

### **DIRECCIÓN MÉDICA**



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE QUIROFANOS

DICIEMBRE, 2021

### SALUD

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



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	1
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
Dr. Agustin Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dra. Guadalupe Dorantes	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	Jumen
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	Woul
Dr. José Jesús Acevedo Mariles	Subdirector de Urgencias y Medicina	V 0
Dr. Gustavo Aguilar Montes	Subdirector de Cirugía	Agus

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

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 1 de 18

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

1. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **ged**hospital

Rev.01

Hoja: 2 de 18

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

#### 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.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **Ged**hospital

Rev.01

**Hoja:** 3 de 18

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

- 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.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		PREOPERATORIO	
DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS	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: Continua 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	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA	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	
DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANOS	7	Verifica que se realice la Hoja Cumple- adelante por parte de todos los integrantes del personal quirúrgico	
	8	Revisa el expediente clínico de los pacientes que provienen de piso de hospitalización	



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

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

### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

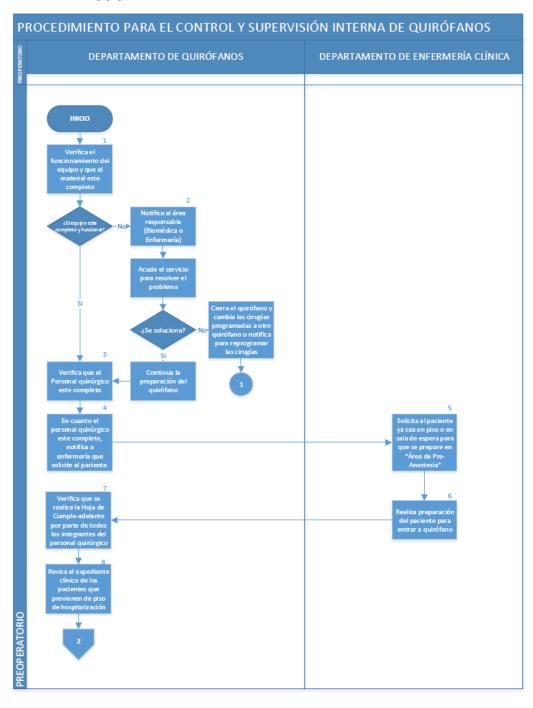


Rev.01

**Hoja:** 7 de 18

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

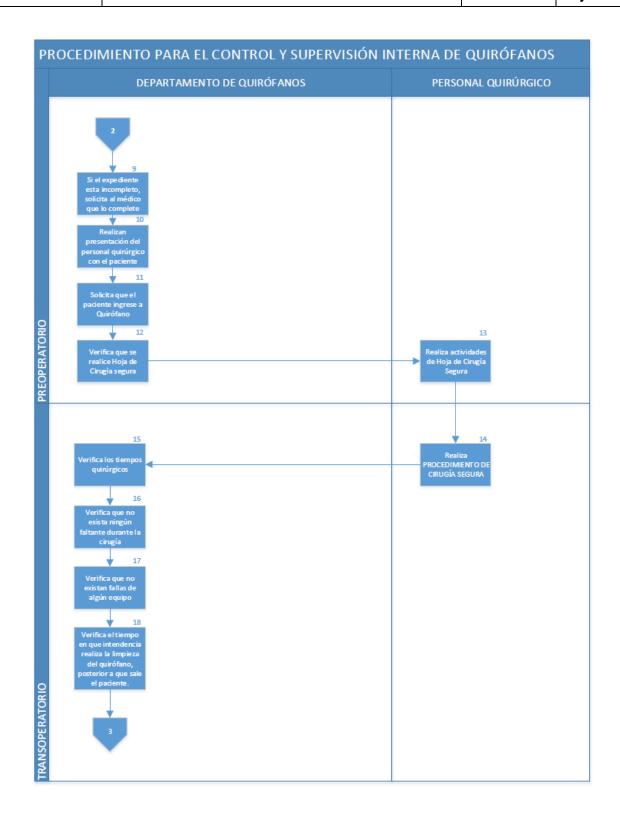
### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

Hoja: 8 de 18

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



### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

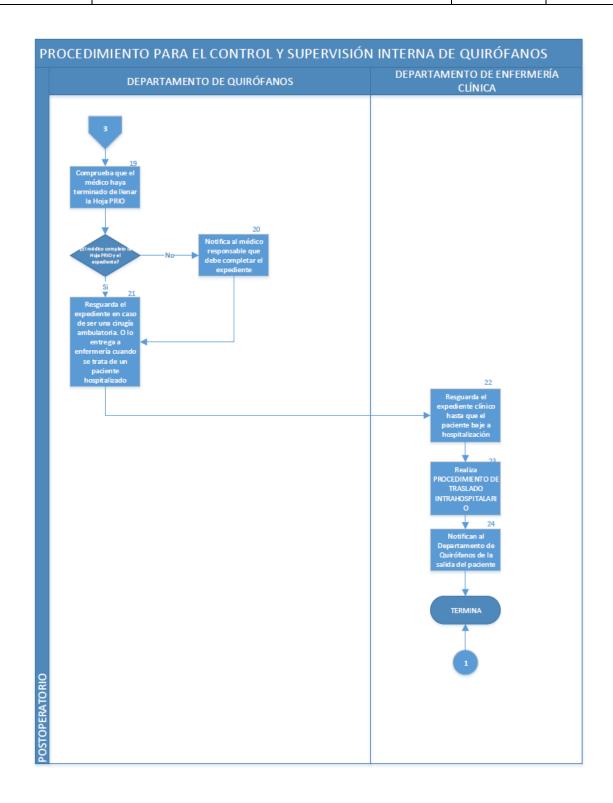
### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 9 de 18

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





#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **Ged**hospital

Rev.01

**Hoja:** 10 de 18

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

### 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **ged**hospital

Rev.01

**Hoja:** 11 de 18

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

- **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.
- **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

### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 12 de 18

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### 10.1 HOJA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA



DIVISION DE ANESTESIOLOGIA PROGRAMACION DE CIRUGIA

	CDAD	CAMA	SALA	REGISTRO	CDI	ESUETA	DIAGNOSTICO	CRUGIA		PROGRAMA	ASA	DEPTO.	OBSERVACIONES	c
					la.V	908.								T
RAMIREZ LEYVA ABEL	76			725530			HERNIA INGUINAL DERECHA	PLASTIA INGUINAL	DI	R. CARDENAS		CIR, GRAL.		1
SANCHEZ OSNAYA IGNACIO	75			716431			HERNIA VENTRAL	PLASTIA DE PARED	DI	R. CARDENAS		CIR. GRAL.		1
MARTINEZ PEREZ JUVENTINO	17			781030			DISPLASIA OSTEOFIBROSA	FRESADO OSEO	DI	RA. ANDRADE		C.P.R.		1
GARFIAS HILARIO LUIS RICARDO	9a			605249			MICROTIA	COLOCACION DE DISTRACTOR	DI	RA. ANDRADE		C.P.R.		4
ZAVALA HERNANDEZ GENOVEVA	47			763853			PTOSIS MAMARIA	MASTOPEXIA + IMPLANTE	DI	RA. ANDRADE	_	C.P.R.		4
5														_
7														
3														
3														
									_					
1									_					
2														
3														
5														
5														
7									4					
3														
									_					
,	7													
1														
2														
3														
4														
5														
5									T					



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 13 de 18

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### **10.2 HOJA PRIO**



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

Nombre del Pacier	ite:				Registro:				
Fecha de Nacimien	ito:					Peso:			
Edad:		Sexo: m	asculin	no ( )	femenino ( )	Cama:			
Servicio:			Clín	ica:		Tiempo quirúrgico estimado:			
Fecha de Solicitud		d	1	mes	año	Hora Solicitud:			
Fecha de Programa	ación:	di	1	mes	año	Recibe Solicitud:			
Fecha de la Cirugía	a:	di		mes	año	Hora de Recepción:			
Electiva ( )	U	rgencia (	)	EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si) (no)			
Durante la Operac	ión se r	equiere:							
Instrumental:					Colaboración de los	s servicios de:			
Name to the state of the state			tt at a code		Riesgo Quirúrgico:	I. II. III. IV.			
Nombre y firma de	quien	recibe la so	licitua:		Anestesia: Genera				
N	∕lédico :	Solicitante			Mé	dico Jefe de la División			
	F	irma			Firma				
Nor	mbre		Cádı	ula Profesional		Nombre Cédula Profesional			
Diagnóstico Preope		):	CEU	ala Fiolesioliai	Diagnóstico Postop				
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
Operación Planead	a:				Operación Realizad	a:			
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
					Estudio Histopatológico: (si) (no)				
Cirujano: 1er. Ayudante:					Pieza:	igico. (si) (no)			
2°. Ayudante:					RayosX:				
3er. Ayudante:					Drenajes: (si)(no	) Tipo:			
Instrumentista:					Difermimiento de C	irugía: (si) (no)			
Circulante:					Motivo debido a: Pa				
Anestesiólogo:					Especifique:				
Calidad en Quirofano	Previo	al Inicio	Previo a	al Término	Hora de inicio C	irugía:Anestesia:			
Pausa Quirúrgica	SI()	NO ( )	SI()	NO()		irugia:Anestesia:			
Gasas	SI()	NO ( )	SI()	NO ( )	de tellillo e	reconstant			
Compresas S	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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 14 de 18

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS



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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Savo: ma	sculino ( ) fe	menino ( )	Cama:	
Signos Vitales:		a Cardiaca:	por minuto	Carria.	
Peso:Kgs.			por minuto	Tensión Arterial:	/ mmHa
Talla:Kgs.		n de Oxigeno:	•	Temperatura:	
Fecha y hora de elaboració				remperatura:	
Accidentes: (SI) (NO)			Incidentes: (SI (N	NO)	
Especifique:			Espedfique:	NO)	
Descripción de la Técnica C	Duirúrgica:				
bescripeion de la recinea e	(an ar great				
Hallazgos Transoperatorios	:				
Estudios Transoperatorios y	/ Resultados	ç.			
Estadios fransoperatorios y	nesunado.				
F . 1 B	P			11 11 / )	
Estado Postquirúrgico Inme Comentarios:	ediato: Esta	able ( ) Ine	stable ( ) Fa	allecido ( )	
Plan Manejo y Tratamiento	Postonerat	orio Inmediato:			
Transmanejo y matamiento	rostoperat	ono minediato.			
Pronóstico: Bueno ( )	Malo ( )				
Comentarios:					,
Elabor	rado por:			Responsable de la ciru	gia
	Firma			Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 15 de 18

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### **10.3 HOJA CUMPLE-ADELANTE**



### CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO

(CUMPLE-ADELANTE)

	Nombre del paciente: Fech	Fecha de nacimiento:							
	Edad:No. Registro:Servicio:	Fecha	a:						
	Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (N	NO) Cirugía amb	ulatoria (	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)						
	¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? (Preguntar directamente al paciente)	(SI)	(NO)						
	¿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 revisara en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)					
	¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisara 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 crónico degenerativas)	(SI)	(NO)	(NA)					
9.	¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)						
10.	. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)						
	. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? (No aplica en cirugía ambulatoria)	(SI)	(NO)	(NA)					
	¿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, PODRA CANCELARSE LA CIRUGIA. 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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 16 de 18

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### **10.4 HOJA DE CIRUGÍA SEGURA**

g	e	a
	hosr	oital

#### 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:	Proced	imiento Quirúrgico:	
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNE		E QUE EL ,PACIENTE SALGA LA SALA QUIRÙRGICA
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA		SALIDA
EL PACIENTE HAC ONFIRMADO SU IDENTIDAD EL SITIO QUIRGIGIOO EL PROCEDIMIENTO SU CONSENTIMENTO  MARCADO DEL SITIO QUIRGIGICO NO PROCEDE  SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA  OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ¿TIENE EL PACIENTE: ALERGIAS CONOCIDAS? NO SI VIALEREA DIPÍCIL / TRESGO DE ASPIRACIÓN? NO SI, Y HAY PISTRUMENTAL Y EQUIPO / A YUDA DISPONIBLE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (/ MLIKEG EN NIÑOS)? NO SI SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO YLÍQUIDOS ADECUNDOS CRUCE DE SAMORE HEMODERINADOS DISPONIBLES	CONFIRMAR QUE TODOS LOS MEMBROS DEL EQUI SE MAYON PRESENTADO POR SUN DOMBRE Y FUNCO SE MAYON PRESENTADO POR SUN DOMBRE Y FUNCO PROPERTIES DIOLGO Y ENTRE EL CIRLUANO, ANESTESIÓLGO Y ENTRE EL CIRLUANO DEL PACIENTE . LA LIDENTEDA DEL PACIENTE . EL SITTO QUIRÓ/IRGICO . EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR  PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS O IMPREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS O IMPREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIO Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA DE PRESIDATA AGON PROBLEMA ESPECIPICO . EL EQUIPO DE ENPERMERÍA REVISA: SI SE HA LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS IN Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACION INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS VEL CONTEO INSTRUMENTA Y LOS EQUIPOS VEL CONTEO INSTRUMENTA Y LOS EXPENSIÓN DE LA CONTEO INSTRUMENTA DE LAS IMÁGENES DIAGNÓS TICAS ESPUCIAL ES?	ON VERBAL MENTE CON EL E  B OM/Tempo Furra)  CUE EL RECUEN GASA, COMPR LA IDENTIFICACI MUESTRAS (QUI SELACIONADOS LOS EQUIPOS  CÓN  CONTERMADO DICADOSES) ADOS CON EL EL CRUJANO, E DEL PRACIENTE TROMBOEMBOL  ¿EXISTERON EL  ¿EXISTERON EL  REPORTE DEL E	
NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO Y CED. PROF.	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.	NO MBRE Y FIRMA DE	LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.

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

Licencia Sanitaria 1014004673 06-02-0289

# SALUD

### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 17 de 18

# PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

### 10.5 REGLAMENTO INTERNO DEL QUIRÓFANO





#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **Geo**

Rev.01

**Hoja:** 18 de 18

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN INTERNA DE QUIROFANOS

EL PRESENTE REGLAMENTO ESTÁ DIVIDIDO EN LOS CAPÍTULOS DE:

### REGLAMENTO (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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 02

Hoja: 1 de 18

2. PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



Rev. 02

Hoja: 2 de 18

### 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 Preoperatoria 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.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **ged**hospital

Rev. 02

Hoja: 3 de 18

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

- 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 Cardiacas Descompensadas, pacientes post-operados de Cirugía Cardiaca, 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 anestesiólogo 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

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 02

Hoja: 4 de 18

## PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

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.

# SALUD

### **PROCEDIMIENTO**

### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 5 de 18

### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	1	Recibe al paciente para su Valoración del padecimiento	Expediente Clínico
	2	Determina que amerita un tratamiento quirúrgico	Solicitud de Internamiento
		¿El paciente amerita hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico?	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División) y	3	No: Solicita Estudios Pre-operatorios, continua con actividad 5	
Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Pediatría Clínica)	4	Si: Realiza Solicitud de Internamiento y posteriormente se solicitan Estudios Preoperatorios, 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.	
	8	No: Entrega al paciente Hoja de claves de Hospitalización	Hoja de Programación y Registro Individual
	9	Solicita al paciente que acude a realizar los trámites médico-administrativos	de Operaciones
Subdirector de Cirugía (Jefes de División) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Pediatría Clínica)	10	Envía al paciente para programar su cita de valoración preanestésica.	Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria
	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	



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 6 de 18

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		para probable transfusión?	
	14	No: Continua 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.	
	22	Recibe las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y la Programación de todos los servicios quirúrgicos	Programación de Cirugía
Subdirector de	23	Concentra la información de todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y de la Programación	
Anestesia y Terapias (Jefe de División de Anestesia)	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,	



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 7 de 18

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	
		TERMINA	

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

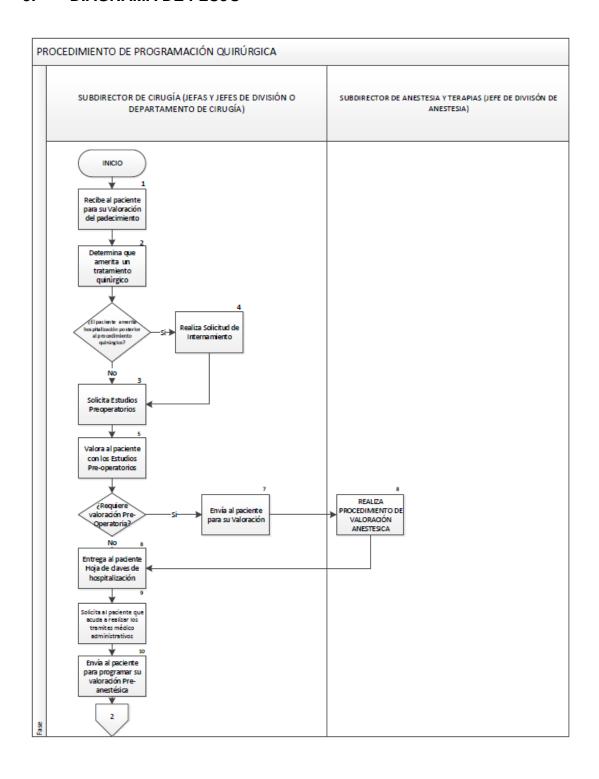


Rev. 02

Hoja: 8 de 18

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO





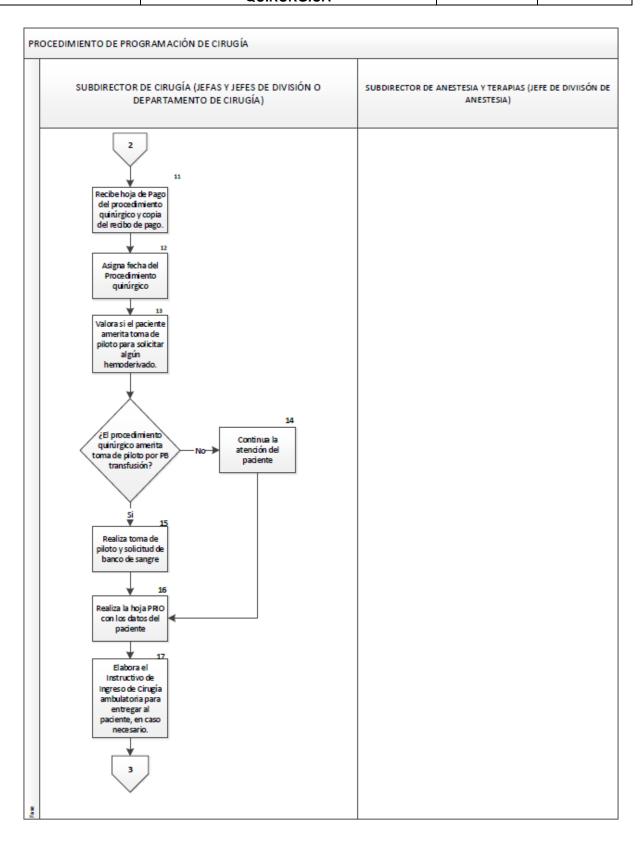
### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 02

Hoja: 9 de 18

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

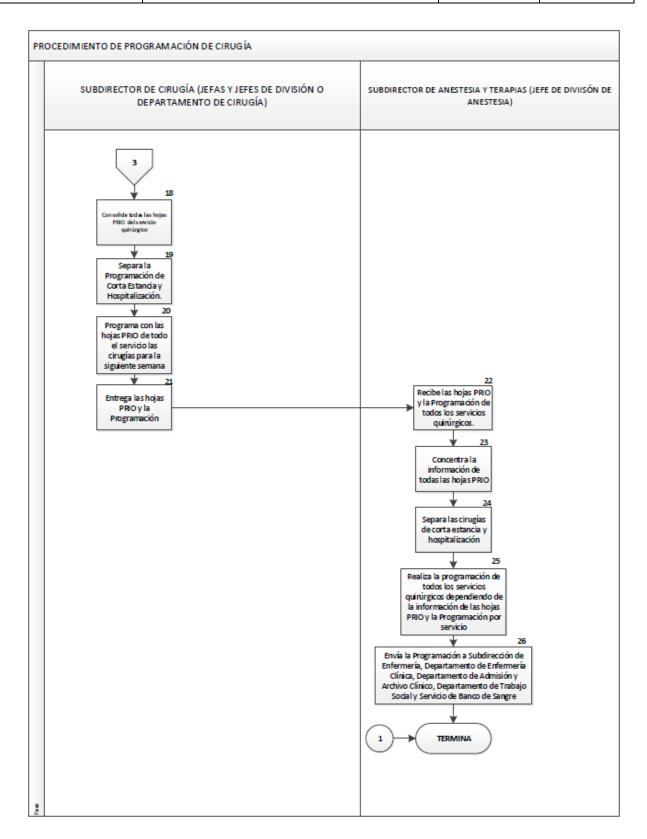
### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 02

Hoja: 10 de 18

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA





### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



Rev. 02

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 conservario	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.



