valoración del paciente	Hoja RIO y Nota preoperatoria
	9	Establece diagnóstico presuntivo asentando en Plataforma electrónica	
	10	Determina la necesidad de estudios de laboratorio y si es necesario se canaliza al paciente, por lo que pone indicaciones médicas	
	11	Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	
	12	Recaba resultados de Estudios de diagnósticos y	

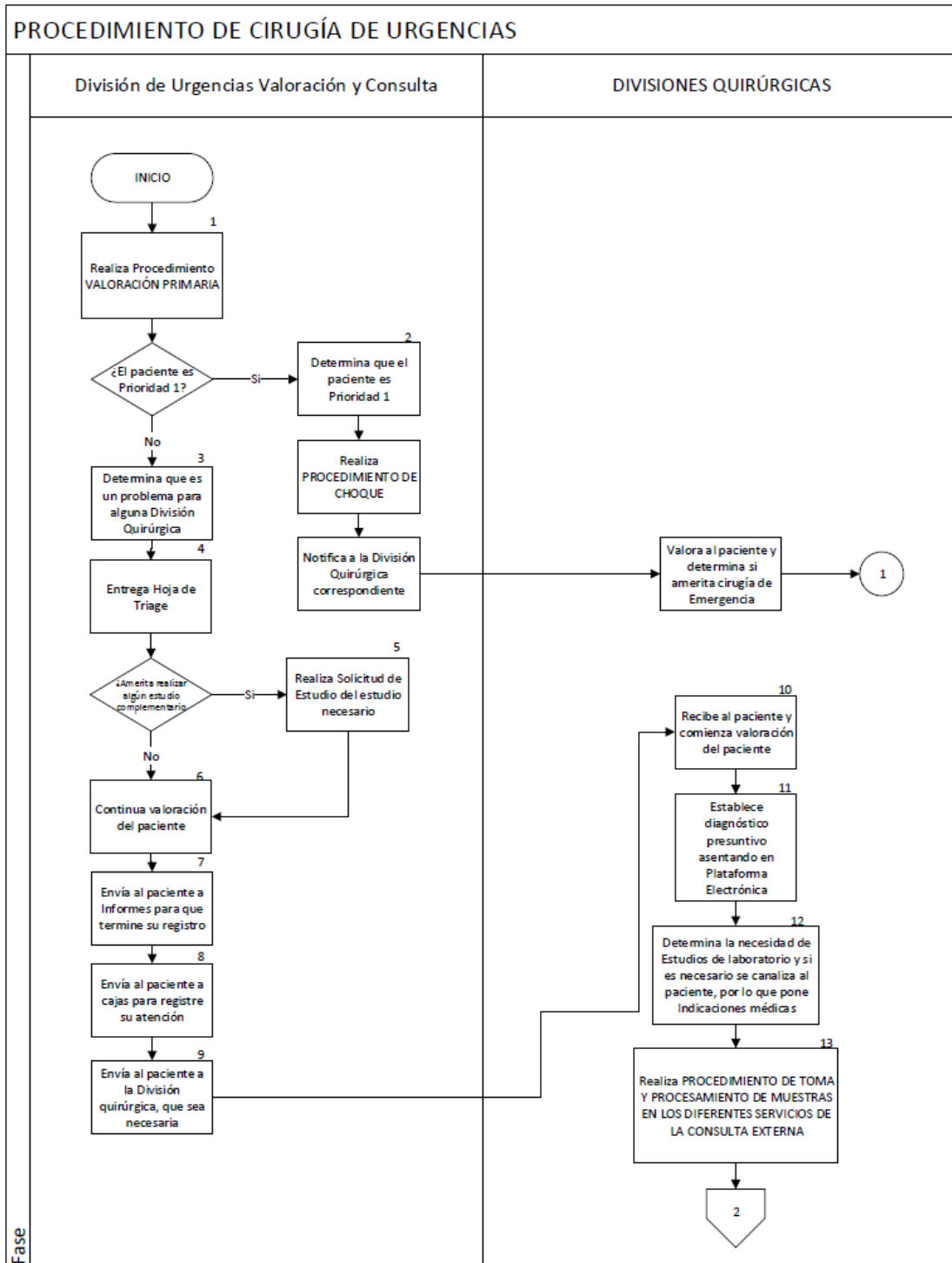
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>