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 02

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> <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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 02

Hoja: 13 de 18

### 10.1 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA



DIVISION DE ANESTESIOLOGIA PROGRAMACION DE CIRUGIA

FECHA:06/NOVIEMBRE/2017						TURNO MATUTINO					ANOTAR SI ES ALERGICO AL L	ATEX
	EDAD	CAMA	SALA	REGISTRO	CONSULTA	DIAGNOSTICO	CIRUGIA	PROGRAMA	ASA	DEPTO.	OBSERVACIONES	c
					la.V sub.							+
RAMIREZ LEYVA ABEL	76		1	725530		HERNIA INGUINAL DERECHA	PLASTIA INGUINAL	DR. CARDENAS		CIR. GRAL.		4
SANCHEZ OSNAYA IGNACIO	75			716431		HERNIA VENTRAL	PLASTIA DE PARED	DR. CARDENAS		CIR. GRAL.		1
MARTINEZ PEREZ JUVENTINO	17			781030		DISPLASIA OSTEOFIBROSA	FRESADO OSEO	DRA. ANDRADE		C.P.R.		1
GARFIAS HILARIO LUIS RICARDO	9a			605249		MICROTIA	COLOCACION DE DISTRACTOR	DRA. ANDRADE		C.P.R.		1
ZAVALA HERNANDEZ GENOVEVA	47			763853		PTOSIS MAMARIA	MASTOPEXIA + IMPLANTE	DRA, ANDRADE		C.P.R.		1
5												$\perp$
7												
8												L
3												
												1
												$\perp$
2												
3												
4												
5												1
5												
7												
3												
3												
	7											
1												
2												
3			П									
4												
5												
			П									T
7												Т



DIVISION DE ANESTESIOLOGIA PROGRAMACION DE CIRUGIA

MA		
CHA:06	/NOVIEMBRE/2017	

TURNO VESPERTINO

FECHA:06/NOVIEMBRE/2017			TURNO VESPERTINO					ANOTAR SI ES ALERGICO AL LATE				
	EDAD	CAMA	SALA	REGISTRO	CONSULTA	DIAGNOSTICO	CIRUGIA	PROGRAMA	ASA	DEPTO.	OBSERVACIONES	C.E.
					1a.V SUB.							+
1 ROLDAN TENCLE BLANCA	48			769757		INSUFICIENCIA VENOSA	SAFENECTOMIA MIEMBRO PELVICO IZQ.	DRA, RANERO		CIR. CARDIOV.		+
2 CAMPOS MAYO ADAN	61			795049		TROMBOSIS VENSOA	ANGIOPLASTIA MIEMBRO PELVICO DER.	DRA. RANERO	_	CIR. CARDIOV.		+
3 GALVAN CABRERA EDUARDO	24			782661		FRACTURA TOBILLO IZQUIERDO	RED. A. +FIJ. INTERNA TOBILLO IZQUIERDO	DR. SALDIVAR		ORTOPEDIA		+
4												1
5												_
6						,						+
7												+
8												+
9												_
10												+
11			П						$\perp$			_
12									$\perp$			_
13			П									$\perp$
14											0	_
15												_
16			T									_
17												_
18		Т	Т									$\perp$
19		Т	Т									$\perp$
20		Т	Т									_
21			T									$\perp$
22	-	Т	Т									1
23		Т						1				_
24												1
25		Т										
26												
27												



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 02

Hoja: 14 de 18

### **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: mas	culino ( )	femenino ( )	Cama:		
Servicio: Clínica:				Tiempo quirúrgico estim	nado:	
Fecha de Solicitud:	dia mes		año	Hora Solicitud:		
Fecha de Programación:	dia	mes	año	Recibe Solicitud:		
Fecha de la Cirugía:	dia	mes	año	Hora de Recepción:		
Electiva ( ) U	rgencia ( )	EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si)	( no )	
Durante la Operación se i	requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los servicios de:			
Nombre y firma de quien	recibe la solic	itud:	Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV.			
			Anestesia: General ( ) Local ( ) Regional ( )			
Médico	Solicitante		Méd	dico Jefe de la División		
_						
F	irma	I	Firma			
Nombre		Cédula Profesional	Nombre Cédula Profesional			
Diagnóstico Preoperatorio	):		Diagnóstico Postoperatorio:			
1			1			
2			2			
3			3			
4			4			
Operación Planeada:			Operación Realizada	a:		
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:			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 Ci	irugía:Anestes	ia:	
Pausa Quirúrgica SI ( )	NO ( ) SI	( ) NO( )		irugía:Anestes		
Gasas SI()	NO ( ) SI	( ) NO( )		-5.0.		
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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# TERAPIAS PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



Rev. 02

Hoja: 15 de 18



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:	Frecuenci	a Cardiaca:	por minuto			
Peso:Kgs.	Frecuenci	a Respiratoria:	por minuto	Tensión Arterial:	_/ mmHg	
Talla:Kgs.	Saturació	n de Oxigeno:	%	Temperatura:	_ <del>°</del> C	
Fecha y hora de elaboració	n de la Not	a Postoperatoria:				
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:			Incidentes: (SI (NO) Espedfique:			
Descripción de la Técnica C	uirúrgica:	<u> </u>				
bescripcion de la recinea e	(dirurgicu.					
Hallazgos Transoperatorios	:					
Estudios Transoperatorios y	/ Resultado:	s:				
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable ( ) Inestable ( ) Fallecido ( ) Comentarios:						
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:						
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( )						
Comentarios:	( )					
Elabor	rado por:			Responsable de la ciru	gía	
	Firma			Firma		
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional	
Nombre		Cedula Profesional		Nombre	Cedula Profesional	

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 02

Hoja: 16 de 18

### 10.3 HOJA DE REQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA

SIDO A	SALUD	gea
TO THE PERSON NAMED IN	SECRETARÍA DE SALUD	hospital

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

<u>REQUISIO</u>	<u>IÓN DE IN</u>	<u>ISUMOS PARA EVENTOS D</u>	E URGENCIA		
Fecha: 25/11/2021		No. de requisición:			
Nombre completo del pacient	te:				
Fecha de nacimiento: _	Sexo:_	Edad:			
No. De Registro:					
Diagnóstico: Procedimiento (médico, quire Fecha de procedimiento:	úrgico o clí	ínico) a realizar:			
Médico Tratante:			Firma		
Adscripción: MÉDICO ADSCR GINECOLOGÍA & OBSTETRIC		COLOGÍA Y OBSTETRICIA	Especialidad:		

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

evente at	urgencia.			
No. de	Clave	Descripción detallada	Unidad	Cantidad
partida			de	solicitada
			medida	
1		MONITOR SONY GRADO MEDICO		1
2		FUENTE DE LUZ XENON		1
3		ENDO-CÁMARA		1
4		GRABADOR QUEMADOR		1
5		BOMBA HAMOU		1
6		GENERADOR BIPOLAR		1
7		RESECTOSCOPIO PRINCESS 7MM		1
8		ÓPTICA PANOVIEW PRINCESS RICHARD WOLF		1
9		RESECTOSCOPIO RICHARD WOLF:		1
		-Camisa interna 22.5FR		
		-Camisa externa 24.5FR		
		-Camisa interna 21FR		
		-Camisa externa 21FR		
		-Elementos de trabajo		
		-Oburador 21FR		
		-Cable bipolar resector		
10		INSTRUMENTAL:		1
		-Electrodo ASA corte 21FR	60	

Calsada 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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



Rev. 02

Hoja: 17 de 18



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

IEFE 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 PUBLICO (LAASSP), ASI COMO A LO ESTABLECIDO EN LOS OFICIOS CCINSHAE-DGCHFR-1908-2020, DGPYP-1727-2020 Y CCINSHAE-DGCHFR-1923-2020, ASI COMO AL NUMERAL 21 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.

LO ÂNTERIOR 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.

L- 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:

Calsada 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





#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

**ged**hospital

Rev. 02

Hoja: 18 de 18



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

- \$	C(
- L	a forma de pago será a los 20 días naturales máximo contados a partir de la entrega de la factura respectiva que
со	ntenga los bienes efectivamente recibidos y aceptados por el hospital, contando con la evidencia de entrega en el área
re	quirente 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

Calsada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México Tel: (55) 4000 2000, ext. 0000 y 0000, www.gob.mx/salud/hospitalgea

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### ged hospital

Rev. 0

Hoja: 1 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

## 3. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## ged hospital

Rev. 0

Hoja: 2 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

#### 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 preoperatoria 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 intrahospitalarias.
- 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### ged hospital

Rev. 0

Hoja: 3 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

- 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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# ged

Rev. 0

Hoja: 4 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

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.

#### **PROCEDIMIENTO**



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### Procedimiento de Cirugía Segura

### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de	1	Envía al paciente al área de quirófanos.	Hoja Cumple-Adelante
Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería	2	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTE INTRAHOSPITALARIO	Hojas de enfermería
Clínica)	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	12	Realiza Hoja Pre-operatoria	Hoja Pre-operatoria
(Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos	13	Recibe al paciente en la sala quirúrgica y verifica que sea el paciente correcto	Lista de Verificación de seguridad en la cirugía
Médicos)	14	Coordina de acciones con el médico anestesiólogo para iniciar el evento.	Hoja PRIO
	15	Realiza el Marcaje Quirúrgico	
		¿Marcaje quirúrgico es correcto?	
	16	No: Verifica nuevamente en el expediente clínico y	

#### **PROCEDIMIENTO**



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### Procedimiento de Cirugía Segura

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
		en la Hoja PRIO el procedimiento quirúrgico programado, regresa a la actividad 12	
	17	Si: Solicita pre-medicación profiláctica en caso de que el paciente lo amerite	
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	19	Realiza la Confirmación de datos previa a la Inducción Anestésica o a la aplicación de anestesia regional.  Aplica el procedimiento de anestesia acorde con la	Lista de Verificación de seguridad en la cirugía Hojas de Anestesia
Anestesia)	10	intervención a realizar	·
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de	21	Realiza tiempo fuera, para verificar datos de seguridad del paciente.	Hoja PRIO Indicaciones Médicas
Divisiones y Departamentos	22	Realiza Intervención Quirúrgica	
Médicos)	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	28	Revierte el proceso anestésico	
Anestesia y Terapia (Jefe de División de	29	Valora al paciente en conjunto con el médico tratante para el traslado	
Anestesia)		¿El paciente está en condiciones para ir a sala de recuperación?	
	30	No: Valora si es necesaria alguna re-intervención	

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### **PROCEDIMIENTO**

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### Procedimiento de Cirugía Segura

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	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

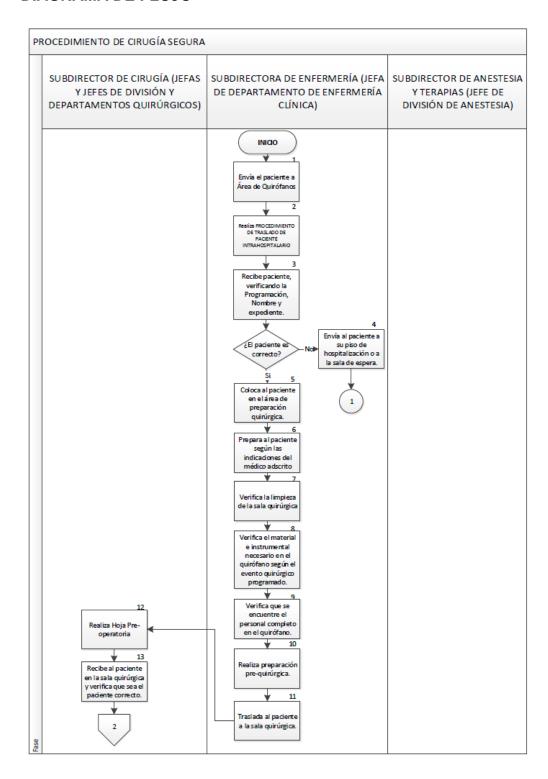
Procedimiento de Cirugía Segura

### ged hospital

Rev. 0

Hoja: 8 de 19

#### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



## SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

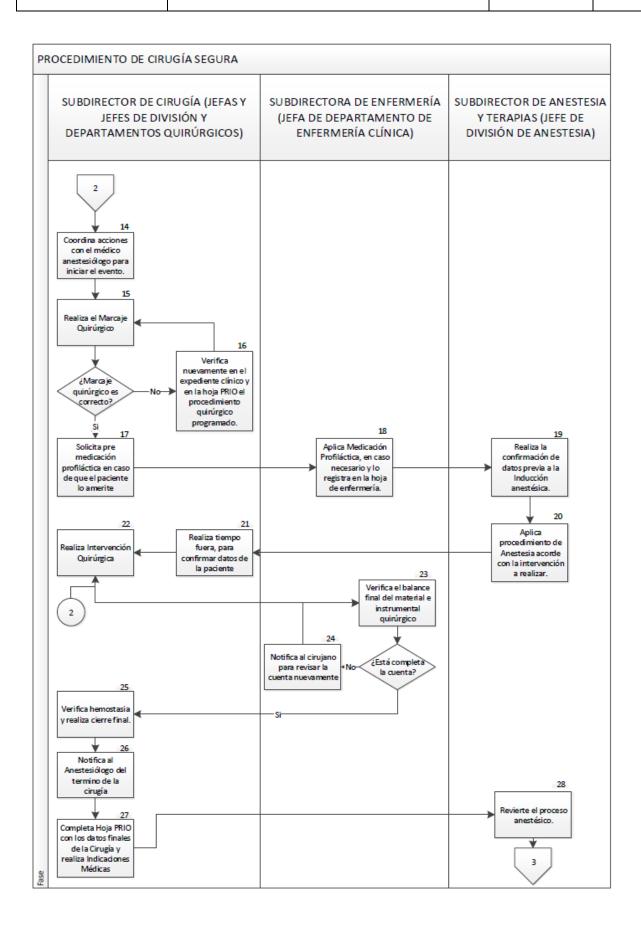
#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# ged

Rev. 0

Hoja: 9 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura



## SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

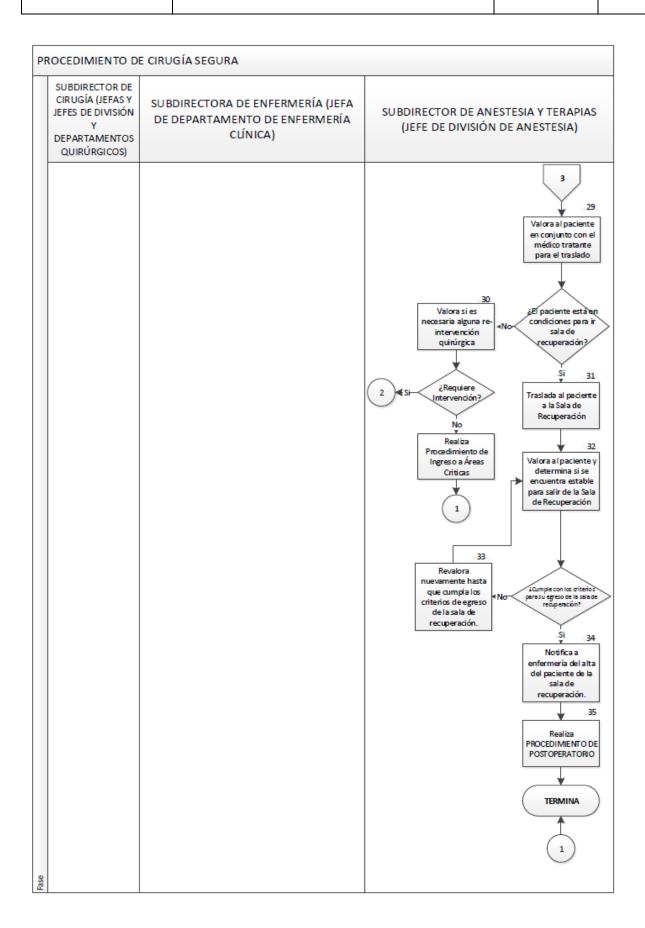
#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## ged hospital

Rev. 0

Hoja: 10 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura





#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### Procedimiento de Cirugía Segura



Rev. 0

Hoja: 11 de 19

#### 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 instruméntales 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> <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>		



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## ged hospital

Rev. 0

Hoja: 12 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

Se actualiza el diagrama del procedimiento
<ul> <li>Se agregan documentos de referencia</li> </ul>
<ul> <li>Se agregan definiciones en el glosario</li> </ul>
Se agregan anexos

#### 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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 13 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

## 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)

Vombre del paciente: Servicio: Servicio:	Fecha de nacimient	D:
idad: No. Registro: Servicio: Cirugia de urgencia (SI) (NO) Cirugia programada (SI) Cirugia Proyectada: Médico Trat	I) (NO) Cirugia ambulatoria	(SI) (NO)
<ol> <li>¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimi registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]</li> </ol>	(51)	(NO)
<ol> <li>¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le [Preguntar directamente al paciente)</li> </ol>	va a realizar? (SI)	(NO)
<ol> <li>¿El sitio de la cirugia fue previamente marcado con u [Inspección visual]</li> </ol>	(51)	(NO) (N
<ol> <li>¿Se tiene listo el material específico requerido para la [Prótesis, mallas, etc.]</li> <li>Este punto se revisara en el quirófano</li> </ol>	cirugia? (SI)	(NO) (N
<ol> <li>¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimier Este punto se revisara en el quirófano</li> </ol>	(51)	(NO)
<ol> <li>¿Cuenta con carta de consentimiento informado para quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos?</li> <li>[Verificar su lienado correcto)</li> </ol>	procedimiento (SI)	(NO)
<ol> <li>¿Cuenta con carta de consentimiento informado para anestésico con nombre y firma de ambos testigos?</li> <li>[Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3</li> </ol>	(51)	(NO)
<ol> <li>¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades o depenerativas)</li> </ol>		(NO) (N
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(51)	(NO)
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(51)	(NO)
<ol> <li>¿Cuenta con indicaciones pre quirurgicas?</li> <li>[No aplica en cirugía ambulatoria)</li> </ol>	(51)	(NO) (N
<ol> <li>¿Cuenta con exámenes de laboratorio? (Vigencia máxima de tres meses)</li> </ol>	(51)	(NO)
<ol> <li>¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres mese ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?</li> </ol>	(SI) (SI)	(NO) (N (NO) (N REQU
SI NO SE CUMPLE CON ALGUND DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL CRUGIA. SOLO EL IFFE DE QUIROPANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRU Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica i	IGIA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRE	50.

LICENCIA SANITARIA 1014004678

## SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### ged hospital

Rev. 0

Hoja: 14 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

#### 10.2 HOJA PRE-OPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	aea
SERVICIO:		hospital
NOMBRE COMPLETO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:SEXO:	No. EXP:	
	_F.RTEMP:PESO:	
FECHA DE LA CIRUGÍA:	FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN:	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
RESGO QUIRORSICO.		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATO	ORIO:	
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PO	DRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO	DE VERIFICACIÓN
PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓ	N PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFES	SIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFES	SIONAL DEL MEDICO RESPONSABLE:	
1		I

LICENCIA SANITARIA 101 4004673



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## Procedimiento de Cirugía Segura

ged hospital Rev. 0

Hoja: 15 de 19

#### 10.3 HOJAS DE ENFERMERÍA

			GRESO						EGRES	OS	
HORA	LIQUIDOS	ORALES		LIQUI	DOS PARE!	TERALES					
	CANTIDAD	TIPO		CANTIDA	۵	TIPO	ORINA	VOMTO	SUCCION	OTROS	CODIGO DE EVAC
			_								
							_				
			_				_				
			-								
OTAL 7 HORAS							_				
OMETHORS							_				
			_								
			-								
TOTAL 6 HORAS											
			-				_				
			-				1				
			-								
							_				
							_				
TOTAL 11 HORAS							_				
TOTAL 24 HORAS	$\vdash$		_		_					$\vdash$	
OTAL DE INGRESO					TOTALD	E EGRESOS 24 HORA	3		BALANG	ETOTAL	
ORA MINION	PREC.CARD	FREE RES	EW	CION TIA	PERMETROS	OBSERVACION	ES DE ENFER	MERIAPRE-TR	NANS Y POSQU	RURGICAS INI	<b>MEDIATAS</b>
_						-					
MERSY FRAM. ENF. PRISCIP	NOMESSYPE	NAME TOROL	No.	ST RIMARIA	#CIR	1					
						<b> </b>					
						1					

200									MAL														
ycu				PI	AN I	"L NTE	R. N GRA	ANL L DE	LCL	JIDAI	GON DO F	ZÁLI DE EI	EZ" NFFI	RME	RÍA								
hospital						HOM	DER	EGIST	ROSE	EENF	ERME	RAC	INCA						NA		ES	I AI	NO.
																		-	NA.	M	-	A	
NOMBRE: FECHADE NACIMIEN	TO:								Ma	ED/	D:_			SĐ	(0:	Ma	DEC	_					_
DIAS DE ESTANCIA:									FEC	HA D	E IN	GRES	iO:			- NO	REC						
SERVICIO:												2:_											
DIAGNOSTICO 1:									ALE														
TRASLADO A: F.C. Sp02 T.C. 8	La	T 40	11	1 40				140		RA DE			-	Las	Las				GRE				7
170 100% 41		10	- 11	14	10	14	10	10	17	10	19	20	41		23	24		-	3	-		6	-
160 98% 150 96% 40														=									
140 94%	-	-	-			_	-	$\vdash$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	$\vdash$	-	$\vdash$		$\vdash$
130 92% 39																							
120 90% 110 85% 38	$\vdash$	$\vdash$	-			_	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	$\vdash$	-	$\vdash$	_	Н
100 80%																							
90 75% 37 80 70%			-				$\vdash$	-	$\vdash$	$\vdash$	-	$\vdash$	-	-	-	-	-	-		-	$\vdash$	_	Н
80 70% 70 65% 36																							
60 60% 50 <50% 35	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	-	-	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$
TENSIÓN ARTERIAL /	7	7	7	7	7	7	/	/	/	/	/	/	7	/	7	7	/	/	7	7	/	7	Т
PAM	<b>_</b>	Ĺ	Ĺ					Ĺ	Ĺ	Ĺ	Ĺ	Ĺ	r	r	ľ	ľ	r	Ĺ	ľ	Ĺ		_	
FREC. RESP. PVC	1	F	1	F	F	F	F	F	F	F					Г				1			F	F
C. TEMP.																							
GLUCOMETRAS CETONURAS	$\vdash$	$\vdash$	+				-	-	$\vdash$	$\vdash$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			H
CETONURIA GLUCOSURIA																							
GLUCUSURIA	SOL	HCI	ONE	S PA	REN	TER	ΔIF	SV	FLF	MEN.	TOS	SAN	GII	NEO	S	_	_	_	_	DXP	BEOF	ERATO	BIO
TURNO MAT				_					RTIN							DCTU	JRN	0					
																				DX F	0901	ERAT	ORIO
																			_		_		_
				_							_								_			TORIO	
																				NME			
																				DASOE	POSOF	SRADO	
																				SCHEA	a Y D FEA	IAE 9	
				_							_	_							_	_			_
	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
								_					_	_			_	_			_		_
TOTAL 8 HRS.				TOT/	VL 8 H	RS.					ML	TOTA	L81	RS.			_		ML				
MEDICAMENT	ros		DO	SIS				HC	RAF	OIS					NEO		on	M.	PA	DE NT CO	IA.	OTT	IAG
														_	_	=							
	_	_	_	-	_	_	_	_	_	_	_	_	_			_	_	_	-	_	_	_	-
														_	_	=							
				$\dashv$	_	_	_	_	_	_	_	_	-	=	=	-		_	$\vdash$	_	_		_
																$\overline{}$							
<b></b>		_	$\vdash$	$\dashv$									-	_	_	_	-		$\vdash$			_	_
														=	_	_							
														_	_	=							
		$\dashv$	$\vdash$	$\dashv$	_	_	_	_	_	_	_	_	-	_	=	_		_	$\vdash$	_	_	_	_
														=	_								
		_		-1									-1	_					F		_		_
		-		$\dashv$									-	=	_	_							
96-01-0049							Coho	do do	Naban	4900.1	04 04	ool do N	As .	_		_	_		_			_	

NEC ESID AD ES	1*	2*	3*	N ECZE SICA CES				
M VEL DE CONCIENCIA				HIGINEY WALGRACIÓNDELAPIEL	1*	2*	3*	DIETA
ALERTA				ES DEPENDIENTE PARAEL BAÑO				TIPO DE DIETA/ MÉTODO
LETARGIA / CENUBLADO		$\overline{}$		PIEL LIMPIAE HERATICA				1
ESTUPOR / COMA				INTEGRIDADY COLOR		_	_	
SEDADO				I CTERI CIA Y/O PALICIEZ		$\overline{}$	$\overline{}$	
OXISEMA CIÓN				BAÑO ESPONJA/REGADERA		$\overline{}$	$\overline{}$	
RESPIRACIÓN SIN ESPUERZO	T			SEGURIDADY PROTECCIÓN				
CI SPIEA				RIESGO DE AUTOLESIÓN				
TOS				SUJECIÓN				
SECRECIONES				VUINEWALE (RESCO		$\overline{}$	$\overline{}$	1
DIFICULTA DRESPIRATORIA				EVALUI ACIÓN PELCOLÓSICA		_	_	
ANV. CANULA OROTRA QUEAL, TRAQUEOSTOMA	/			ANSEDAD				
NEBILIZADOR	-			DEFFERIÓN	_			HORARIO
MASCAFILLA / CATETER MASAL	17	$\overline{}$	$\overline{}$	CUIDADOS ESPECIALES		_	_	VOLUMBIRESCUAL
a riculación		_		WAARRA	_	HORA		TORLNGSREO
EDEMA HEHEROS TORACICOSTELATOS	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$	ASP INACIÓN DE SECRECIONES				TIPO DE DIETA/MÉTODO
LIENADO CAPILAR (1)	_			LAVA DO BRONQUIAL				
нитиском		_	_	PSCTERATA PULICINAR			-	l
AMBO	$\overline{}$			DREWA E POSTURAL			-	l
ES DEPENDIE HTE PARALAI NIGESTA	+			ELEPCICIOS RESPIRATORIOS			-	l
S NG ADERWACIÓN / PINTADA	$\rightarrow$	$\vdash$	$\vdash$	INCRONEBUUZACIONES	+			
GASTROSTOMA	$\vdash$			SOND AVE SICAL	_	ОВТЕК	_	
NUTRICIÓN PARENTERAL/ ENTERAL	+-	-	-	PERINEARLIDAD DE LA SONDA	_	~	Ĺ	1
TOLERANCIA LA VACINA.	$\overline{}$			FUACIÓN DE LAS CHIDA ACORDE AL SENO	_		-	
TOLEH ANCINALA WA CINAL MUCOS AS HORATANS	_			PENNS HOPELS	_		_	
	_				_		_	
DI FICULTA DI PARA DEGLUTTR				BOLSARECOLEC. POR DEBAJO DE LA CINTURA	_		_	
PERETATISMO				CARACTERÍSTICAS DELA CRIMA				HORARIO
NA USEAS				REFIERE CISURIA				VOLUMBN RESIDUAL
včerro				BOLSA RECOLECTORA RUA				TOTAL NIGHTEDO
ELMI MACIÓN				CATÉ TERPERFÉRICO I CENTRAL		CRE	2610	TIPO DE DIETA/ MÉTODO
DIAMREA (ESTREÑIMENTO		$\overline{}$	abla	SI TIO DE PUNCIÓN				
ESTOMA				MEN OS DE 72 HRS.				
CIURESIS ESPONTANEAT SONDA VESICAL	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$	EQUIPO DE INFUSIÓN<72 HRS.				
EKENA				EQUIPO DE INFUSIÓN LIBRE DE RESIDUOS				
CÓCICO DE EVACUACIONES				SONDAS Y ORIBIAJIES ESPECIALES		сятек		
BUCCIÓN				SCHOADE BALCHES/SN. YEYUNAL				
EVALUAÇÎN FUNÇIDAL		_	_	SNG O SOG ADERWACIÓN / PINZ	$\rightarrow$		$\vdash$	
POSTURA ADECUADA: DE PIE (S ENTADO	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$	SONDAPLEUR CYCHMAADERN /PINZ	1>		r	1
ADUYANCO HÖ DA JURANA ED				SONDACE CASTRO ACERN/ PINZ	1>	1	<u>اح</u>	
SE FATIGA FACILIMENTE	+			SONDATAGERN/PNZ	1	1	<u>اح</u>	
DE SCANSO Y SU EÑO		_		SCHOOLSE HEFROSTOMA ASSERTA (PINZ	+>	۲>	r	
SUEÑO NOCTURNO	т —			SONDA SUB RAPÚSICA DERIVI PINZ	1	K	<u>اح</u>	HORARIO
SUENO DI SCONTINUO	_			SCHOOLSE OS TOSTOMACIERN (PINZ	+>	r	<u>۲</u>	VOLUMBI RESCUAL
NSONIO NSONIO	_	_		CISTOCUSE	-		$\sim$	TOTAL NIGERADO
EVENTOS ORÍTICOS HORA	-							
TURNO MATUTINO			_	NOTAS DE ENFERMERÍA TURNO VESPERTINO		_		TURNO NOCTURNO
IUMNO MAIUTINO				I UMNO VESPERI NO				TOTAL NOCTORIO
			_			-		
			_			_		
			_			-		
			_			_		
			_			_		
			_					
						_		
·			I —			I —		·
			1			1		

- VEORIAL	~0 UE E	DUCACIÓN				ESCALA DE	EVALUACIÓN	4					
		ESCALAS DI				EOUALA DE	EVALUACIO	•	FRCA	LA DE CAM	pen:		
								ESCALAD	E EVALUACIÓ	N DEL DOL	ORY COR	II PORTAME	INTO NANGODE PUNTACIÓN
		ESCALA A		IGA-NUR			PARAPACIENTES	COH MPON SEL	DAD PARA COMI	MICARDEDE	FORMAES	POHTAHIA(I	EMISSON E PUNTACION
hetandon	e - a la ne				e un número en	tre 0 / nodo de		_				Accessed to the	Z Oefo Erckio de Rena I
dolor) y 10	el peor d	dor imaginal	(e) para	identificar	qué tanto dola	está sintiendo	Musclehin fr	nded .	Relajada	10.0	FERCACE	dekr ye	yic clarates parties
NACA DE DOL	on o	2 3	s	6 7	8 9 10	BL PROR DOLOR QUEEXISTE	Terquitie		ançuik, Rebjec elmlertas rorms	q Movi	indenica aca pietuć ylo ć		Movimiento e Necue etes, inc cali especi e alternidad
	Esc	ala de Ouc	her (3-	12 años	consciente)		Tono manadar* Hond Autu			Acres	etadol Flea de manca y	átote teta. Fo pes	Rigido
0 Sin dol			V .	1/2	12/	202	parties name garter			eju, kona, juříška oca	alcreles.	Careja, Boma, quejo graficas Brovenia	
2 Siente de dok	ado un por	uito    S	13	3 6	163	53 53	Control	ad	Confortable y/o tempulso	Se tra	mg Rosco wax Fikilio	n el tudo y lo le dutto er	Olikeli de codkrtir can i o habbladde
. Signite	un coco m		1	1			Puntus ción Esc	ata de Carnobe					
09 008	r ain más á	. \\ <u>~</u>	11-	/\~	/N ~ /N	~/\m/	*Encaso de les ** Puede serpo	ión medular o l	nemi plej le valo		eeno		
	aun masso mucho dal		1	//\	/I T		Rango	1		1-3: Dok		4-6: Dolo	
El dalo	es el peg	_	2	4	6	8 10	puntuad one	al sa manisowo	en3 omense.		ones en el		osta de Campbell : al
puede	imaginarse		жиси.							sa obligatorio			y observar his respu
TURNO	HOR	A VALORACI PLB	M HICH.		INTERVENC	ION	HORA	REVALOR	ACIÓN		•	OBSERVAC	IONES
HOA WITHOU									Т				
1970 1010													
100,000													
	_	_	_	_			_	_	_				
	1												
HICA HOCTURNO		_						_	-				
HOA HOCTURNO													
но к ностино													
	SCALA E	E BRADEN	Preven	nción de u	Iceas por pre	sión)		ESC	ALADEFUN VALORACIÓ	CIONALIDA ND EL EST	ADDECS	RICHTON (c L PACIENT	aridos) E
	_	1		2	,	sión) 4	Va	loración de	VALORACIÓ Il Riesgo	CION ALIDA N D EL EST	ADDE CR	LPACIENT	E ntuación
Е	zs		F			· ·		loración de Limitación	WALORACIÓ Il Riesgo fisica	CION ALIDA N D EL EST	ADDECS	LPACIENT	E ntuación 2
E wateau	ensorial n a la	1 Completement Institute		2 Muy imitada menudo	3 Ligaremente limitada Ocssionalmente	4 Sintimisciones		loración de Limitación Estadomental	WALDRACIÓ Il Ries go física alterado	NDEL EST	ADDECS	LPACIENT	E intuación 2 3
E Waterasi Percepdón S	ensorial n a la	1 Completement limiteds		2 Muy imkada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitaciones		loración de Limitación	WALDRACIÓ Il Ries go física alterado	NDEL EST	ADDECS ADD DES	LPACIENT	E ntuación 2
E www.asi	zs Sensorial n a la lad	1 Completement Imitade Constantement Hürrede		2 Muy imitada menudo rúmeda	3 Ligaremente limitada Occionalmente húmeda	4 Sinferitaciones Renemente húmeda	Tratamient	loración de Limitación Estadomental	WALDRACIÓ il Ries go física alterado o que implica	NDEL EST	ADDECS ADD DES	LPACIENT	E intuación 2 3
E wateau	zs Sensorial n a la lad	1 Completement Institute		2 Muy imkada menudo iúmeda	3 Ligeramente limitada Ocssionalmente húmeda	4 Sin limitaciones Ransmente húmeda	Tratamiento Problem	loración de Limitación Estadomental farmacológio	WALDRACIÓ Il Riles go física alterado o que implica o so ciscultura	NDEL EST	ADDECS	LPACIENT	entusción 2 3 2
E www.asi	zs Sensorial n a la lad	1 Completament limitada Constantamen Húmeda Encamadoli	i A	Muy mitada menudo rúmeda En silia	3 Ligeramente limitada Cossionalmente húmede Deembula cossionalmente	4 Sinferitaciones Renemente húmeda	Tratamient: Problem	loración de Limitación Estadomental farmacológio as de idioma In continencia	WALDRACIÓ il Ries go fisica alterado o que implica o so ciocultura unharia	nDEL EST	ADDECS FADO DEI	LPACIENT	ntusción  2  3  2  1
E www.asi	zes Sensorial n a la lad	f Completament limiteds Constantement Húmeda Encarmadoá	i A	Muy mitada menudo úmeda En silia	3 Ligeramente limitada Cossionalmente húmede Deembula cossionalmente	4 Sinferitaciones Renemente húmeda	Tratamiento Problem Defic	lioración de Limitación Estadomental farmacológio as de idioma Incontinencia it sensorial (a	VALORACIÓ Il Ries go fisica alterado o que implica o sociocultura unharia uditivo, visual)	nDEL EST	ADDECS	LPACIENT	Entución 2 3 2 2 1
E variates Percepción S Exposición Humed	zes Sensorial n a la lad	1 Completament limitada Constantamen Húmeda Encamadoli	i A	Muy mitada menudo rúmeda En silia	3 Ligaremente limitada Occionalmente húmeda	4 Sin limitaciones Rammente húmeda Deembule frecuentemente	Tratamient Problem Défici	lioración de Limitación Estadomental farmacológico as de idioma In continencia it sensorial (as arrollo psicom	MALORACIÓ di Rúes go física alterado o que implica o sociocultura urinaria uditivo, visual) otriz 0.5 años	ndel est	ADDE CR	LPACIENT	E
E variates Percepción S Exposición Humed	es Sensorial n a la lad ad	f Completament limiteds Constantement Húmeda Encarmadoá	i i A	Muy mikada menudo rumeda En silia Muy imikada	3 Ligeramente limitada Cossionalmente húmede Deembula cossionalmente	4 Sin limitaciones Rammente húmeda Deembule frecuentemente	Tratamient Problem Défici	lioración de Limitación Estadomental farmacológio as de idioma Incontinencia it sensorial (a	MALORACIÓ di Rúes go física alterado o que implica o sociocultura urinaria uditivo, visual) otriz 0.5 años	ndel est	ADDECS ADO DE	LPACIENT	E
E variation of the state of the	essensorial n a la la ad ad	1 Completament limitede Constantemen Hümede Encamedod Completamen inmövil	i i A	May mitada menudo timeda En silia May imitada sibi emente ad ecuada	3 Ligeramento Smitad a Ocsalonalmento húmeda Deambula cossionalmento limitado Adecuada	4 Sin limitaciones Romanente húmede Disembulle fisicularitemente Sin limitaciones Ecoslembe	Tratamient Problem Défici	lloración de Limite dón Estadomental farmacológio as de idoma in continencia it sensorial (a arrollo psicom sin factores d Total	VALORACIÓ  Il Ries go  fisica alterado o que implica osociocultura unharia utitivo, visu al) stric 0-5 años e ri esgo evido	niesgo les	ADO DEI	Pu	E ntusción 2 3 2 2 1 1 2 2 1 1 15
E WARANI Percepción S Exposició Humed Activid Movilid Nutridi	in a la l	1 Completament limitede Constantemen Hümede Encamedod Completamen inmövil	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	May imitada merudo rimeda En silia May imitada May imitada sati emente adecueda inoblema inob	3 Ligara menta limited a Cossionalmente hómeda Desmituda cossionalmente Ligaramente limiteda Adecuarda No sold e pathlema	4 Sin limitaciones Represente húmede Deembule fescuentemente Sin limitaciones Excelente	Tratamient Problem Défici	Limitación de Limitación Estadomental o farmacológico as de I dioma In continencia à sensorial (a l arrollo palcoma sin factores de Total	VALORACIÓ di Ries go fisica alterado o que implica osociocultura urinaria utitat 0-5 años e riesgo evide	niesgo les	ADO DEI	Pu	E ntusción 2 3 2 2 1 1 2 2 1 1 15
Perception S  Exposición S  Exposición Humed  Activid  Movilid  Nutrici	in a la l	1 Completement limiteds Constantement Horselds Encamaded Completement inmbill May potre Problema	i i A A h	Muy mitada menudo júmeda En alla Muy imitada Muy imitada soblemente ad ecuada	3 Ligeramento Smitad a Ocsalonalmento húmeda Deambula cossionalmento limitado Adecuada	4 Sin limitaciones Romanente húmede Disembulle fisicularitemente Sin limitaciones Ecoslembe	Tratamiento Problem Defic De sa Paci entes	loración de Limitación Estadomental o farmacológico as de i dioma Incontinencia à sensorial (ar arción paccora sin factores d Total Est.	VALORACIÓ di Ries go fisica al terado o que implica osociocultura unharia unharia unharia unharia unharia unharia	ndes est	ADO DEI	Pu	E ntusción 2 3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15
Percepción S Exposición Humed Activid Movilled Nutridi Roce y Pel Lesion Puntuad former	in a la la lad lad lad lad lad lad lad lad	1 Completement limitate Initiate Constantement Homeda Encamadod Completement Inmbill Muy pobre Problema	I Problem	Muy imitada menudo rúmeda En silia May imitada Modernanta sidenant	3 Ligaramente sintada Cossionalmente hómeda Desembula cossionalmente Ligaramente sintada Adecuada No salda poblema quescia	4 Sin limitaciones Represente húmede Deembule fescuentemente Sin limitaciones Excelente	Tratamionic Problem Défic De sa Pacientes	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma Incontinencia Exercición Exercición Total Exercición Estadomental Estadome	VALORACIÓ di Ries go fisica al terado o que implica osociocultura unharia unharia unharia unharia unharia unharia	niesgo	ADO DEI	Pu	E ntuación 2 3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 5005 COORGO
Percepción S Exposición Human Activió Movilió Nutrici Ricce y Peli Lesiciónnes Purtusiónnes	in a la lad lad lad lad lad lad lad lad la	1 Conplitament limiteds Constantement Hümeds Encamedod Encamedod May pobre Problema	i i Al	Muy imitada menudo idmeda En salta mante de cuada menuto ad cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Pisego Mode Moderna Modern	3 Ligaramente sintada Cossionalmente hómeda Desembula cossionalmente Ligaramente sintada Adecuada No salda poblema quescia	4 Sin limitaciones Represente húmede Deembule fescuentemente Sin limitaciones Excelente	Tratumiento Problem Difficion Deservices Pacientes Net/10 Rid Mediano	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de i doma Incontinencia is sensorial (a la arrollo paicom sin factores d Total Est. Estago Rileago	VALORACIÓ di Ries go fisica al terado o que implica osociocultura unharia unharia unharia unharia unharia unharia	niesgo les Lesanos Lesanos Lesanos S a 15	ADO DEI	Pu	### ##################################
Percepción S Exposición Humad Activid Movilid Nutridi Ricce y Peli Lución mer Purtusdón total	in a la l	1 Completament liefsteld Constantement Hümede Encamadod Encamadod May pobre Problema 13- 15- 15- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19	Fob Indian	Muy imitada menudo rúmeda En silia May imitada Modernanta sidenant	3 Ligersmerte Emitade Cossionaterete Infraede Cossionaterete Infraede Cossionaterete Infraede Adecuada Hic selde poblems geante	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratamian to Problem P	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	WALDRACIÓ di Rises go física afterado o que implica osociocultura unharia unharia unharia unharia unharia unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposició Humad Activió Movilid Nutridi Rioce y Peli Lesione Purkusó instal Tuttero	in a la lad lad lad lad lad lad lad lad la	1 Completament liefsteld Constantement Hümede Encamadod Encamadod May pobre Problema 13- 15- 15- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19- 19	Pot Ini	Muy imitada menudo idmeda En salta mante de cuada menuto ad cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Pisego Mode Moderna Modern	3 Ligaramente sintada Cossionalmente hómeda Desembula cossionalmente Ligaramente sintada Adecuada No salda poblema quescia	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratumiento Problem Difficion Deservices Pacientes Net/10 Rid Mediano	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de i doma Incontinencia is sensorial (a la arrollo paicom sin factores d Total Est. Estago Rileago	VALORACIÓ di Ries go fisica al terado o que implica osociocultura unharia unharia unharia unharia unharia unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	ADO DEI	Pur	E
Percepción S Exposición Humad Activid Movilid Nutridi Ricce y Peli Lución mer Purtusdón total	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo idmeda En salta mante de cuada menuto ad cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Pisego Mode Moderna Modern	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratamian to Problem P	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposició Humad Activió Movilid Nutridi Rioce y Peli Lesione Purkusó instal Tuttero	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo idmeda En salta mante de cuada menuto ad cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Pisego Mode Moderna Modern	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratumient Problem  Defic  De si Pacientes  Pacientes  Mediano  Bajo R  TURNO	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposició Humad Activió Movilid Nutridi Rioce y Peli Lesione Purkusó instal Tuttero	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo rúmeda En salta mante de cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratumient Problem  Defic  De si Pacientes  Pacientes  Mediano  Bajo R  TURNO	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposició Humad Activió Movilid Nutridi Rioce y Peli Lesione Purkusó instal Tuttero	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo rúmeda En salta mante de cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratement Problem Design Design Pacientes Pacientes Metolino Bajo R TURNO MATUTINO	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposición Humado Activió Movilid Nutridió Ricce y Peli Lesion Purius d'ontest Tuttero MATUTINO	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo rúmeda En salta mante de cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratumient Problem  Defic  De si Pacientes  Pacientes  Mediano  Bajo R  TURNO	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE
Percepción S Exposición Humado Activió Movilid Nutridió Ricce y Peli Lesion Purius d'ontest Tuttero MATUTINO	in a la l	1 Conplatament Institute Constantament Homeda Encamadoli Encamadoli Muy potre Problema 153- 154- 155- 156- 156- 156- 156- 156- 156- 156	Pot Ini	Muy imitada menudo rúmeda En salta mante de cuada moderna totancial Ato Risego Mode Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna Risego Moderna	3 Ligersmerte Emitade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Consistente ete Initade Adecuada Hic salde pablem gasede	4 Sinishicone Formerés hómde Dismisse Sinishicone Grosetamete Grosetamete Broseta	Tratement Problem Design Design Pacientes Pacientes Metolino Bajo R TURNO MATUTINO	loración de Limitación Estadomental Farmacológio as de idoma In continencia à sensorial (a: arrollo palcom sin factores d Total Estago Rilesgo iessgo	MALORACIÓ di Ries go física afterado o que implica osociocultura unharia	niesgo les  Lanabol unitos 8 a 15 3 a 7 1 a 2	DE NIESO	Pur	E ntusción 2 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 1 5 Mag CODIGO ROJO AMARILLO VERDE