		determina si es necesario realizar estudios de gabinete	
	13	Realiza Solicitud de estudios de gabinete cuando es necesario	
	14	Recaba resultados de estudios de diagnóstico y establece Plan de tratamiento	
		¿Amerita cirugía de emergencia?	
	15	Si: Notifica a la División de Anestesia y al Departamento de quirófanos que hay una cirugía de emergencia	
		Elabora hoja PRIO y Nota Preoperatoria	
		Solicitan a enfermería que preparen al paciente para quirófano y tomen muestras	
		Solicita al familiar la firma del Consentimiento informado, en caso de no estar el familiar, avisa a trabajo social para localizar familiares	
		Trasladan al paciente a quirófano	
		Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
		Realiza PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS. Va actividad 27	
	16	No: Continúa la valoración	
		¿Amerita tratamiento quirúrgico de Urgencias?	
	17	No: Entrega receta y da de alta al paciente. Si es necesario envía a la Consulta externa. Termina procedimiento	
	18	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS	
	19	Notifica al Departamento de Enfermería clínica, para que preparen al paciente	
	20	Elabora la Hoja PRIO y Nota Preoperatoria	
	21	Notifica a familiares y les solicita firma del consentimiento informado	

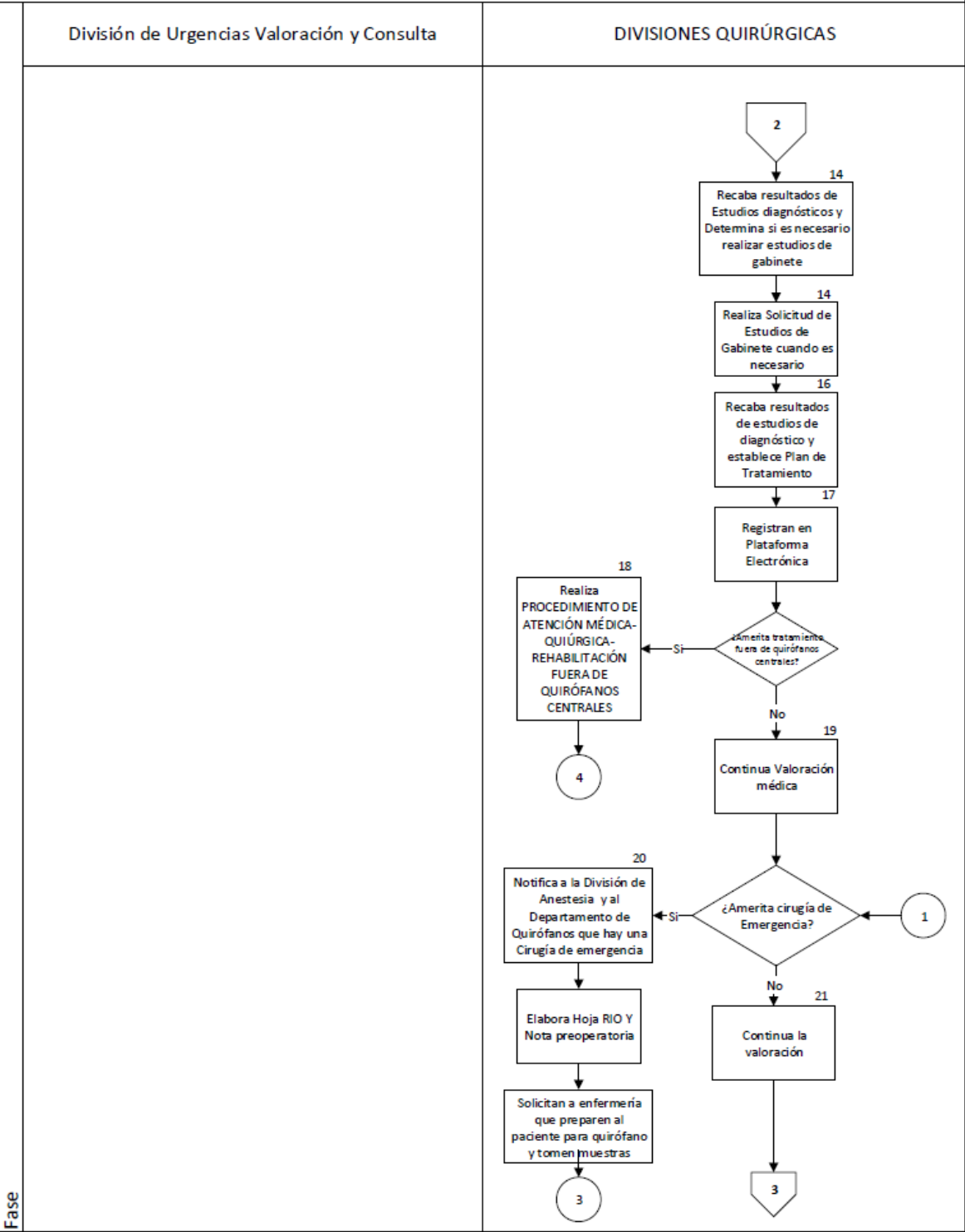
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>	
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>	