aea

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 0

Hoja: 16 de 19

#### 10.4 HOJA "LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA"

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

hospital	STA 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					
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA					
EL PACIENTE HA CONFIRMADO SU DENTIDAD EL SITIO QUIRRIGICO EL PROCEDIMIENTO SU CONSENTIMENTO SU CONSENTIMENTO MARCADO DEL SITIO QUIRRIGICO NO PROCEDE SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ¿TIENE EL PACIENTE: ALERGAS CONOCIDAS? IL RIGGO DE ASPRACIÓN? VIA ÁFRA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPRACIÓN? VIA ÁFRA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPRACIÓN? VIA ÁFRA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPRACIÓN? NO SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y BUJIPO / A MUDA DISPONIBLE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 MUNG EN NÍOS)? NO SI SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO YLÍ QUIDOS ADAGRE HEMODERIANDOS DISPONIBLES	CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAMAN PRESENTADO POR SUN DAMBRE Y FUNDON  ENTRE EL CIRILJANO, AMESTESÍOLOGO Y ENTERMERÍA COMENAM YERRA JAMENTE: (Time Out/Tempo Furra)  LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EL SITIO QUIRÚRRICO EL PROCEDIBINETO A REALIZAR  PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS  EL GIRUJANO COMENTA: LOS PASO CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DEL A OPERACIÓN Y LA REPOIDAD ES AMORE PREVISTA  EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA LOÚN PROBLEMA ESPECIFICO  EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REMSA: 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  CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS  ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS « OS MINUTOS?  NO PROCUED	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBAL MENTE CON EL EQUIPO QUIRDIRICIO  EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO  QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESA Y AGUJAS SEA CORRECTO.  LA IDENTIFICACIÓN Y LE LITUJUETADO DELAS  MUESTRAS (QUE FIGUIRE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS  EL CIRLUANO, EL ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE EN ERMERÍA COMBINAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUEPRACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (ELEM PLAN ANALGESIA, PROFILANS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)  ¿EXISTERON EVENTOS ADVERSOS?  NO SI REPORTE DEL EVENTO ADVERSO					
NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO Y CED. PROF.	DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?  SI NO PROCEDE  NO MBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.	NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.					

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

Licencia Sanitaria 1014004673 06-02-0289



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## hospital

Rev. 0

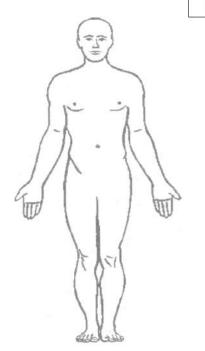
Hoja: 17 de 19

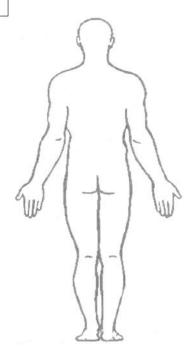
### Procedimiento de Cirugía Segura



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"









#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 18 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura

#### 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 Pacient	te:			Registro:			
Fecha de Nacimient	to:			Peso:			
Edad:	Sexo: ma	sculino ( )	femenino ( )	Cama:			
Servicio:		Clínica:		Tiempo quirúrgico estimado:			
Fecha de Solicitud:	dh	mes	año	Hora Solicitud:			
Fecha de Programa	ción: 😘	mes	año	Recibe Solicitud:			
Fecha de la Cirugía	: dia	mes	año	Hora de Recepción:			
Electiva ( )	Urgencia (	) EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si) (no)			
Durante la Operacio	ón se requiere:						
Instrumental:	·		Colaboración de lo				
Nombre y firma de	quien recibe la soli	citud:	Riesgo Quirúrgico: Anestesia: Genera	I. II. III. IV. Il ( ) Local ( ) Regional ( )			
M	édico Solicitante		Mé	dico Jefe de la División			
	Firma			Firma			
Diagnóstico Preope		Cédula Profesional	Diagnóstico Postop	Nombre Cédula Profesional			
1	ratorio:		1				
2			2				
3			3				
4			4				
Operación Planeada	1:		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:			Difermimiento de C	irugía: (si) (no)			
Circulante:			Motivo debido a: Paciente ( ) Institución ( )				
Anestesiólogo:			Especifique:				
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio Pr	evio al Término	Hora de inicio C	irugía:Anestesia:			
Pausa Quirúrgica S	I() NO() 5	SI( ) NO( )		irugía: Anestesia:			
Gasas S	I() NO() 5	SI( ) NO( )		- areatesta.			
Compresas S	I() NO()	SI( ) NO( )	Sangrado (ml):	ml.			
Instrumental S	I() NO()	SI( ) NO( )	Transfusiones: (SI)	( NO )ml.			
Punzocortantes S	I() NO()	SI( ) NO( )	Balance Hídrico:	ml.			

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

### ged hospital

Rev. 0

Hoja: 19 de 19

#### Procedimiento de Cirugía Segura



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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Sexo: ma	sculino ( ) fe	emenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuenci	a Cardiaca:	por minuto		
Peso:Kgs.	Frecuenci	a Respiratoria:	por minuto	Tensión Arterial:	_/ mmHg
Talla:Kgs.	Saturació	n de Oxigeno:	%	Temperatura:	_ <del>°</del> C
Fecha y hora de elaboració	n de la Not	a Postoperatoria	:		
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:			Incidentes: (SI (N Espedfique:	NO)	
Descripción de la Técnica C	uirúrgica:				
Hallazgos Transoperatorios	:				
Estudios Transoperatorios y	/ Resultado	s:			
		-			
Estado Postquirúrgico Inme Comentarios:	ediato: Esta	able ( ) Ine	estable ( ) Fa	allecido ( )	
Plan Manejo y Tratamiento	Postoperat	orio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Comentarios:	Malo ( )				
Elabor	rado por:			Responsable de la ciru	gía
ı	Firma	1		Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO



Rev. 0

Hoja: 1 de 12

#### 4. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## ged

Rev. 0

Hoja: 2 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

#### 1. PROPÓSITO

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

#### 2. ALCANCE

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

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

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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## gea

Rev. 0

Hoja: 3 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

- 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 La 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.

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

ged hospital Rev. 0

Hoja: 4 de 12

#### **PROCEDIMIENTO**



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

## 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo.	paciente
		¿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	
Subdirectores	5	Asigna otra categoría	
Médicos (Servicio Emisor- Médicos		¿El paciente es diferente a Categoría 2?	
adscritos o residentes de más	6	No: Elabora hoja de traslado seguro del paciente.	
alto rango)		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	

#### **PROCEDIMIENTO**



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

#### PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	9	Elabora la hoja de traslado seguro del paciente para el traslado.  Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el	
		traslado.	
	11	Solicita el apoyo al personal de inhaloterapia.	
	12	Acude al servicio emisor para el apoyo de la movilización del paciente	Hoja de traslado seguro del paciente
Subdirectora de	13	Verifica hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor.	
Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica		¿Está completa la hoja de traslado?	
y Camillería)	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.	
0.1.1	16	Recibe al paciente.	Hoja de traslado seguro del
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor)	17	Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor y receptor.	paciente
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

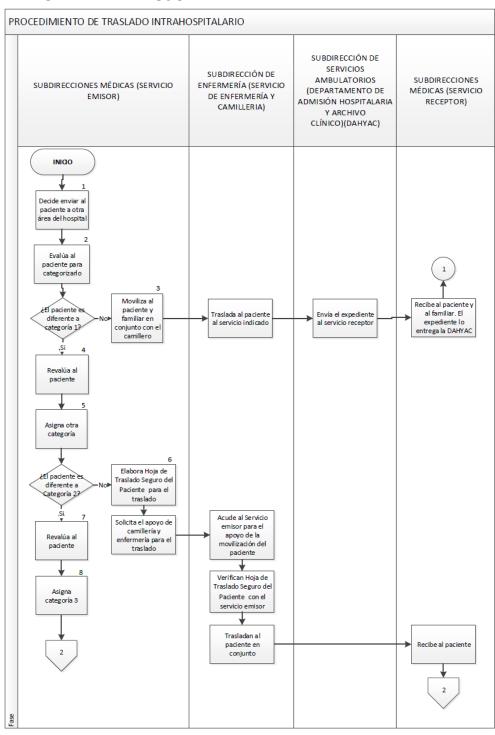


Rev. 0

Hoja: 7 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

#### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



# SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

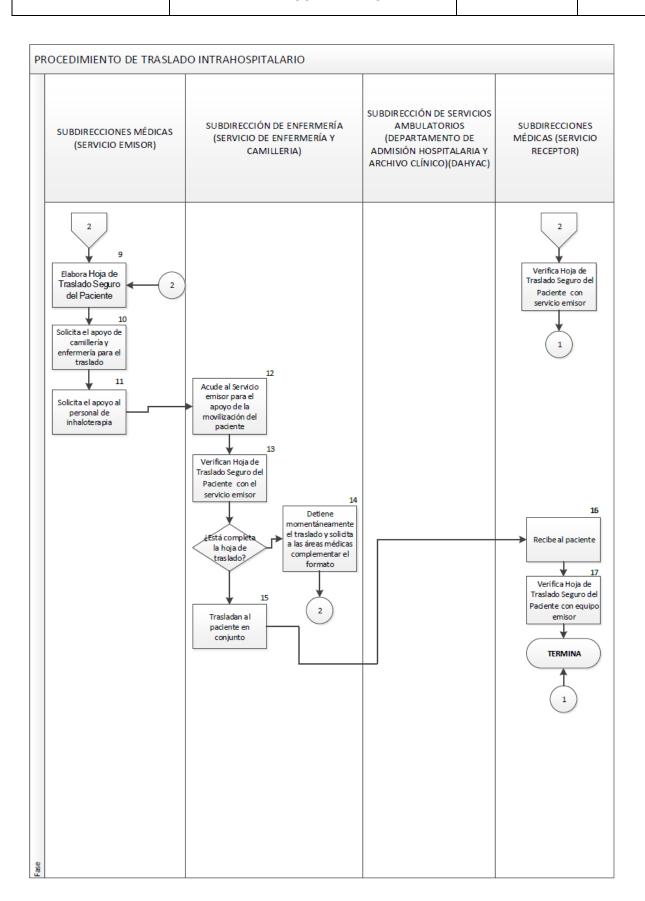
SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 8 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO





SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 9 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

#### 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.

### SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 10 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

- 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	No aplica

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 11 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

#### **10.1 LISTA DE COTEJO**

gea		Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE									
nospital		HOSA DE	IRAS		SEGO	KO DI		ACIENTE	Salida		
Nombre completo del paciente:  Servicio Soliditante:			Fecha de Nacimiento:				No. de Expediente:				
						-	Hora de Traslado:				
Servicio al que se traslada:			Diagnóstico:				-	Médico Tratante:			
Parametros Clínicos			Condición Clínica								
		Alliegaral									
	Antes del	servido de			Se a trea	and I	П	Umanata			
	traslado	traslado			ia 1 (Esta		Н	Urgente	H 1		
TA		$\longrightarrow$		Categor	ia 2 (Deli	cado)	╚	Programado			
SeO <sub>2</sub>				Categor	ia 3 (Gra	ve)		Hora Programada:			
FC		$\overline{}$		-							
Glasgow		$\overline{}$							_		
CIANGO											
							٦.				
Observacione	5:					1	Traslado				
								Intrahospitalario	$\sqcup$		
							1	Extrahospitalario			
							_	Camilla			
Lista de verif	carion				Envi	200	٦ .	Silla de Ruedas	H		
Lista de Veril	ICECION		-	***	Equi		-	Sille de Nuedes	$\Box$		
			SI	NO	NA Bate	ria/Alarma	4	Motivo de Traslado			
Ventilación mé		Disconnections	-	-	-		4	Interconsulta			
Inmovilización de paciente politraumatizado Tanque de Oxigeno Acceso Venoca: Venoclisis Bomba de Infusión			_	—	-	+	4		$\sqcup$		
			Catéter Central			4	Procedimiento Estudio Quiròfano	$\square$			
						4		$\square$			
				-	-		-	1.	$\sqcup$		
Aminas Sedestás Mass			-	—	_		$\dashv$	Hospitalización	$\Box$		
Sedación/Vaso		-	<del>                                     </del>	-		$\dashv$	Discour de Coide				
Monitor de Signos Vitales				-	-		-	Riesgo de Caida	$\overline{}$		
Oxímetro de Pulso			-	-	_		4	Alto Riesgo	H		
Maletín de Traslado*			-	$\vdash$	-		4	Mediano Riesgo Bajo Riesgo	H		
Expediente Clir Consentimient			-	+	+		Η .	sajo nesgo			
			+	$\vdash$	+		1				
Solicitud Comp	end.		-	┿	-		4		Damaro		
Ayuno Médico			-	+	+		-		Regreso		
Enfermera			-	+	-		Η .	Hora de Regreso al Ser	nido:		
Inhaloterapista			-	┿	-		4	name of heights of all set	mas.		
Camillero			-	+	+		-				
		igatorio "Maletin de	and delta	-	_		4				
NA« No Aplica.											
	-	mismas condicio	ones?	9		NC	)				
Explique Bre	vemente:										

## SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 12 de 12

## PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo del paciente - Anotar apellido paterno, materno y nombre (s). Ejemplo Martinez Dévila Maria Cristina

Fecha de nacimiento.- Anotar día, mes y año. Ejemplo: 04/08/1960

No. de Expediente - Anotar el número completo del expediente. En caso de no contar aún con el número de regions se utilizaran los dos indicadores institucionales de identificación del paciente que son nombre completo y feche de nacimiento.

Servicio Solicitante - Anotar el nombre del servicio que solicita el traslado.

Servicio a donde se traslada.- Anotar el nombre completo del servicio que recibe al paciente.

Fecha de traslado.- Anotar la fecha, iniciando con día, mes y año. Ejemplo 29/11/2019

Hora de Traslado - Anotar la hora en que se realizará el traslado, utilizando la nomenciatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.

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)

Médico Tratante - Anotar el nombre completo del médico tratante. Ejemplo: Dr. Armando Medina González

Parámetros Clínicos.- Anotar las cifras obtenidas en el momento que el paciente se traslada. Y anotar las cifras en el momento en que llega al servicio que recibe al paciente o donde fue trasladado.

Condición Clinica - El médico tratante marcará con una √ la categoria según la condición clinica del paciente: Estable, Delicado o Crave.

Y se marcará con una√ si el traslado es Urgente o Programado. Se anotará la hora programada del estudio, ciruoia, procedimiento, interconsulta u hospitalización.

Observaciones - Anotar aspectos clínicos relevantes que prevengan eventualidades que puedan presentarse durante el traslado (para minimizar al máximo los riesgos).

#### INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Lista de verificación.- Anotar una √dentro del cuadro si cumple, no cumple o no aplica.

Con relación a Bateria/Alarma, el personal de enfermeria revisa donde proceda, si están cargadas y en buenas condiciones anotas una

Acceso venoso.- Indicar con una √el tipo de acceso: venoclisis o catéter central.

#### TRASLADO, MOTIVO DE TRASLADO Y RIESGO DE CAÍDA

Anotar una Ven el recuadro correspondiente.

#### REGRESO

Anotar la hora de regreso al servicio utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o específicar am o pm.

Si el paciente regresa en las mismas condiciones si o no anotar ✓ en el recuadro correspondiente.

En caso necesario explicar brevemente algún incidente que se haya presentado.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 1 de 25

#### Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

### 5. PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE CIRUGÍA AMBULATORIA



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

ged hospital

Rev. 01

Hoja: 2 de 25

#### Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

#### 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 dela 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# **ged**hospital

Rev. 01

Hoja: 3 de 25

#### Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

- 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 Pediatrica, 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 4 de 25

## Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

- 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.

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

Hoja: 5 de 25

# 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	1	Realiza "PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA"	Nota de Ingreso de Trabajo social (Anexo 2)
Subdirector de Gestión de	2	Acude el paciente con previa cita y con el recibo de pago o de gratuidad del procedimiento quirúrgico.	
la Calidad (Jefa del Departamento de Trabajo Social)	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.	
	5	Recibe al paciente unas 48 horas antes de su evento quirúrgico.	Expediente Clínico
	6	Valida que la documentación está completa para su ingreso	Carta de Autorización para la Hospitalización (Anexo 6)
Subdirector de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión Hospitalaria y	7	¿La documentación está completa?  No: Envía al paciente al área correspondiente para completar la documentación (Formato de pago, instructivo y/o solicitud de ingreso)	Hoja de Bioestadística (Anexo 7)
Archivo Clínico)	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	12	Valida que los expedientes estén completos	Expediente clínico
y Terapias (Jefa del Departamento de Quirófanos)		¿Está completo el expediente clínico?	Censo de Programación de Cirugía

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

Hoja: 6 de 25

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	
	16	Realiza el Ingreso de enfermería	Hoja de Enfermería (Anexo 8)
Subdirectora de Enfermería	17	Entrega el expediente a la Jefatura Cirugía Ambulatoria	Hoja de Medios Invasivos (Anexo 9)
(Jefa de Enfermería de quirófanos)			Hoja de identificación del paciente (Anexo 10)
			Pulsera de identificación
	18	Valida que los expedientes estén completos	Expediente clínico
		¿Está completo el expediente?	
Cub disastan da Anastasia	19	No: Regresa el expediente para que sea completado por la enfermera responsable. Regresa a la actividad 18.	
Subdirector de Anestesia y Terapias	20	Si: Captura en la base de datos de cirugía	
(Jefa del Departamento de Quirófanos)	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	
	24	Organiza a los pacientes que se encuentran en cirugía ambulatoria	
Subdirectora de Enfermería (jefa de Enfermería de	25	Prepara a los pacientes para el procedimiento quirúrgico	
quirófanos)	26	Detona el <b>PROCEDIMIENTO DE</b> SUPERVISIÓN Y CONTROL DE QUIROFANOS	



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

Hoja: 7 de 25

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

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

5.

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

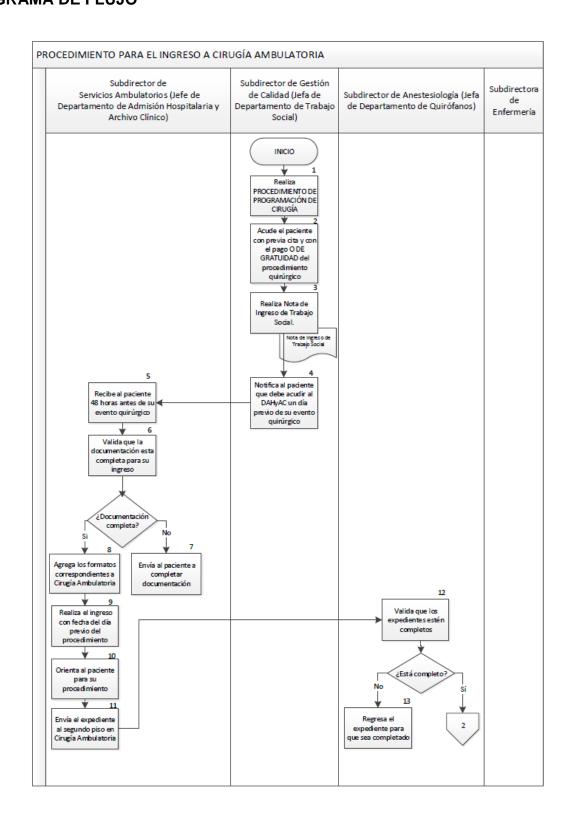
Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

gea hospital

Rev. 01

Hoja: 8 de 25

# DIAGRAMA DE FLUJO



# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

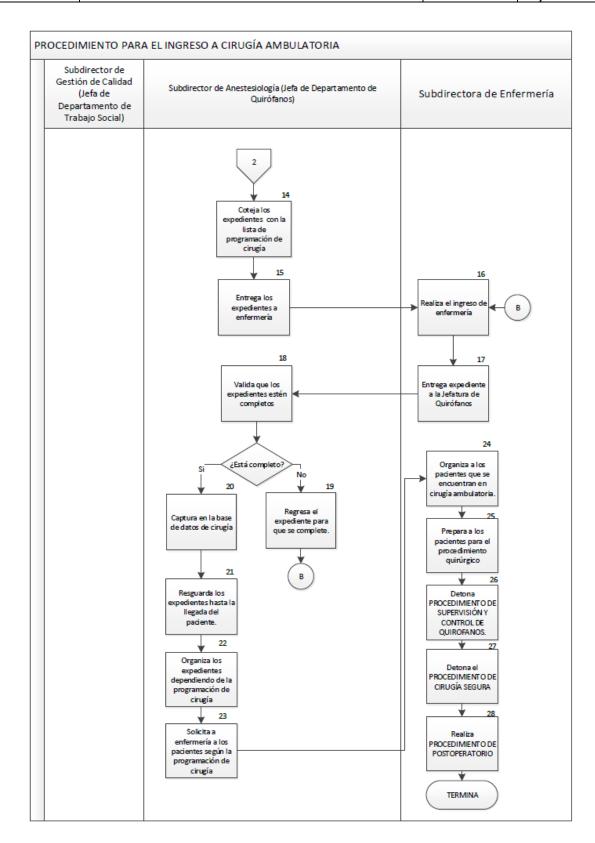
# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

ged hospital

Rev. 01

Hoja: 9 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria



# ALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

gea hospital

Rev. 01

Hoja: 10 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

#### 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 conservario	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.

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 11 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 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

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 12 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

#### 10.1. NOTA DE INGRESO DE TRABAJO SOCIAL

Hospital General

Page 1 of 1

"Dr. Manuel Gea González"

Calzada de Tialpan 4800, Col. Toriello Guerra, Deleg. Tialpan , Mérico 14000, D.F. Tel. Consulador 5665-3511

Hoja de Seguimiento

Fecha de Impresión martes, 14 de noviembre de 2017

11:26:09a.m.

Paciente

Expediente 781182

Domicillo

Nivel Socioeconomico

Teléfono

Calle

Num. Int.

Num. Ext.

14250 C.P.

05 DE NOVIEMBRE DE 2017 21 29 HORAS

PACIENTE FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDAD EGRESA DE CAMA 304 CON DX: GESTA 1 CESAREA 1 + PUERPERIO FISIOLOGICO POST CESAREA. PRESENTARA DONADORES EL 7 DE NOVIEMBRE.

EL ALTA ES FIRMADA POR

LA

REALIZA TRAMITE CORRESPONDIENTE POR

ALTA. MUESTRA RECIBO CON SELLO DE SEGURO POPULAR QUE LE AMPARA CESAREA Y DIAS DE

HOSPITALIZACION.

DE SEGURO POPULAR FIRMA EL DOCUMENTO.

CABE MENCIONAR QUE LA POLIZA QUE PRESENTO ES DE LA MADRE DE PACIENTE. FOLIO 0913303520 CON VIGENCIA DE 11 DE ENERO DE 2016 AL 10 DE ENERO DE 2019.

PACIENTE ES ESTUDIANTE DE BACHILLERES 4.

SE DA ORIENTACION DE SIGUIENTE TRAMITE A REALIZAR.

13 DE NOVIEMBRE DEL 2017 12: 21 HRS

CON ESTA FECHA SE PRESENTA LA

DE LA PACIENTE QUIEN COMENTA QUE SU HIJA SE FUE DE ALTA EL DIA 5 DE NOVIEMBRE Y SOLO PASO UN DIA EN CASA 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

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 13 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 10.2. HOJA DE VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA



# Hospital General Dr. Manuel Gea González NOTA PREANASTÉSICA

Fecha y hora:  Nombre del paciente:  Edad:  Sexo:  Registro:	Especifiqu	es de ventila ue:				
Paciente programado para:	Especifiqu Apertura l Bellhouse Distancia Distancia	ue: oucal: : esternomen tiromentonia	cm P toniana: ana:	Anorma . Mallampati: atil-Aldreti: Difí		
	Resultado	s de los serv	icios auxilia	res y de trata	amiento	
Resumen del Interrogatorio Antecedentes de importancia (Incluyendo comorbilidades, alérgicos,	Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha
transfusionales, quirúrgicos, perinatales, etc.):	Hb/ Hto			Sodio		
	Leucositos			Cloro		
·	Plaquetas			Potasio		
	TP / INR			Calcio		
	TTPa			Magnesio		
Circus vitales	Glucosa			BT/BD		
Signos vitales: Peso:Talla:TA:FC:FR:Temp:IMC:	Urea			FA		
Evaluación clínica del paciente: Cardiovascular:	BON			TSD/7GP		
	Creatinina			Albumina		
Respiratorio:	Otras:					
	Otras.					
Renal:	Radiograf	ía de tórax:				
	Flectrocar	diograma: _				
Neurológico:		diograma.				
	<u> </u>					
Gastrointestinal:	Otros esti	idios de gab	inete:			
Musculoesquelético:	Tipo de ar Riesgo an	nestesia pro lestésico (At	puesta: SA):			
	Medicació	n preanesté	sica: (Dosi	s, Vía y hora	):	
Ginecológico y/o Urológico:				s condicione:	s del pacien	ite y a la
	cirugía pro	ogramada: _				
Otros:	Riesgo re	spiratorio: 🗕				
	Riesgo ca	rdiovascular mboembólic	(AHA/ACC	C):		
Fundamental Maine	Riesgo glo	obal:				
Exploración física:	Nombre c	ompleto del	anestesiólo	ogo, cédula p	rofesional y	/ firma

LICENCIA SANITARIA 1014004675

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 14 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

#### **HOJA DE INSTRUCCIONES DE INGRESO** 10.3.

Si se programa para Cirugía PASOS A SEGUIR	gea
Para realizar el trámite debe acudir acompañado de un familiar mayor de 18 años o tuto	hospital
<ol> <li>SU FECHA DE CIRUGÍA ES EL DÍA:MESAÑO</li> <li>PARA REALIZAR SUS TRÁMITES DEBE PAGAR SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAJA.</li> <li>VALORACIÓN PREANESTÉSICA.</li> </ol>	
Con su carnet y recibo de pago debe acudir al segundo piso de la Torre de Especialidades (junto a 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.	SELLO  Valoración Preanestésica
<ul> <li>HOSPITALARIO, en el segundo piso de la Torre de Especialidades en un horario de 8:00 a 13:00hrs (DEBE ACUDIR ESE MISMO DÍA).</li> <li>ADMISIÓN. (AL TERMINAR SU CITA EN TRABAJO SOCIAL DEBE ACUDIR A ADMISIÓN).</li> <li>Con recibo de pago, y esta hoja con los sellos Valoración Preanestésica y de Trabajo Social, debre</li> </ul>	
presentarse en Planta Baja de la Torre de Especialidades. (48 horas previo a su cirugía). En el caso d 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.	e SELLO Trabajo Social
Primer piso  Sexto Piso  Turno Matutino 7:00 horas  Turno Vespertino 13:00 horas	
DADA SILALTA HOSDITALADIA: con su boia do alta y recibo do pago de la ciruaía presenta	stares on CA IA

TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN para que le pongan los sellos correspondientes.

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 15 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 10.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

ged

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

hospital	DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERAD	V
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:		
		_
de éste, de conformidad a lo que establece el art Prestación de Servicios de Atención Médica art numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10. 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;	en pieno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal ulo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de ulos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico .1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4,	
DECLARO E	FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:	
En base a mi derecho inalienable de elegir a mi quien está avalado por	nédico, acepto al Dr. (a) como mi Médico Anestesiólogo, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por	
de presentar complicaciones.  3. Entiendo que las complicaciones, aunque poccental, dolor de espalda o en el sitio de punción, orinar, molestias oculares o de garganta, heridas enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula pudieran causar secuelas permanentes e incluso pueda llevar a cabo  4. Entiendo también que todo acto médico implanatómicas que padezca, mis antecedentes de emédico utilizado y/o a la enfermedad que condició. Estoy consciente de que puedo requerir de trotros servicios o unidades médicas, con el increm 6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudanestesia tipo anestésica.	s y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO , he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica	
vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólo; 8. En mi presencia han sido llenados o cancelados 9. Que existe la posibilidad de que mi procedim procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por 10. Se me ha informado que, de no existir este do 11. En virtud de estar aciaradas todas mis dudas, riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al ello resolver cualquier situación que se presente e	odos los espacios en blanco que se presentan en este documento. ento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los	
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	

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



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

Rev. 01

Hoja: 16 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

#### CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN 10.5.

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, Articulos 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 Datos del Ingreso: Cludad de México a Urg ( ) C.E.( ) Ref ( ) Hora: No. de Registro: Servicio: Cama: C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en le en Materia de Prestación de Servicios de Atención NOM-004-SSA3-2012 El (la) suscrito (a) bajo protesta de	Médica, así como el inciso 10.1.2 o	
c.	Fecha de Na	acimiento:
Con domicilio particular en la calle:		Número:
Colonia:	Alcaldía	o Mpio.:
Estado:	Código Postal: Teléfono	c
En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez qu documento, autorizo al personal médico del Hospital Ger		
Familiar de nombre	Sexo;	Edad;
y a efectuarle los estudios y las investigaciones que sea realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que o También se me ha explicado que en mi atención puede int y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital	convengan para su beneficio. ervenir personal de Salud en formación,	
Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsa	huella digital o	de no poder firmar del pulgar derecho del ersona responsable
Nombre completo y Firma del testigo	Nombre complet	o y Firma del testigo

ADM\_HOJA\_ATENCIÓN\_MENOR

PRESENTE.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 17 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria



Ciudad de México a

Hospital General Dr. Manuel Gea González
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000
CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

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

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capitulo 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

Datos del Ingreso:

Hora:

No. de Registro:
Servicio:

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

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, quintirgicos 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 vigillancia 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 v firma del testigo	Nombre como leto v firma del testigo

ADM\_HOJA\_ATENCIÓN\_ADULTO 06-01-0140

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 18 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 10.6. HOJA DE BIOESTADÍSTICA

-		SALUD GEO HOJA DE HOSPITALIZACIÓN							
		CLUES: Line Section 5							
		NOMERIE: Nomber(s) PrimerApsildo Segundi Apullido							
		CURR: ENTOAD DE NACIMENTO: ENTOAD DE NACIMENTO:							
		EDAD CUMPLEA:   Normal jaconesce de 240 a)							
	ш	(Minoriz di 2 mass)   Sept.							
	ACIENTE	ATUACIÓNA LOS SETVICIOS DE SALUE: [] MAS   T. ESSTE   2 PEMOX   E. SEDEN   D. SEMAR   E. Gold Défait   7 Dépair   E. Se ignos							
	PAC	ge consists indicary 1 s 2 so graduational enguandicary 1 s 2 so goday							
		Las menanude 6 efas que sem hijos de eiguns pez con que se exame indigene o haife eiguns insque indigene senio considendos como faios.  O TIPO DELAVIALDAD: NÚM EXT: NÚM INT:							
		TIPO DE AZENTAMENTO HIMANO:							
		8 ENTOAD PEDERATIVAL PARS:							
ł		DPEDINT:							
		NGRESO: TPO DESERVICIO: DE NGRESO.  GIA MIEZ AÑO HOSPYRUZAÇÃO T SEGUNDO.							
		ECRESO: LILL CONTRACTOR TO TRACTOR LILL CONTRACTOR LILL CONTRA							
		PROCEDENCE:							
		1 Consulte estienne (2) Digenciax (3) Relevisto Unidad Militias Dipedificar COUES Conero publikgian (6) Cinero							
		1 Cuestin 2 Myorie 3 Voluniano 4 Presindo a de Unidad Mildos:  Especificar CLES							
		© Debarción - MINISTERIO PÚBLICO: 1 SF ⊋ No. FOLIO DEL CERTIFICADO							
		MUER EN EDAD FÉRTE: 1 Émberos 2 Peapels (de 0 a 40 des despais del party 2 No mitida emberosda el en el peapels AFEC CIONES TINTADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL E CRESO)							
		ARECCIÓN PRINCEPIL:  Thinsaver 2 Subscuede							
	4	2							
	BSTANCIA	2							
	83	8. SESSECCIÓN A.F.P. Código additional Sido para tumoras							
		CAUSAEXTERNA (Especifique los acortecimientos, circunstandas y condiciones que causan la lesión):							
		COMPLICACIONES:							
		NECCIÓN INTRAHOSPITA ARIA: 1 SI 2 No PROCEDIMENTOS DESANOS Y QUERÍFICACIOS POLICIANOS PO							
		spago nescaso micros precional acompanionem pascemacani, y micros estar person de ratigo de parajo. The DESTRO HARA ACCOUNTS AND HARAN HADDENING COPY ACCOUNTS AND ACCOUNTS AN							
		1 : 2 LILL							
		1 1 2 IIII							
		A 1 : 2							
		7. 1 : 2							
		I. 1 : 2							
		TPODE ANDSTESSA: I Seriori Z Segional Z Segional Sisconi Sisconi Sisconi Sisconi Sisconi Sisconi VIOLENCIA VIOLENCIA VIOLENCIA VIOLENCIA DE LE SONES:							
		EDAD GESTACIONAL: LI (EXTRACCIÓN O EXPLISIÓNS 1) SI 2 No EN EN CONTROL SI April Manuel Control							
	- ×	TPO DEATENCIÓN TALORO 2 Paro PRODUCTO DE UN EMPARAZO. Túnio 2 Garceir 2 Taulo más Experimentamento E Presentamento de unio E del combinación de la Presentamento del Presentamento del Presentamento de la Presentamento del Pre							
	CIÓN TRIC	CONDICIÓN AL COMERCIO DEL NACEO VIVO AL EMBRERA NACIMIENTO VIVO MUENTO DEPUNCIÓN O MUENTE FETAL, SEGON SE ABLONCO APGAR A REALIMAÇÃO ALQUAMENTO LACTANCIA							
	ATEN OBSTÉ	LOS SIMI. NECHNIAL AMARCADO ALTA CON POSPITALIZADO GAN LOS SIMI. NECHNIAL AMARCADA COLUMNO SOCILISMA							
	~8								
	20 M	TPO DE UNIDAD: Sambilios  HOS PITAL CONTINUO: 3 Principal pulsaria 2 Principal 2 Principal E Unidad de desimbul codió E Ville pul quillatia E Unio 2 No especificad							
	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	HOSPITAL PARCINL: 3 I Die 3 Noche 3 Fin de sensere 6 Otros 9 No especificado							
	± 20	UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 3  PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSIALE:							
		NOMERC:							
		Nombe(ii) Primer Apellido Segundo Apellido Segundo Apellido C. U.R.P.:							
- 1									

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 19 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 10.7. HOJA DE ENFERMERÍA