	22	Elabora y entrega solicitud de quirófano y Valoración Pre-anestésica	
DIVISIÓN DE ANESTESIA	23	Recibe la Solicitud para la Valoración Pre-anestésica	
	24	Solicita que el paciente suba a quirófanos	
	25	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO al área de quirófanos	
	26	Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTESICA	
DEPARTAMENTO DE QUIROFANOS	27	Reciben al paciente en el quirófano	
	28	Realiza PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE QUIRÓFANOS	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

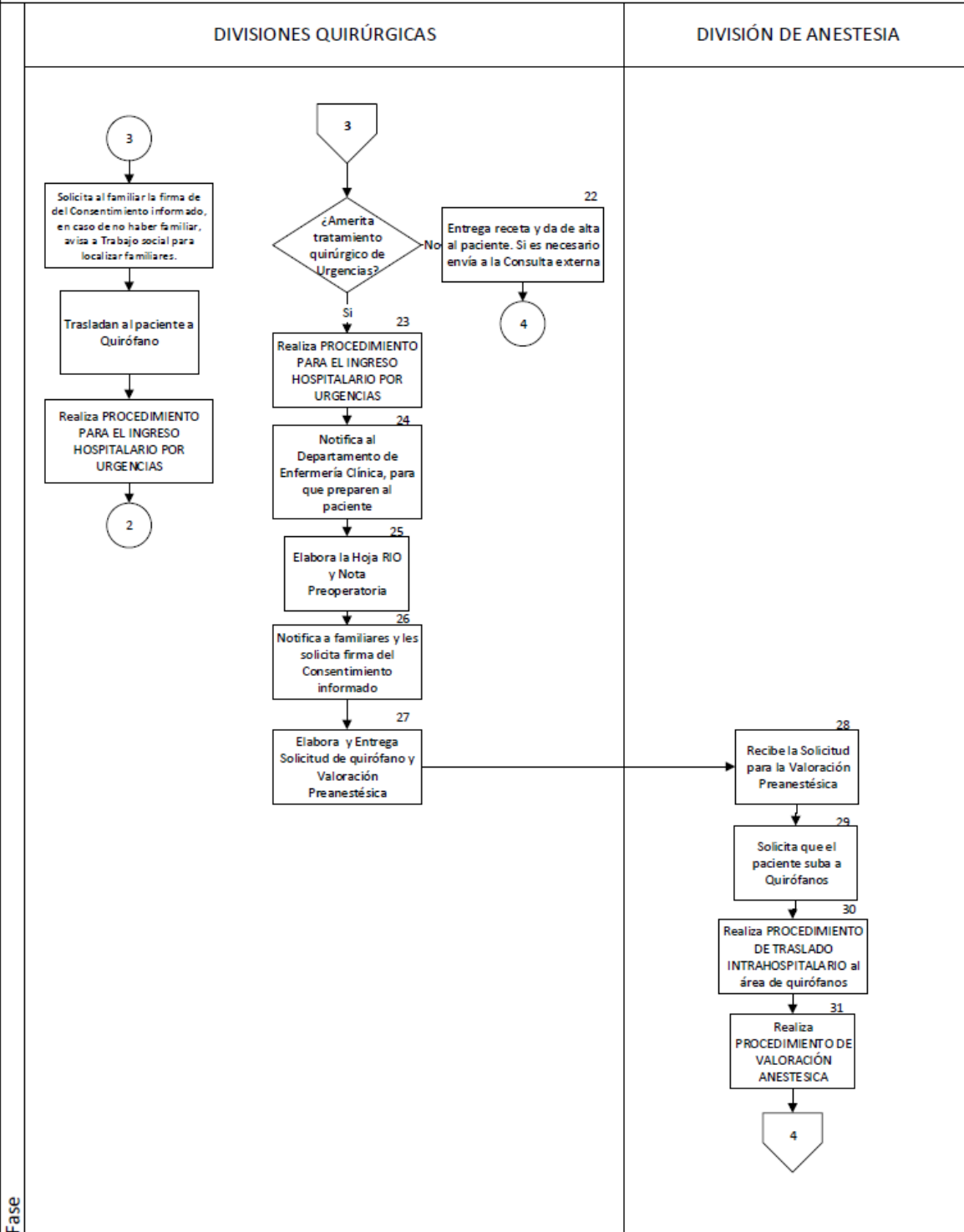


**PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS**

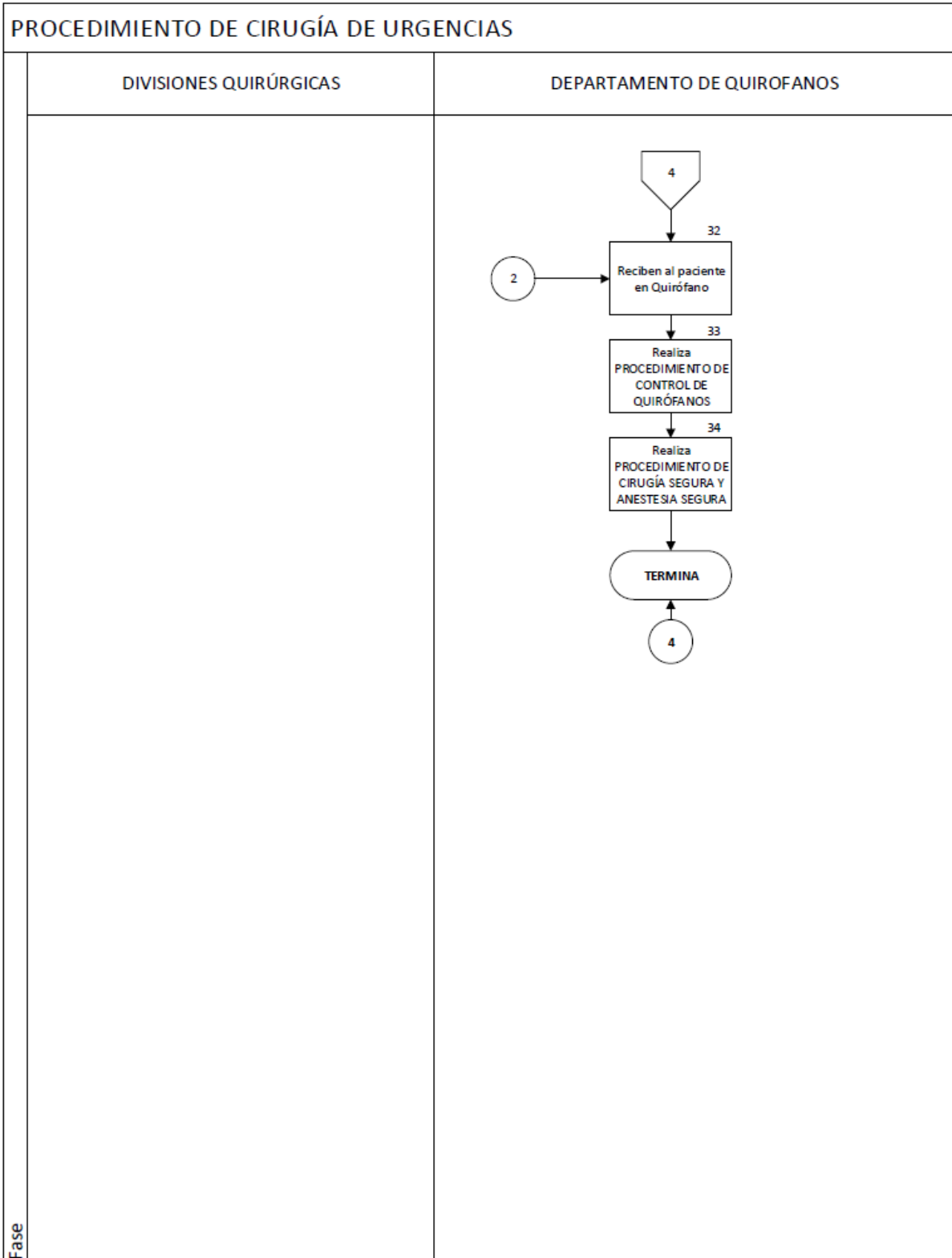




**PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS**



Fase



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>		<b>Hoja: 14 de 35</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-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	No Aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012 para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria	No Aplica
6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología	No Aplica
6.7 Guías Clínicas mexicanas e internacionales para la cirugía de Urgencias	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 Cirugía de emergencia:** es aquella que acontece cuando existe una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y requiere una actuación quirúrgica inmediata dentro de los primeros 30 minutos a 2 horas.
- 8.2 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 24 horas posterior al diagnóstico. Estas cirugías no son programadas y requieren un diagnóstico o intervención rápida para evitar mayores complicaciones.
- 8.3 Hemostasia:** Contención o detención de una hemorragia mediante los mecanismos fisiológicos del organismo o por medio de procedimiento manuales, químicos instrumentales o quirúrgicos
- 8.4 Inducción anestésica:** Fase en la cual se administran medicamentos que produce hipnosis, analgesia y relajación muscular.



 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 15 de 35</b>

**8.5 Marcaje quirúrgico:** Es la marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico.

**8.6 Medicación Profiláctica:** son todos los medicamentos que se pueden aplicar antes del procedimiento quirúrgico, como analgésicos o antibióticos.

**8.7 Médico Tratante:** Médico responsable del paciente.

**8.8 Venoclisis:** Pasar soluciones o medicamentos a través de una vena.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	7/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>SE ACTUALIZAN POLITICAS Y LINEAMIENTOS</li> <li>SE ACTUALIZA DIAGRAMA Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</li> <li>SE ACTUALIZAN DOCUMENTOS DE REFERENCIA, REGISTROS, GLOSARIO Y ANEXOS</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Programación y Registro Individual de Pacientes

10.2 Consentimiento Informado