		INGRESOS				EGRESOS					
HORA	LIQUIDOS	ORALES		LIQUID	OOS PAREN	TERALES					
	CANTIDAD	TIPO		CANTIDA	D	TIPO	ORINA	VOMTO	SUCCION	OTROS	CODIGO DE EVAC
	_	_	_							$\vdash$	
MODEL BUILDING	_		-								
TOTAL 7 HORAS	_		_								
	_	_	_				-				
	_		-								
	_		_								
TOTAL 6 HORAS											
	_	_	_								
										$\overline{}$	
	_		_								
	$\vdash$	-	-				-			$\vdash$	
TOTAL 11 HORAS	_		-				_				
TOTAL 24 HORAS	-										
TOTAL DE INGRESO	NS 24 HORAS	_			TOTAL D	E EGRESOS 24 HORAS			BALANG	TOTAL	
SIGN	OS VITALE	S EN REC	CUPEPA	CIÓN							
HORA WHITENA	FFEC.CARD	FREC RES	THE	OXMETRIA	PERMETROS	OBSERVACIONE	S DE ENFERM	TERIAPRE-TR	ANS Y POSQU	RURGICAS INA	EDIATAS
_											
_			_								
COMERSY FROM ENE. PRISOP	NOMERCYRIA	EASING TORGS	NOME	SEY REMARKS	RICLR						
CED. PROF.	CED. PROF.		CED. PR								

		EW	LUAC	IÓN ESPECIALIZADA Y HABITUS EX	TERIO	R		
MEC ESID AD ES	1*	2*	3*	N BOE SIDA DES				DIETA
NA VIEL DE CONCRENCIA				HIGIBREY VALORACIÓN DE LA PEL	1*	2*	3.	
ALDITA				ES DEPENDIENTE PARA EL BAÑO				TIPO DE DIETA / MÉTODO
LETARGA / CONJUNTADO				PIEL LIMPIAE HERATICA				
ESTUPOR / COMA	/			INTEGRIDADY COLOR				
SEDADO				I CTEPI CIA Y/O PALI DEZ	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$	
O390EHA CIÓN				BAÑO ESPONJA/REGADERA				
RESPIRACIÓN SIN ESPUERZO				SEGURIDADY PROTEOCIÓN				
OI SHEA				RIESGO DE AUTOLESIÓN				
TOS				SUJSCIÓN				
SECRECIONES				VUINEWALE (RESGO				
DEFOULBLORESPRATORIA				EVALUACIÓN PERCOLÓSICA.				
AWY. CANULA OROTRA QUEAL, TRAQUEOSTORIA	/	/	/	ANSEDAD				
NEBILEADOR				DEFFERION				HORARIO
MASCAFELIA / CATETER MASAL	/	/	/	CUIDADOS ESPECIALES		_		VOLUMBNESSCIAL
CIRCULACIÓN				WAAÉREA		HORK.		TOTAL INGEREDO
EDEMA MEMBROS TORACICOS PELMOOS			$\sim$	ASP PACIÓN DE SECRECIONES				TIPO DE DIETA/MÉTODO
LIENARO CAPLAR (1)				LAVA DO BROWQUIAL				
MUTRICIÓN	_	_	_	PIS CREIGHTA PAULUICING				
AYUNO				DREW E POSTURAL				
ES CEPERCIE NTE PARALA INCESTA				ELERCICIOS RESPIRATORIOS				
S. N.G. ADE PRIVACIÓN / PRIZADA				HICPONEBUU ZACIONE S				
GASTROSTONIA				SOND A VE SICAL		ОВТОК	-	
NUTRICIÓN PARENTERAL/ ENTERAL	_	_	$\overline{}$	PER HEASTLIDAD DE LA SONDA				
TOLERANCIA ALA WAGRAL				FUACIÓN DE LA SICHDA ACCIPIDE AL SEXO	-	-	-	
MUCCEASH OR WADAS				HEDRAS HIGGREAS	-	-	-	
OFFICIAL REPORT OF THE PROPERTY OF THE PROPERT				BOLSARECQLEC. POR DEBAJO DE LA CINTURA	-	-	-	
PERSTATEMO				CANACTE RESTIGAS DE LA CRIMA	-	-	-	HORARIO
MALIEFAG			_	REFERE CISURA	-	-	-	VOLUMENTESCUAL
včerro				DOLSANICO DO DINA NA	_	-	_	TOTAL NORTHEO
ELMI NACIÓN	_	_		CASE TO RIPE REPERINDED / CORN TRAIL	$\rightarrow$	697	ERKO .	TIPO DE DETA/ MÉTODO
CIARREA (ESTREÑAMENTO				я по се имске	-	4.41	-	III O DE DE INI MET COO
ESTONA	$\sim$	$\sim$	$\sim$	MENOS DE 72 HRS.		-	-	
CIURESS ESPONTANEA/ SONDA VESICAL	-	-	-	DOLPO DE NEUS ÓN-72 HES.	-	-	-	
DIDAA	$\sim$	$\sim$	$\sim$	EQUIPO DE MUSICIA DE PESEUDS	-	-	-	
OÓCICO DE ENACUACIONES	_	_	_	SONDAS Y OR BALLES ESPOCIALES	-	COTTON	_	
SUCTOR SUCTOR	_	_	_	SCHOOL TO CHEMICES ESPO, VICTORIAL	-	CHIERK	_	
EVALUAÇÎN FUNGONAL			_	SNG O SOG ADERWACIÓN/ PINZ	$\vdash$	H	<b>⊢</b>	
POSTURA AGECUADA: DE PIE (SENTADO	-	_	_	SCHOOLS ASSESSMENT PRIZ	4	4	4	
DE AMERIL ACIÓN CON AVUDA	_	_		SONDATE GASTRO ADERN/ PINZ	4	4	4	
	_	_	_		$\sim$	4	4	
SE FATICA FACILIMENTE DE SCANSO Y SUEÑO				SCHDATADERN/PMZ	4	4	4	
	_	_	_	SONDACE REPROSTOMA ACERN/PINZ	$\leftarrow$	4	4	HORNEYO
вивно ностияно				SCHOA SUBRAPCISICA (ISRV/PN/Z	4	4	4	VOLUMBURBSCHAL
виейо ві эсонтично				SONDACE OS TOSTOMACIERN (PINZ	/	/	/	TOPLINGERED
NSONIO				cistocusis				TOREMADADO
EVENTOS ORÍTICOS HORA.	-			NOTAS DE ENFERMERIA				
TURNO MATUTINO			_	TURNO VESPERTINO		_		TURNO NOCTURNO
						_		
						_		
						_		
			_			_		
						$\vdash$		
			_			$\vdash$		
			_			$\vdash$		
HOMBRE COMPLETO Y FRIMADE LA DIVERN	HE SA			NOMBRECOMPLETO Y FRMA DE LA DIFERMERA			NOMES	E COMPLETO Y FRANCE LA DIFERMERA
CÉDIA APROFESIONA.			OCOL A	PROFESIONAL		CÉDALA	PROFESIO	

gec	αl				PL	AN I	NTE	R. N	ANU L DE	JEL (	JIDA	SON	ZÁLI E E	NFE	RME	RÍA								
	ui																			IA.	M	E8	A	ÑO
NOMBRE:											ED/	D:_			SEX	0:_		_	_		_			
FECHADE NAC		ro:_								No.	DE C	AMA					. No	REG	_					
DIAS DE ESTAN SERVICIO:	CIA:										HA D													_
DIAGNOSTICO 1	11										RGU		) 2:_											
TRASLADO A:_											RA DE		IDA-				но	RAD	ERE	GRE	80.			
F.C. SpO2 T.C.	8	9	10	11	12	13	14	15	16					21	22	23						5	6	7
170 100% 41 160 98%																								
160 98% 150 96% 40	$\blacksquare$																							=
140 94%	-	_	-	-	-	-	-	_	_	_		_	_	_	$\vdash$	-	-	-	-	-	-	-	_	+
130 92% 39	$\vdash$															-	-	-		-				+
120 90%																								
110 85% 38	$\vdash$	_	<b>—</b>	-	-	-	_	_	_			_	_	_	-	-	-	-	-	-	-	_	_	⊢
100 80% 90 75% 37	$\vdash$	_	-	-	-	-	$\vdash$	-	_	_	_	-	_	-	$\vdash$	-	-	-	-	-	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	+
80 70%	-		-	-		-	-	-							-	-	-	-		-		-	-	+
70 65% 36																								$\blacksquare$
60 60% 50 <50% 35	$\longrightarrow$	_	<b>—</b>	-	-	-	<u> </u>	-	_			_	_	_	-	-	-	-	-	-	-	-	<u> </u>	⊢
	$\vdash$	_	$\rightarrow$		-	-	$\rightarrow$	-	-	-	-	-	-	-	$\rightarrow$		-	-	-	-	-	$\rightarrow$	-	+
TENSIÔN ARTERIAL			$\angle$	$\angle$			$\angle$					$\angle$	$\angle$	$\angle$	$\angle$				$\angle$	$\vee$	$\vee$		$\angle$	╙
PAM FREC, RESP.	-	_	-	-	-	-	<u> </u>	_	_			_			-	-	-	-	-	-	-	-	<u> </u>	╀
PVC	-	_	-	_	-	_	-	_	_	_		_	_	_	-	_	-	-	_	-	-	_	$\vdash$	+
C. TEMP.																								
GLUCOMETRIAS CETONURIAS	-																						-	
CETONURIAS	-	_	-	_	_	_	-	_	_	_		-	_	_	-	_	-	-	_	-	-		$\vdash$	+
GLUCOSURIA	$\vdash$																						-	t
		SOL	UCI	ONE	S PA	REN	ITER	ALE	SYI	ELE	MEN.	ros	SAN	GUI	NEO	S					DXP	REOP	ERATO	ORIC
TURNO	MATU	TIN	Ю			Τl	JRN(	O VE	SPE	RTIN	10			TI	JRN	O NO	OCTU	JRN(	0					
																					DX F	090 P	ERAT	ORIC
																					_	08.00		_
															_				_					
																						PERA		
																						PERA		
																					P080	PERA		
																					PO90	PERA	TORIC	
																					PO90	PERA DIATO	TORIC	
																					POSC INME DASCE	PERA DIATO	TORIC	
																					POSC INME DASCE	PERA DIATO POSORI	TORIC	
																					POSC INME DASCE	PERA DIATO POSORI	TORIC	
																					POSC INME DASCE	PERA DIATO POSORI	TORIC	
																					POSC INME DASCE	PERA DIATO POSORI	TORIC	
TOTAL 8 HDS				M	101/	N AH	ps.					M	TOTA	. A H	ns.					MI	POSC INME DASCE	PERA DIATO POSORI	TORIC	
	4ENT-	ne ne			TOTA	NL 8H	RS.		ш-	NDA!		ML	тоти	L 8 H		NICIO					POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	RADO ALES	
TOTAL 8 HRS. MEDICAN	MENT	os		ML DO		NL 8H	RS.		но	RAF		ML	тот/	LSH		NICIO		on	×.		POSC INME DASCE	PERA DIATO POSOR	TORIC	
	MENT	os				NL 8 H	RS.		но	RAF		ML	тоти	L 8 H		NICIO TZIMBAC		on	×.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	OS				NL 8 H	RS.		но	RAF		ML	тоти	L 8 H		NICIO TTIMBLO		on	×.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	OS				NL 8 H	RS.		но	RAF		ML	тоти	£81		Nicio		on	×.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
TOTAL 8 HRS. MEDICAM	MENT	OS				NL 8H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	L 8 H		NCO		on	x		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8H	RS.		но	₽RAF		ML	TOTA	L 8 H		NOO		on	x		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	L 8 H		NOO		OR.	х		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8 H	RS.		но	DRAF		ML	TOTA	£8H		NCO		on	ĸ.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8 H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	£81		NCO D		on	ĸ.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8 H	RS.		но	DRAF		ML	TOTA	1.81		NCO		OR.	ĸ.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENT	os				NL 8 H	RS.		но	DRAF		ML	TO TO	1.81		NCO		on	K.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	TORKO IRADO AJES	
	MENTO	os				NL 8 H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	4.81		NEO		on	х.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	RADO ALES	
	MENTO	os				NL 8H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	L 8 H		NOO		on	A.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	RADO ALES	
	MENT	os				W. 8H	RS.		но	DRAF		ML	тоти	L 8 H		NCO		OR.	K.		POSC INME DASCE SCHOOL	PERA DIATO POSOR	RADO ALES	

							ESCALA DE	<b>EVALUACIÓN</b>	4						
			ESCALAS DE	EVALU	ACIÓN DE	IL DOLOR				ED	MADE CA	PBELL			
			ESCALAA					PARA PACIENTES	ESCALAC	E EVALUAC	HON DEL DO I	LORYC	OM PORTAME	ENTO	NE PROTECTION AND A
					ito consci								1		
hstr	ucdone	s: a la pe	rsona se le p	de que	selections	un número enti qué tanto dolar	re 0 (nada de	Mucalehin fe	ndel	Relajacia	Er. s	eate, or			rciós de Rema hab
	DE DOLO		2 2 4	T 6	6 7	8 9 10	BLPBOR DOLOR	Tempolitical		Fernçal kı, Flekij colonieri ca ror	ada Ma		caakcrales de de poskillo	Me virte	to a Nacion chan, incluye
		Fine	de de Ouci	ar (3	12 =50=	consciente)	QUEENS IE	Tono municipa	_	None	_	et wick E	antice coco	-	Pigeto
	Sin dok		a de Odci	er (3-	12 anos	consciens)		Rescueta Vet		Horse			a, cuaptica o		m, bone, greptice
2	Siente :	idio un por	uib C	1/2	1/2	Vã V	×/×	Contraction	-	Controllery	Co Se t	wasu	canicrates can el tudo y in Line de tituer		e coriorier can el l o habblericie
-	de dolo	n poco m	\$ 8	3	21	8 8 8 8	29 30			terquéo		wa Fac	ce di Ber		o Familioces
	de dolo	r nún más d	\ v	1 =	11/	/\ \/\\.	~/\ĕ/	Puntus ción Escr "En caso de le si "" Puede ser por	ión medular o	hemi plej le v		sano			
-	_		- 1 /	1	/ \	/[\*/[\	./ \=/	Rango			1-2 Do	_	6-6: Dolo		MS Dolor
	Siente r	mucho dala		1 -			0 0	punituad one	a 0:	No dolor	leve-mode		moderado-g		muy interes
10	El dalar puede i	es el peco meginame	que 0	2	4	6	8 10	La pantuad ôn lde extelen dudas sob	al ex mantenes one la existencia	en 3 omeno cono de dolo	s. Considenci r sa obligatori	ones en	eluso de la Es un analgial co	yoben	Campbell: al rvarias respues
TUE	RINO	HOR	WALD BACK	KRECHL US		INTERVENCE	ón	HORA	REVALOR	ACIÓN			OBSERVAC	ONE	
	esturano.														
			_						1	_					
Heavy			-												
HEST	LVESP		_												
			_	_								_		_	
14 A C04	OCTUPNO		_						_						
_	_		_	_	_			_	_	_		_		_	
_				_					E97	ALADEEU	MOTOR ALID	LDDE	CRICH TON (c	of dear	
_	E	CALA E	E BRADEN	Proved	nción de u	Iceas por pres	silóm)		EAL	WALDRAC	IONDEL ES	FADOE	EL PACIENT	E	,
	WARABL	ES	1	┖	2	3	4	Val	loración de	d Ries go			Pu	intuac	ilón
Percen	pdön S							Limitación fisica				2			
,		ensonal	Completements limiteds	١,	Muy imitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones					⊢		_	
Ext	msición	a la	Constantement	<u> </u>	mitada menudo	limitada Oceanosimente	Represta	_	Estadomenta	alterado				3	
Ext		a la	limitede	<u> </u>	mitada menudo iŭmeda	Emitada Ocesionalmente hómeda	Ranamente húmeda	Tratamien to	Estadomenta farmacológic	obenetle i	_			3	
Exp	msición	a ia ad	Constantement	<u> </u>	mitada menudo	limitada Oceanosimente	Represta	Tratamiento Problem	Estadomenta	l alterado so que impli osocioculto	_			3	
Exp	posición Humedi Activida	a is ad	Constantement Húrreda Encernedo-b	Ą	menudo rúmeda En silia	Britisd a  Occasionalmente hümede  Dearnbula cossionalmente	Formerte húmede Diembule fecuentemente	Tratamiento Problem	Estadomenta farmacológic as de idioma	alterado so que impli osocioculto urinaria	rales			3 2 2	
Exp	posición Humedi	a is ad	finiteda Constantementi Húmeda	Ą	mitada menudo iŭmeda En silia	Emitada  Oceanoralmente húmede  Deembule	Ranamente húmeda	Tratamiento Problem Defici	Estadomenta farmacológic as de idioma Incontinencia	alterado o que implio osocioculto, uninaria uditivo, visu	rales al)			3 2 2	
Exp	posición Humedi Activida	a la ad ad	Constantements Húrreda  Encamadoà  Completaments	A A	menudo rúmeda En silia Muy imbada	Britisd a  Occasionalmente hümede  Dearnbula cossionalmente	Formerte húmede Diembule fecuentemente	Tratamiento Problem Défici	Estadomenta farmacológic as de idioma In continencia it sensorial (a arrollo psicom sin factores d	i alterado os que implio osocioculto, unharia uditivo, visu otriz 0-5 año	raics al)			3 2 2 1 2 2 1	
Exp	posiciör Humedi Activida Movilida Nutridiö	n a la ed ad ad	Constantemente Hümede Encernadoù Completamente inmbél	A A	menudo úmeda En silia Muy imitada sabiemente adecuada	Emited a  Ocsisionalmente hómede  Desmitude ocsisionalmente Ligeramente limitude  Adecuada	Romanente húmede Disembute fescuentemente Sin fini faciones Excelente	Tratamiento Problem Défici	Estadomenta o farmacológico as de idioma In continencia it sensorial (a arrollo psicom sin factores o Total	alterado coque implio coccioculto, uninaria uditivo, visu otriz 0-5 año le riesgo evi	nales al) is dentes			3 2 2 1 2 2 1 1 5	
Book	posiciör Humedi Activida Movilida	n a la ad ad ad in	Constantemente Hümede Encernadoù Completamente inmbél	A A	menudo rúmeda En silia Muy imbada	Emitada  Ocisionalmente húmede  Deembule cossionalmente  Ligeramente limitade	Paramente húmede Disembula fiscuentemente Sin limitaciones	Tratamiento Problem Defici De se Pacientes	Estadomenta farmacológicas de idioma In continencia it sensorial (a arrollo psicom sin factores d Total Es.	alterado coque implio coccioculto, uninaria uditivo, visu otriz 0-5 año le riesgo evi	raios  al)  is  dentes  t EL GRADO  FUNTOS	DERSE	BGO DE CAN	3 2 2 1 2 2 1 15 DAS CO	0(90
Roos	posición Humedi Activida Movilida Nutrida	n a la ad ad ad ad an gro de ss	Constantements Hürreda Encarmadoù Completaments Inmóxil Muy pobre	A b	menudo rimeda En silis Muy imitada osti emente ad ecuada	Imited a  Cossionalmente hómeda  Desmituda cossionalmente  Lignomente limiteda  Adecuada  No salde pebbres	Paramente hómeda Disembula facuardemente Sin limitacionae Excelerte	Tratamiento Problem Defici Dese Pacientes Neve	Estad omentalis e farmacológic as de i doma in continencia it sensorial (a arrol lo psicom sin factores o Total it.	alterado coque implio coccioculto, uninaria uditivo, visu otriz 0-5 año le riesgo evi	raics a) as dentes REL GRADO PUNTOS 8 a 15	DE RIE	BG O DE CAN	3 2 2 1 2 2 1 15 DAS CO	010
Root	posición Humedi Activida Movilida Nutrida e y Pelig Lesione	n a la ad ad ad ad an gro de ss	Constantement Hürrede  Encamadoà  Completament inmbill  Muy pobre  Problema	Prof line	menudo rumeda En silia Muy imitada sabi emente ad ecuada robi ema	Imitad a Cossionalmente hómeda Desmituda cossionalmente Liperamente fimiliada Adecuada Ho estat e-pebbras spaneda	Paramente hómeda Disembula facuardemente Sin limitacionae Excelerte	Tratamiento Problem Defici De se Pacientes	Estad omentalis e farmacológic as de i doma in continencia it sensorial (a arrol lo psicom sin factores o Total it.	alterado coque implio coccioculto, uninaria uditivo, visu otriz 0-5 año le riesgo evi	raios  al)  is  dentes  t EL GRADO  FUNTOS	DERIE	SGO DE CAN	3 2 2 1 2 2 1 15 DAS GO FO	
Root	posición Humedi Activida Movilida Nutrido e y Pelip Lesione diformen	n a la ad ad ad ad an gro de ss	iinitade Constantemenh Hómeda Encamadola Encamadola Completamenh inmb/il Muy pobre Problema 15-16 15-16 15-16	Prot In	menudo cimeda En silia May imitada sobi emente ad ecuada robi ema coten cial	Imitad a Cossionalmente hómeda Desmituda cossionalmente Liperamente fimiliada Adecuada Ho estat e-pebbras spaneda	Paramente hómeda Disembula facuardemente Sin limitacionae Excelerte	Tratamiento Problem Defici Dese Pacientes Neve	Estadomenta e farmacológica as de i dioma in continencia it sensorial (a armollo psicom sin factores o Tetal B: Et. esigo	alterado o que implie o sociocuto, unharia uditivo, visu uditivo, visu le riesgo evi	rates  at) is dentes  EL GRADO FUN TOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2	DERIE	BG O DE CAÁ	3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO	010
Root	posición Humedi Activida Movilida Nutrido e y Peli Lesione dontatal diántatal	n a la ad ad ad ad an gro de ss	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo romeda  En silia  May imitada adecuada robi erna cial  Ato Risego Mode	Imitad a Cossionalmente hómeda Desmituda cossionalmente Liperamente fimiliada Adecuada Ho estat e-pebbras spaneda	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme spenete	Tratemiento Problem Défici De se Pacientes Pacientes Mediano	Estadomenta e farmacológica as de i dioma in continencia it sensorial (a armollo psicom sin factores o Tetal B: Et. esigo	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO		SGO DE CAND	3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	erro ono
Root Puntum Puntum Puntum	posición Humedi Activida Movilida Nutridio e y Peli Lesione diferental diferental	na in ad ad in grode is	Iinitada Constantamente Húrreda Encamadoà Encamadoà Imbell Muy pobre Problema 11 33-14 15-14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 1	Prot In	menudo romeda  En silia  May imitada adecuada robi erna cial  Ato Risego Mode	Emitad a  Ocosionalmente hómeda  Deembula cosionalmente Liperabunda  Adecuada  No seide speblana spearela	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme spenete	Tratamiento Problem  Déficil Dese Pacientes Pacientes Mediano Bajo Ri TURNO	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado o que implie o sociocuto, unharia uditivo, visu uditivo, visu le riesgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE
Roos I Puntum Puntum Tulki	posición Humedi Activida Movilida Nutridio e y Peli Lesione diferental diferental	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo romeda  En silia  May imitada adecuada robi erna cial  Ato Risego Mode	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme spenete	Tratamiento Problem  Déficil  De se  Pacientes  Pacientes  Mediano  Bajo Ri	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE
Roos I Puntum Puntum Tulki	posición Humedi Activida Movilida Nutridio e y Peli Lesione diferental diferental	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo romeda  En silia  May imitada adecuada robi erna cial  Ato Risego Mode	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme spenete	Tratamiento Problem  Déficil Dese Pacientes Pacientes Mediano Bajo Ri TURNO	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE PDE
Roos I	posición posición de la propieta del propieta del propieta de la propieta del la propieta de la propieta del la propieta de la propieta de la propieta del la	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo romeda  En silia  May imitada adecuada robi erna cial  Ato Risego Mode	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme speante	Tratamiento Problem  Déficil Dese Pacientes Pacientes Mediano Bajo Ri TURNO	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE PDE
Roos I	posición posición de la propieta del propieta del propieta de la propieta del la propieta de la propieta del la propieta de la propieta de la propieta del la	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo rimeda En silia May imitada sobi emente ad ecuada robi ema robi ema	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme speante	Tratamiento Problem Problem Description Description Padentes Padentes Mediano Bajo Ro TURNO MATUTENO	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE PDE
Roos I Puntum Puntum Tulki	posición Humedi Activida Movifido Nutridió e y Pelig Lesione del dentrata del dentrata Nel del dentrata	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo rimeda En silia May imitada sobi emente ad ecuada robi ema robi ema	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme speante	Tratamismo Tratamismo Problem  Deficial Tratamismo Description Des	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo evi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE
Rood Puntus Puntus Turk	posición Humedi Activida Movifido Nutridió e y Pelig Lesione del dentrata del dentrata Nel del dentrata	na in ad ad in grode is	Ilinitada Constantemente Hidrada Encamadola Encamadola Completamente inmbell Muy pobre Problema 11: 13-14 15-14 Muconomica Muconomic	Prot In	menudo rimeda En silia May imitada sobi emente ad ecuada robi ema robi ema	Emitada  Oceaninalmente hómede  Deembule coesinnelmente licenselmente li	Raramente húmede  Caembula faccuertemente Sin lini lacionie  Excelerte No estate probleme speante	Tratamiento Problem Problem Description Description Padentes Padentes Mediano Bajo Ro TURNO MATUTENO	Estad omenta e farmacológica as de I dioma in continencia it sensonal (a arrol lo psicom sin factores d Tetal Dis. esego Piesego iesego	alterado so que implico so cisculta, unharia uditivo, visu striz 0.5 año le ri esgo ovi	raidos  af) is dontes  RELGRADOS  RUNTOS  8 a 15  3 a 7  1 a 2  AMERICA INTO			3 2 2 1 1 2 2 1 1 15 DAS CO RO AMA	PDE PDE



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 20 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# 10.8. HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 21 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

<b>GEO</b> hospital	Hospital General Dr. Manuel Gea González IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Servicio:	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
No. de Registro:	
Fecha de Ingreso:	CAIDA Mediano Riesgo  Bajo Riesgo
Médico tratante:	NUTRICIONAL  Riesgo SI NO



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 22 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria



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

Nombre del Paciente:			Registro:			
Fecha de Nacimiento:				Peso:		
Edad:	Sexo: mas	sculino ( )	femenino ( )	Cama:		
Servicio:		Clínica:		Tiempo quirúrgico estin	nado:	
Fecha de Solicitud:	dia	mes	año	Hora Solicitud:		
Fecha de Programación:	dia	mes	año	Recibe Solicitud:		
Fecha de la Cirugía:	dia	mes	año	Hora de Recepción:		
Electiva ( ) U	rgencia ( )	EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si)	( no )	
Durante la Operación se	requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los	s servicios de:		
Nombre y firma de quien	recibe la solic	itud:	Riesgo Quirúrgico: Anestesia: General		IV. onal ( )	
Médico	Solicitante		Mé	dico Jefe de la División		
F	irma		Firma			
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional	
Diagnóstico Preoperatorio	o:	2000 11012201101	Diagnóstico Postope		CCGGG TIOICZOTAL	
1			1			
2			2			
3			3			
4			4			
Operación Planeada:			Operación Realizada:			
1			1			
2			2			
3			3			
4			4			
Cirujano:			Estudio Histopatoló	raico: (si) (no)		
1er. Ayudante:			Pieza:	gico. (Si) (No)		
2°. Ayudante:			RayosX:			
3er. Ayudante:			Drenajes: (si)(no	) Tipo:		
Instrumentista:			Difermimiento de Ci			
Circulante:			Motivo debido a: Pa		ón ( )	
Anestesiólogo:			Especifique:	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,	
	al Inicio Pre	evio al Término		irugía:Anestes	is.	
Pausa Quirúrgica SI ( )		( ) NO( )		irugia: Anestes irugia: Anestes		
Gasas SI()	- 1	( ) NO( )	nora de termino Ci	ii ugia Ariestes	ora	
Compresas 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



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

ged hospital Rev. 01

Hoja: 23 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria



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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Sexo: ma	sculino ( ) fe	emenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuenci	a Cardiaca:	por minuto		
Peso:Kgs.	Frecuenci	a Respiratoria:	por minuto	Tensión Arterial:	_/ mmHg
Talla:Kgs.	Saturació	n de Oxigeno:	%	Temperatura:	_ <del>°</del> C
Fecha y hora de elaboració	n de la Not	a Postoperatoria	:		
Accidentes: (SI) (NO)			Incidentes: (SI (I	NO)	
Descripción de la Técnica (	Duirúraica:				
Descripcion de la Techica C	zunurgica.				
Hallazgos Transoperatorios					
- Handagos Hansoperatorios	**				
Estudios Transoperatorios	v Resultado:	s:			
25 tadios ilansoperatorios j	, mesundado				
Estado Postquirúrgico Inme	adiato: Esta	able ( ) Inc	estable ( ) Fa	allecido ( )	
Comentarios:	ediato. Est	able ( ) life	stable ( )	anecido ( )	
Plan Manejo y Tratamiento	Postoperat	orio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( )	Malo ( )	)			
Comentarios:	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
Elabo	rado por:			Responsable de la ciru	gía
	Firma			Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 24 de 25

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# **10.10 NOTA PREOPERATORIA**

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR.	. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	gea
SERVICIO:			hospital
NOMBRE COMPLETO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:SEXO:	No.	). EXP:	
SIGNOS VITALES: TA	_F.RTEMP:	PESO:	TALLA:
FECHA DE LA CIRUGÍA:	FECHAY HORA DE EL	ABORACIÓN:	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:			
PLAN QUIRÚRGICO:			
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:			
RIESGO QUIRÚRGICO:			
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATO	ORIO:		
PRONÓSTICO:			
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PO			DE VERIFICACION
PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓ			
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFES	NONAL DEL MEDICO QUE EL	ABORULANUIA	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFES	IONAL DEL MÉDICO DESDO	AIS ARE E-	
TOTAL SOURCE OF FRANCE OF SOURCE	NOTIFE DEL MEDICO RESPO	TOPALE.	

LICENCIA SANITARIA 101 4004673

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 01

Hoja: 25 de

# Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria

# **10.11 NOTA POSTOPERATORIA**

NOTA POSTOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	SAL GENERAL
SERVICIO:		S MANUEL GEA COULT
2.	*	7.500

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:	
OPERACIÓN PLANEADA:	
OPERACIÓN REALIZADA:	
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:	
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA:	
HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:	
SE REALIZA CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE IN:	STRUMENTALANTES DE INICIARLA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO SI NO
REPORTE DEL CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE DEL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO.	EINSTRUMENTAL QUIRÚRGICO ANTES DE CERRAR PLANOS ANATÓMICOS Y/O ANTES
CUENTA COMPLETA DE GASAS:	SI NO
CUENTA COMPLETA DE COMPRESAS :	SI NO
CUENTA COMPLETA DE INSTRUMENTAL:	SI NO
OBSERVACIONES:	

LICENCIA SANITARIA 1014004673

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 1 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 2 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

#### 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 3 de 40

- 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 cardiaca, 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

**Ged**hospital

Rev.01

**Hoja:** 4 de 40

- 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= Sa02).



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 5 de 40

- 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



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA	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	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUÍRURGICOS)	5	Realiza Nota Post-Operatoria e Indicaciones Médicas	
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (DICVISIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA, SALA	6	Recibe reporte sobre el estado general del paciente, a la llegada de paciente en sala de recuperación.	
DE RECUPERACIÓN, MÉDICO DE RECUPERACIÓN)	7	Registra el estado del paciente a la llegada de la sala de recuperación	
REGOT ENACION)	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	



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

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



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

			1
	20	Realiza cuidados del paciente de acuerdo a las indicaciones médicas.	
	21	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN.	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUÍRURGICOS)	22	Evalúa el estado de salud del paciente y evolución	
	23	Elabora nota de evolución del paciente según su evolución	
	24	Elabora Indicaciones médicas	
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (CLÍNICA DEL DOLOR)	25	Pasa visita para valorar si el paciente tiene dolor postoperatorio	
(CLINICA DEL DOLOR)	26	Determina tipo de dolor	
	27	Establece la necesidad que sea atendido por todo el equipo multidisciplinario	
		¿Amerita Intervención?	
	28	Si: Realiza la valoración por el equipo y determina si la evaluación se realiza cada 24 horas o casa 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 solicite que lo envía a la clínica del dolor, continua en la actividad 30.	
	29	No: Continua valoración	
		En caso de dolor se realiza cambios de medicación en las indicaciones médicas	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y	30	Continua atención del paciente	
DEPARTAMENTOS QUÍRURGICOS)	31	Determina el Alta hospitalaria del paciente	
		¿El paciente cumple criterios de egreso?	



SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

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



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

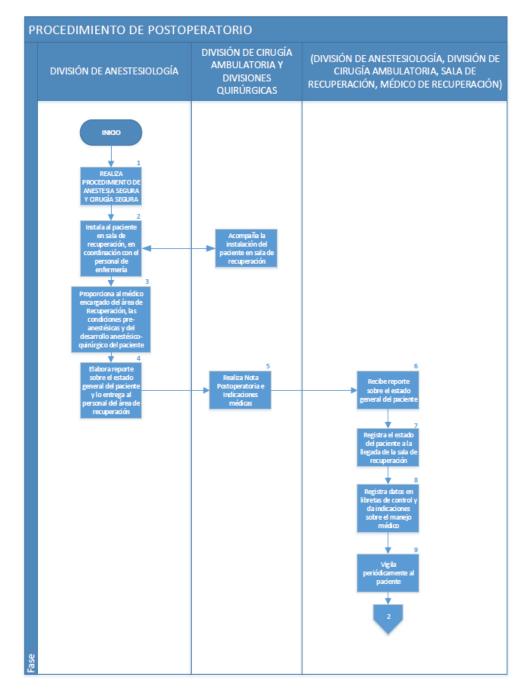


Rev.01

**Hoja:** 10 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# **5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



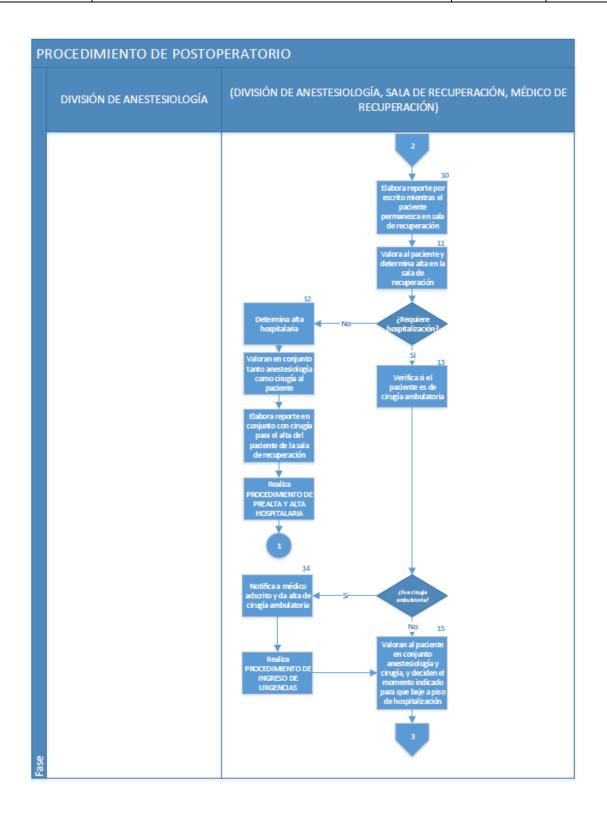


# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 11 de 40



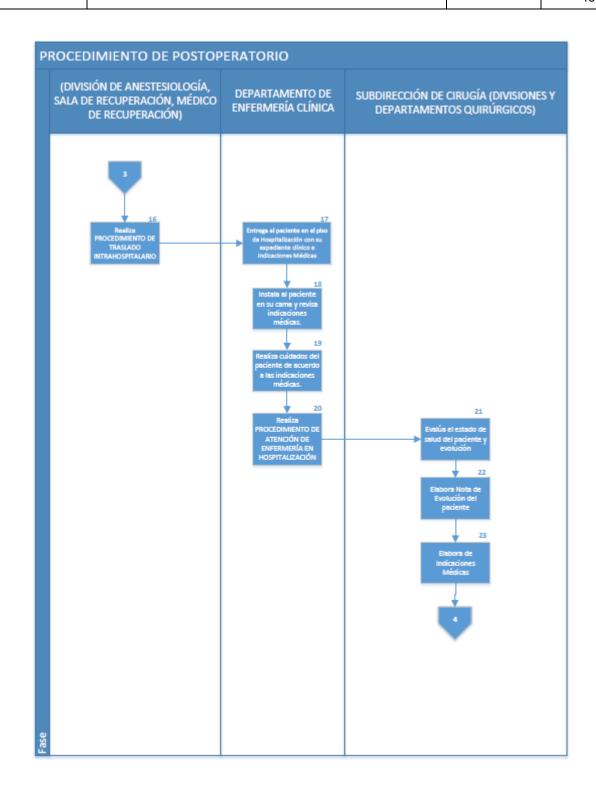


# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 12 de 40



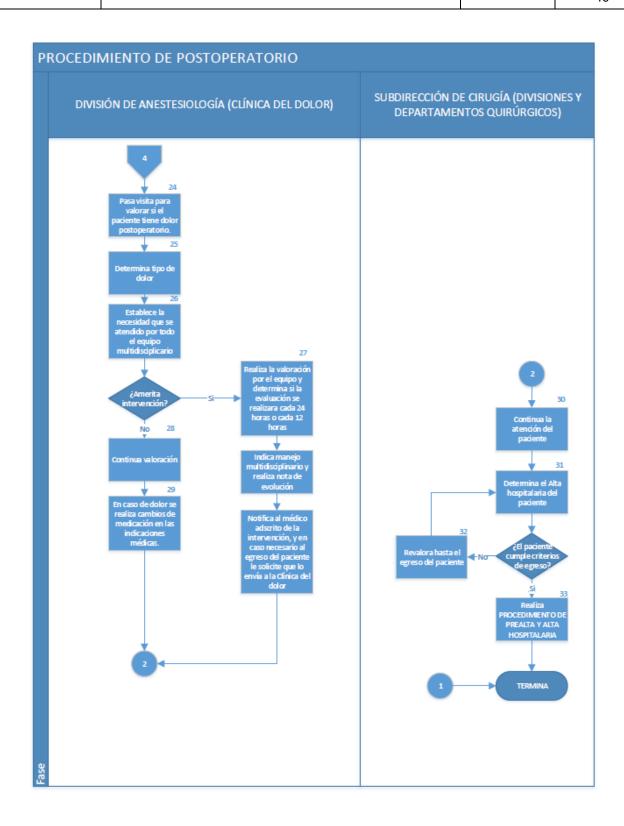


# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 13 de 40





#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 14 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

## **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.

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 15 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

### 9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Núm	nero de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
	No aplica	No aplica	No aplica

	No aplica	No aplica	No aplica
10	0.0 ANEXOS DE	EL PROCEDIMIENTO	
10.1	Solicitud de Ingreso	o Hospitalario	

- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Hojas de Enfermería
- Carta de Autorización de Hospitalización 10.4
- 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

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 16 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 10.1 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

#### HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



#### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

					No. REGISTRO
					NO. PERSON INCO
NOMBRE COMPLETO	DEL (LA) PACIENTE:				
		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERN	0	NOMBRE (5)
FECHA DE NACIMIENT	0:	EDAD:	SEXO:	M ( )	F( )
		DIRECCIÓN DEL PAC	ENTE		
EN CASO DE EMERGE	NCIA COMUNICARSE C	ON:			
TELÉFONO:					
DIAGNÓSTICO DE ING	RESO:				
INGRESO POR:	URGENCIAS ( )	CONSULTA EX	TERNA ( )	REFERIDO (	( )
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO ( )	HOSPITALIZAC	IÓN ( )		
INGRESAA:					
		ESPECIALIDAD	)		
PISO:		CAMA:			
NOMBRE COMPLETO	, FIRMA Y CÉDULA PRO	DESIONAL DEL MÉDIC	O QUE ORDENA EL II	NGRESO:	
OBSERVACIONES:					
FECHA:		HORA:			