10.3 Solicitud de Interconsulta

10.4 Formato de Valoración Anestésica

10.5 Solicitud de Laboratorio

10.6 Solicitud de Gabinete

10.7 Solicitud de Componentes sanguíneos de Medicina Transfusional

10.8 Consentimiento bajo información para transfusión de componentes sanguíneos



10.9 Hoja de Egreso Voluntario

10.10 Carta de Autorización informada para la aplicación de anestesia y/o sedación moderada

10.11 Nota de Evolución

10.12 Solicitud de Estudio de Patología

10.13 Solicitud de Ingreso

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 16 de 35</b>

## 10.1 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
Diagnóstico Preoperatorio: 1.- 2.- 3.- 4.-			Diagnóstico Postoperatorio: 1.- 2.- 3.- 4.-		
Operación Planeada: 1.- 2.- 3.- 4.-			Operación Realizada: 1.- 2.- 3.- 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 ( )			

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 17 de 35</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>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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 18 de 35</b>

## 10.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



SECRETARIA DE SALUD  
 HOSPITAL GENERAL  
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
 Calz. De Tlalpan 4800, Col. XVI  
 Tlalpan D.F. C.P. 14080 Tel. 40 0030 00

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN  
 (AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)  
 DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE  
 SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPITULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81,82 Y 83.**

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con expediente número \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. \_\_\_\_\_ me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico \_\_\_\_\_

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran \_\_\_\_\_

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son: \_\_\_\_\_

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el procedimiento \_\_\_\_\_ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Gea González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

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

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

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



## 10.4 FORMATO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias  
División Anestesiología

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

**Datos de riesgo**

- ASA 3 o mayor
- Edad 65 años o mayor
- IMC mayor a 35 kg/m<sup>2</sup>

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

Cardiopatía diagnosticada

- Síndrome coronario agudo o angina inestable.
- Intervencionismo coronario.
- Insuficiencia cardíaca de NOVD 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
- Piéltora 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

**Médico y Servicio Solicitante**

Nombre completo, firma, cédula profesional

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 21 de 35</b>



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias  
División Anestesiología

**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"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hipertensión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcapasos o cardiodesfibrilador implantable <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Stent coronario <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Palpitaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Disnea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ángor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soplos cardiacos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>2.</b> Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EPOC/Bronquitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SAOS/Síndrome <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hipoventilación del obeso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ronquidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>3.</b> Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ICTUS/AIT <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EVC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Síncope/Hipotensión ortostática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad placa motora <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas articulares <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades colágena <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>4.</b> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad hepática no obstructiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ictericia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades urológicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>5.</b> ERGE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad intestinal (malabsorción, intestino corto) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>6.</b> Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TEP / TVP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Discrasias sanguíneas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros hematológicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>7.</b> Cáncer previo de cualquier tipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 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"/>		

**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:



**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
<b>A. Vía aérea</b>							
Predictores de ventilación difícil		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dentadura	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Especifique				Especifique			
Cirugía cervical previa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimiento cervical	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Apertura bucal	Mallampati			Protrusión mandibular	<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			Ortopnea	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Campos pulmonares claros		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Número de almohadas para dormir:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Expansión	Buena <input type="checkbox"/>	Der <input type="checkbox"/>	Izq <input type="checkbox"/>	Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entrada de aire	Buena <input type="checkbox"/>	Mod <input type="checkbox"/>	Pobre <input type="checkbox"/>	Disnea en esfuerzo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sibilancias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 1 piso de escaleras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 2 pisos de escaleras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Espujo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ángor/angina con el esfuerzo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hemoptisis		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Distancia mínima que camina en promedio en superficie plana:			
Tráquea	Central <input type="checkbox"/>	Desviada <input type="checkbox"/>		Caminata limitada por:			
SpO2	% aire ambiente			Dolor articular <input type="checkbox"/>	Angina <input type="checkbox"/>		Dolor de piernas <input type="checkbox"/>
Espirometría (en caso de contar con el estudio):				Desequilibrio <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>		Falta de aire <input type="checkbox"/>
Flujo pico	L/min			Otro(s) síntoma(s):			
FEV1				Ruidos cardíacos	Normales <input type="checkbox"/>		Anormales <input type="checkbox"/>
FVC				Si anormales, describir:			
PEFR				Edema periférico	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Extensión:
				Ingurgitación yugular	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	



**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 Criterios)</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



## 10.5 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	FIBRINÓGENO
<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	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
<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



 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 27 de 35</b>

## 10.7 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

	<b>HOSPITAL GENERAL</b> <b>“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”</b> <small>CALZADA DE TLALPAN 4800 COL. SECCION XVI TEL. 40-00-30-00 EXT. 3272</small>
<b>SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>	
Fecha: _____	
Nombre del Paciente: _____	Fecha Nac. _____ Grupo y Rh _____
Servicio: _____	Edad: _____ Sexo _____ No. Cama _____ No. Expediente _____
Diagnóstico _____	Tipo de Solicitud: ORD _____ URG _____
Fecha y Hora de Cirugía _____	Motivo de la transfusión _____
COMPONENTE: Conc. Eritrocitario _____ PFC _____	Conc. Plaquetas _____ Crioprecipitado _____
Transfusiones Previas: NO _____ SI _____	Fecha _____ Cantidad _____ Componente _____
Reacción Transfusional: NO _____ SI _____	Fecha _____ Cantidad _____ Componente _____
Medicamentos que se le están administrando al paciente _____	
Antecedentes Obstétricos: Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Cesárea _____ Inmunización Mat.-Fetal _____	
Hemoglobina: _____	Hematocrito _____ Plaquetas _____ TP _____ TPT _____
Observaciones: _____	
Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante: _____	

 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 28 de 35</b>

## 10.8 CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA  
TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

Por este conducto autorizo expresamente a este Hospital, así como al personal médico y paramédico que se encuentra atendiendo a el (la) paciente de nombre \_\_\_\_\_, para que se le practique **TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**. Encontrándome consciente y debidamente informado (a) de los riesgos y beneficios que implica el procedimiento solicitado; siendo entre los riesgos señalados los siguientes: hinchazón, infección local, fiebre, escalofrío, reacciones alérgicas, de incompatibilidad, enfermedades infecciosas. Así mismo que el beneficio del procedimiento es contribuir al tratamiento del paciente que requiere la transfusión.

Así mismo manifiesto expresamente que se me ha explicado y he entendido que:

- I) En el procedimiento se utiliza material estéril, nuevo y desechable.
- II) Entendiendo que las unidades transfundidas proceden de donadores sanos con estudios para hepatitis B, hepatitis C, VIH-SIDA, sífilis y brucella, además de las pruebas de compatibilidad.
- III) Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no garantiza o asegura los resultados de este procedimiento.

Hago constar expresamente que hubo oportunidad de aclarar mis dudas relativas al evento transfusional, así como se me ha informado de los cuidados que se deberán tener durante y posterior a la realización del mismo. En igual forma se autoriza al personal de salud para que se lleve a cabo actos y procedimientos necesarios en caso de contingencia y urgencia derivada del acto autorizado.

Lo anterior lo autorizo en pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de:

PACIENTE ( )      FAMILIAR ( )      TUTOR ( )      REPRESENTANTE LEGAL ( )

Y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 80, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Hora: \_\_\_\_\_

No. de Registro \_\_\_\_\_

Nombre y firma quien autoriza

Nombre y firma del Médico que informa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_









 <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 de Urgencias</b>		<b>Hoja: 31 de 35</b>

## 10.10 CARTA DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA**  
**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**  
 CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI, ALCALDÍA DE TLALPAN, C.P. 14080, CD. DE MÉXICO



NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
No. DE REGISTRO: _____	CARACTER DE LA CIRUGIA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	EDAD: _____
RELACION DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	DOMICILIO: _____
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____	
CIRUGIA 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, 10.1.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como a 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. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS</b>		
	<b>Procedimiento de Cirugía de Urgencias</b>		<b>Hoja: 32 de 35</b>

**CARTA DE AUTORIZACIÓN INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN**

—AL GEA—

**POSIBLES COMPLICACIONES EN ANESTESIOLOGÍA**

**INICIO DE LA ANESTESIA**

Dolor en los sitios de punción vascular (aplicación de sueros y medicamentos intravenosos).  
 Multipunciones vasculares (dificultades para encontrar una vena útil para aplicación de sueros y medicamentos intravenosos).  
 "Moretones" después de una punción vascular.  
 "Extravasación" de soluciones (salida del suero de la vena).  
 Alteraciones en la piel por el brazaletes de toma de presión arterial y por el material con pegamento (tela adhesiva y micropore).  
 En el caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del paciente por el tipo de procedimiento, se pueden utilizar otros métodos como: instalación de un catéter venoso central para medir la presión venosa con el riesgo de lesionar estructuras vecinas como nervio, vena, arteria o pulmón, así como provocar trastorno del ritmo cardiaco.

**SEDACIÓN Y VIGILANCIA**

Extensión insuficiente de la infiltración de anestésico local y cambio de la técnica anestésica.  
 Depresión respiratoria y cambio de una técnica anestésica.  
 Reacción adversa a los medicamentos utilizados y cambio de la técnica anestésica.  
 Efectos indeseables que pueden cambiar la técnica anestésica.



**ANESTESIA REGIONAL**

Ardor en el sitio de la infiltración anestésica.  
 Reacción alérgica y/o anafiláctica al anestésico.  
 Dolor en la columna vertebral en el sitio de la punción anestésica.  
 Efecto analgésico insuficiente con la aplicación local de anestésico por falla del anestésico y cambio de técnica anestésica.  
 Efecto sistémico por el anestésico local debido a la inyección intravascular inadvertida y cambio de técnica anestésica.  
 Daño neuronal temporal o permanente secundario a la anestesia.  
 Estímulo y/o daño neural transitorio o permanente relacionado con la colocación y la presencia del catéter espinal.  
 Dolor de cabeza posterior a la punción accidental de la duramadre.  
 Difusión no deseada del anestésico hacia el espacio subdural y cambio de la técnica anestésica.}  
 Inyección intravascular inadvertida del anestésico con efectos secundarios indeseables y cambio de la técnica anestésica.  
 Reacción adversa del paciente a los aplicados que pueden provocar a defunción del paciente.

**ANESTESIA GENERAL**

Reacción adversa del paciente a los medicamentos aplicados para la inducción anestésica y el mantenimiento que ocasionan suspensión de la cirugía.  
 Ruptura y extracción de piezas dentales secundaria a intubación difícil.  
 Lesión de la mucosa en la boca y/o nariz.  
 Ronquera y/o dolor de garganta después de la intubación orotraqueal.  
 Imposibilidad para colocar el tubo traqueal.  
 Posibilidad de realizar traqueotomía de urgencia.  
 Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente con posibilidad de daño orgánico y/o complicaciones que provoquen la defunción del paciente.  
 Broncoaspiración por material contenido en el estómago.  
 Respuesta inadecuada del paciente a los medicamentos utilizados con probabilidad de daño orgánico y/o complicaciones que provoquen la defunción del paciente.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Cirugía de Urgencias		Hoja: 34 de 35

## 10.12 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA  
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO PATERNO MATERNO NOVIEMBRE "S")

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_  
(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)

PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Cirugía de Urgencias		Hoja: 35 de 35

### 10.13 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



#### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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