08-01-0103 LICENCIA SANITARIA 1014004673

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 17 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# **10.2 NOTA DE EVOLUCIÓN**

				0
ERVICIO:_				hospite
MBRE COMPLET	D DEL (LA) PACIENTE: _		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
(0:	No. EXP.:	SIGNOS VITALES	T.AF.C	F.R
IP.:	PESO:	TALLA:FECHA Y HO	DRA DE ELABORACIÓN:	
COHOL Y OTI E DIAGNÓSTIC	RAS SUBSTANCIAS F O Y TRATAMIENTO,	L CUADRO CLÍNICO (EN SU CASC SICOACTIVAS) RESULTADOS REL DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍ MEDICAMENTOS SEÑALAR COMO N	EVANTES DE LOS ESTUDIOS DE NICOS PENDIENTES Y PRONC	SERVICIOS AUXILIARE STICO: TRATAMIENTO
IOMBRE COM	PLETO, FIRMA Y CÉD	ULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QU	JE ELABORÓ LA NOTA:	- 11 Legen, make
OMBRE COM	PLETO, FIRMA Y CÉD	ULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RE	SPONSABLE:	PROCESS OF THE PROPERTY OF THE



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 18 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# **10.3 HOJAS DE ENFERMERIA**

				IÓN ES PECIALIZADA Y HABITUS EX	TERK	)R		
NEC ESIDAD ES	1"	2"	3*	# BCE SEADES				DIETA
MART DE CONCERCIY				HIGBEY WLORACIÓNDELAPIEL	1*	2*	3*	
ALENTA				ES DEPENDIENTE PARABLEAÑO				TIPO DE DIETA/ MÉTODO
LETWIGA / CONJUNADO		$\overline{}$	$\overline{}$	PLE LIMPAEHERATION				
ESTUPOR / COMA			/	INTEGRIDADY COLOR				
SEDHOO		r		ICTER CA Y/O PALDEZ	/	/		
ожинася	•			NAÑO ESPONJA IREGADERA		/	/	
RESPRACIÓN SIX ESPUENZO				SEGURDADY PROTECCIÓN	_			
DIREA				RESCOR AUTOLESON				
108		-		SUBCIÓN	-			
SCHOOLS				VUINEWALE (RESCO		$\overline{}$	$\overline{}$	
OFICIARORESPRAIGRA		-		EWALLI ACIÓN PISICOLÓGICA				
MAY CANULA OROTRA QUEAL TRACAROSTOMA	-		$\rightarrow$	4H (MEDAD				
NE BILLEHOOR		М		DEMESON	-			HORANO
MAGCAMALA / CHTTTP MAGAL	-	$\rightarrow$	-	CUEADOS ESPECIALES	_	_	_	VOLUMBY PERSONAL
ORCULACIÓN				daden		HORA		TOTAL NORREDO
EDEN-HENERGE TRACK COPTLANCOS				ASP ENCIONDE SECRECIONES	_			TIPO DE DIETA/MÉTODO
LIBHADO CANTAR ()		$\sim$		LANADOSPONOUAL	_		_	
BUTROOM	_	_	_	PROTECTION OF THE PARTY OF THE	-		_	
MINO	_		_	OPEN E POSTURA.	-	-	-	
	-	-	-	ELERCICIOS RESPUNITORIOS	-	-	-	
ES DEPENDENTE PARA LA INCESTA S. N.G. A DE PRIACIÓN I PRICA DA	-	$\vdash$	-	ELENCISIOS RESPINITORIOS INCRONEBULIZACIONES	-	-	$\vdash$	
S NG A DE PRIACION I PRIM DR.	$\sim$	$\sim$	$\sim$	RONDAWI SICAL	-		_	
	_	<u>ب</u>	۰		-	OR TERM	_	
NUTRICIÓN PARRITERAZ ENTERAL	/	$\overline{}$		PERINEWILE AD CELASCHDA	_	$\vdash$	_	
TOLERANCIALA VACONIL				FUACIÓN DE LAS CHIDA ACORDE NIL SEXO				
HUCOS AS HISP WADAS				HEDDAS HIGÓNICAS				
OFFICIAL PARACESCUTE				BOLSARBOOLEC POR DEBAJO DE LACRITURA				
<b>РЕКЕТАЛЯНО</b>				CANACTE RETTORS DELACRIMA				HORANO
NA USEAS				REPERCUSARA				VOLUMBN PERSONAL
iderro				BOLSARECQLECTORA R.A.				TOTAL NIGHTED
BURNACIÓN	_	_	_	CATÉ TERPERFÉRICO / CENTRAL		CRT	ERIO	TIPO DE DETA/ MÉTODO
DARREA ESTREÑMENTO				S TIO DE PUNCIÓN				
ESTORA				MINOS DE TOMOS				
STURIESE ESPONTA NEA / SONDA VESICAL		$\vdash$		EQUIPORE NEUSIÓN-72 HRS.				
DIEDAL CONTROL CONTROL		$\sim$		COUPOR MUSICAL BREDE HIS DUCK	_			
CÓDIGO DE EVACUACIONES	_	_		SONDASY DREMAINS ESPECIALES	_	CRITERIO	$\vdash$	
sicios s	-	-	_	SONDATE BY CHES SK YOUNG	-	CHILDRA	_	
EVALUAÇÃN FUNCIONAL	_	_	_	SHOO STOAD PRINCE ON PRINCE	-	-	-	
POSTURIA ARECUADA DEPRE IS BITADO	-	-	-	SONDARI BURGIONNA DERIVITANZ	$\sim$	4	4	
DE AMBILIACIÓN CONVYLIDA	$\sim$	$\sim$	$\sim$	SCHEARE GASTIO ACERN/PICE	6	6	6	
	-	-	_	SONDATE GASTIO ACESTA/ PRIZ	4	4	4	
SE BITGAFACILMENTE					$\sim$	4	4	
DE BCANDO Y BUEÑO	_	_	_	SONDADE REFROSTONNADERN (PINZ	$\sim$	4	4	
вивію ностилно		_		SCHEASUBRAPSISCA DEREVEPRIZ		/	$\angle$	HORANO
SUBSIG EI SCONTINUO		_		SONDADE OF TOSTOMACERN IPINE	/	/	/	VOLUMENTESCUAL TOTAL NIGHTEO
RISCHRID				CERTOCUSES				TOTAL NORMEDO
EVENTOS ORÍTICOS HORA.	_			NOTAS DE ENFERMERIA				
TURNO MATUTINO			-	TURNO VESPERTINO		-		TURNO NOCTURNO
-			-			-		
			-			-		
			-			-		
			-			-		
			-			-		
			-			-		
			_			_		
			_			_		
			1			1		
-								
NAME OF ADMINISTRAÇÃO A DISCOUR	MCGA.			MONROE COMPLETO Y COMA DE LA CHECOMERA			wowe s	E COMO ETO VERNA DE LA ROSERRADA
HOMERE COMPLETO Y FRIMADE LA ENFER CÉDIA APROFESIONAL	MERA		Glov 4	NOMBRE COMPLETO Y FRMA DE LA EMPERMINA PROTESSONAL		GEOM 4	NOME F	E COMPLETO YFRIN DELABNYSPHERA

		INC	GRESO	S					EGRES	OS	
HORA	LIQUIDOS				DOS PARE!	TERALES					
	CANTIDAD			CANTIDA		TIPO	ORINA	VOMTO	SUCCION	OTROS	CODIGO DE EVAC
			_								
			_								
			_								
TOTAL 7 HORAS											
			_					_			
		_							_		
TOTAL 6 HORAS											
			_								
			_								
			_								
			_								
TOTAL 11 HORAS											
TOTAL 24 HORAS											
TOTAL DE INGRESO	OS 24 HORAS				TOTALD	E EGRESOS 24 HORAS			BALANG	ETOTAL	
SIGN	OS VITALE	SENRE	UPERA	CIÓN		OBSERVACIONE	ene puero	EDIADOE **	AND V DOWN	DIIDGICAC NO	AE DIATA C
HORA WHITENA	FREC.CARD	FREC RES	EW	OXMETRA	PERME TROS	COURTWALIUME	OUL DIFFERE	NE-III	VINE - 70000	munus GPO INI	- LuniAo
_											
					_						
						1					

									ESCALA DE	EVALUACIÓN	_						
			ILAS DE E							PHARAGIBITES	ESCA	A DE EVALUA	CALA DE C	001064.00	MPORTAME	вито	
			ALAAN/ (+13 afios )				;A			PHARAGINIES	COMMPG	0	ana com	O E POMALE			D EPURTACIONE
Instruccion dolori y 10	es: a la pe (el peor d	escon	se le ride	Oline s	elections	e un ni	mero do	entr	e 0 (nada de está sintiendo	Heater		Repo	-	in brokin, orb	o Puncilo yio		ncito de Rena ha dischargentada
MACA DE DOL		2	3 4	5	6 7		$\neg$	10	BLPSOR DOLOR QUEENSTE	Tempeline		Tempik Reis nodrádnia na	fortnámica scadonnám če knjietní pir če praktíh		-	etre fecto etas, inclu-	
	Esc	ala d	e Ouche	r (3-1	2 años	cons	cient	lo)		Teromande	r	None	•	de ruma	oktoće ćeća pis ples	Г	Rigino
D Sin do				<u></u>	16	1/	2)	6	2	Requesa Vet	wP"	Hernal		Queja, loss, garintesso	****		ja, kes, gejis Viite Maerin
de dok	adis un po er un poco m		60	60	1	2	4	No.	9 28	Conformation		Continue in tempolis	, i	bucz FAR	or ei bede yik de da mer	DECR	e melioter con el chablicócie
de dok	on podo n or aún más d	_	\=	~	//:	./\	-	١,	~/\ĕ/	Puntusción Esco *Encaso de lesi ** Puede serpo	ón meduli	or o homi pinj in v	oksorel la entificial	do seno			
6 Signite	mucho dai	or .	$\vee$	$\vee$		/ \	$\vee$	1	7	Rango puntuad one	.	0: No dolor	1-3 i	Doke edenado	4-E Dulo moderado gr		HS: Dokor muy ktiene
10 El dol o puede	r es el peo imaginares	que	0	2	4		6		8 10	La parkandénide noblembales sob		erer en3 omero enda ono de dal					
TURNO	ноя	A	VALERACIÓN I PUNTALI	ecw.		IN	TERVE	NCIÓ	×	HORA	REVA	ORACIÓN			OBSERVAC	DNE	8
HOA. NATURE	-	_		+			_	_		_		_				_	
HENCYER	-	-		+			_	_				-				_	
OLA HICTURE																	
	-	-		+			_	_		_		-				_	
E	SCALA I	E BF	LADIEN (Pr	evenc	ión de u	Icems	por p	resi	ión)			ESCALADE FI	INCION AL	DADDE CI	RICHTON(c	aides	)
WARAB	ues		1		2	Г	,	П				del Ries go	,	T			olón
Percepción I	Sensorial	Con						- 1	•	Val	NA SHARK				Fu	mit (Add	
			pietamente mi tudo	ler.	Vicy Wada	Liga	rement nkade		Sinfinitectores		Linite	dón física			-	2	
Humed	in a la fad	Corre	pietamente ni tada tantamente iumada	Am	Wuy whats senudo meds	Ocean	rementi nitada onelmer imeda	_	Sinámiscones Paramento hómeda		Limite	sión física ental alterado Ogico que impli	ca riengo		ru	_	
	iad	Come	ini tudo	Am ha	whids serudo meda En	Ocean	nitada onalmer imeda ombula	*	Paramento Númeda	Tratamionio Problem	Limite istadome farmacci as de i de	ntal alterado Ogico que impli ma osocicoult				2 3 2	
Humed	iad	Come	ini tudo tantamento lámeda	Am ha	whists senudo meda	Ocean	nitada oneimer imede	*	Remmente húmeda	Tratamionio Problem	Limite istadome farmacoi as de idio incontine	ntal alterado ôgico que impli ma osocicoult ncia urinaria	raios		Fu	2 2 2	
Humed	sad lad	Come Enc	ini tudo tantamento lámeda	Am ha	whids serudo meda En	Ocean In De-	nitada onalmer imeda ombula		Paramento Númeda	Tratamionio Problem	Limite istadome farmacoi as de i de incontine t sensoria	ntal alterado Ogico que impli ma osocicoult	indos al)			2 3 2	
Activid	ted ted	Enc Comp	ini tuda tantamento lámeda amadola	Am ha i	white mede En alts Way whate	Ocean De consis	nitad a oneimer imeda embula oneimen		Paramente húmeda Deambala fecuantemente	Tratamionio Problem Datici	Limite istadorne farmacol es de i de incontine t sonsoria mallo pais sin factor	intal alterado lógico que impli ma o sociocubi nota uma na al (auditivo, visu comotriz 0.5 alti nas de rifeago ev	andos al)		ru	2 2 2 1 2 2 2	
Activid Modific Nutrici	tad lad tad	Enc Comp	ini tuda tantamente lümeda amadoib distamente ambidi	Am ha	enudo meda En dis Vuy whata bierrente ecuada	Oceani No Commission Lique No Ad	nitada oneimer imeda embula oneimen manento eleda ecuada	*	Pormente homels Dembule fecuentemente Sin finitacione Societte	Tratamionio Problem Datici	Limite istadorne farmacol es de i de incontine t sonsoria mallo pais sin factor	intal alterado ôgico que impli ima o se cisculti- nola unharia di (audrivo, visu- somotriz: 0-5 ati- as de risago en- lotal	andios of) os identes			2 2 2 1 2 2 1 1 15	
Activid Movilio	tad lad stad idn	Come Enc	ini tuda tantamente lümeda amadoib distamente ambidi	Am ha in Potal	white mede En alts Way whate	Oceani In December Ligar Ad Monete	nitada onakner onakse onaksen onaksen	*	Paramente húmeda Diembula fecuaritemente Sinfinitacione	Trata mignio Problem  Datical Desc	Limite istado me farmacci as de i de incontine it sonso ris mollo pais sin factor 1	intal alterado lógico que impli ma o sociocubi noia umanta dí (auditivo, visu comotriz 0.5 afi nas de rifeago ev	anios  al)  os identes  R EL GRAN	NO DENIES		2 2 2 1 2 2 1 15 DAS	0640
Activid Moville Nutrid Ricce y Pel Lesion	iad iad ian ian igro de	Come Enc	ini teda itenterrente idreada armadola distamente innoviii ny pobre	Am his in Probablished	endo meda En dis Vuy stata bierneste ecuada	Oceani In December Ligar Ad Monete	nitada onelmer irreda embula oreimen maneria estada ecuada	*	Paramento húmeda Destribula fecuentomenta Sinámitaciones Ecolecte	Tratamiento Problem  Defici Dese Pacientes  Neve	Limita- istadorne farmacci as de i de incontine it sensorie malio pais sin factor 1 s. assgo	intal alterado ôgico que impli ima o se cisculti- nola unharia di (audrivo, visu- somotriz: 0-5 ati- as de risago en- lotal	raios  al)  os  identes  R EL GRAD  RUNTOS  8 a 15	XX DENIES		2 2 2 1 1 15 DAS CC	ONO
Modific  Nutrici  Rioce y Pel  Lesion  Purtu el former  Purtu el former	dad	Come Enc	tertamente úmeda armadola distamente ambidi y pobre obtema 12- 13-14-	Am ha in Protein Ined	enudo meda En allis Vuy allada bierne secuala tierne secuala	Do coming	nitada onelmer irreda embula oreimen maneria estada ecuada	*	Paramento húmeda Destribula fecuentomenta Sinámitaciones Ecolecte	Tratamionio Problem Datici Desc Pacientes Atto Ris Mediano	Limite istadorne farmacci as de i de incostine it sensoria mello pais sin factor 1 s. sesgo Rileago	intal alterado ôgico que impli ima o se cisculti- nola unharia di (audrivo, visu- somotriz: 0-5 ati- as de risago en- lotal	of) 26 (dentes R EL GRAD RUN 106 8 a 15 3 a 7	OO DERIB		2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R	WITTO OYO
Modific  Nutrici  Rioce y Pel  Lesion  Purtu el former  Purtu el former	dad	Come Enc	tertemente lümeda armadola sistamente mmbdil yy pobre oblema 12- 13-14- 15-16-	Am ha	enudo meda En alta Vay stata bierneste ecuals bierne sencial	Do coming	nitada onelmer irreda embula oreimen maneria estada ecuada	*	Paramento húmeda Destribula fecuentomenta Sinámitaciones Ecolecte	Tratamiento Problem  Defici Dese Pacientes  Neve	Limite istadorne farmacci as de i de incostine it sensoria mello pais sin factor 1 s. sesgo Rileago	intal alterato tigico que impli ma o sociocula nota urinaria di (auditivo, visu comotata 0.5 añ ses do rissigo er sotal DETERNIENA	of) of dentes REL GRAD RAN TOE 8 a 15 3 a 7	DO DERIS		2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R	ONO
Human Activid Movilion Movilion Nutrici Ricca y Pel Lesion Publishinan Publishinan Republishinan Rep	dad	Comp Bnc Comp	tertamente úmeda armadola distamente ambidi y pobre obtema 12- 13-14-	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada onelmer irreda embula oreimen maneria estada ecuada	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Tratamionio Problem Datici Desc Pacientes Atto Ris Mediano	Limite istadorne farmacci as de i de incostine it sensoria mello pais sin factor 1 s. sesgo Rileago	intal diterato tógico que impli ma escolocula nota urinaria di (suditivo, visus comotriz 0.6 añ se de risego en total per transvessa.	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2  000	XX DENIES	40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Human Activid Movilla Nutrial Roce y Pel Lesion Pustual format Pustual format Pustual format	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trata misnion Problem  Outloo  Desse Pacientes  Next  Also Ris  Mediano  Bajo Ri	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2  000		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Human Activid Movilion Movilion Nutrici Ricca y Pel Lesion Publishinan Publishinan Republishinan Rep	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trata misnion Problem  Description  Description  Also Fü  Mediano  Bajo Fü  TURNO	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2  000		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Activid  Movilio  Movilio  Nutrial  Roce y Pel  Lesion  Pustuationnes  Pustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trata misnion Problem  Description  Description  Also Fü  Mediano  Bajo Fü  TURNO	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2  000		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Activid  Movilio  Movilio  Nutrial  Roce y Pel  Lesion  Pustuationnes  Pustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes  Tustuationnes	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trata misnion Problem  Description  Description  Also Fü  Mediano  Bajo Fü  TURNO	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2  000		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Human Activid Movilla	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trate mission of the first and	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	OJO RILLO IRDE
Human Activid Movilio Nutrici Roce y Pel Lesion Pustu ad former Pustu ad format TURN O	dad	Comp Bnc Comp	tertemente lámeda armadola armadola armadola armadola y pobre oblema 12- 13-14- 15-16- NELORANT SEGULARIOT SEG	Am ha	enudo meda En allis Vuy allada bierne secudia bierne secudia lite Riesgo Mode seego Mode	Oceanin In	nitada continent ineda sentuta continen secunda te pobla senti	*	Paramente hörsela Dembula fecuantemente Sin finitacione Ecolente Housela problem spektia	Trainminnio Problem  Description  Description  Problem  Description  Network  Median  Religion  Turnio  MATUTINO	Limite istadome farmacci as de i de lincortine it sensoria mallo paia sin factor 1 s. asgo Rilesgo esgo	intal diterato  tigico que impli ma escricculti mais urinaria di (auditivo, visu comotito 0.5 añ ses do rinego er  estal  de TETRIBUNA	and os  al)  color identes  R EL GRAN  RUN 100  8 a 15  3 a 7  1 a 2		40 DE CAN	2 2 1 2 2 1 15 DAS CC R AMU	WITTO OYO

ged	ľ				PL	AN I	NTÉ	R. N GRA	MNI L DE	LCL	SEA JIDA	GON DO D	- A	NFE	RME	RÍA								
nospit	aı																			(A	М	ES	A	ÑO
NOMBRE:											EDA	WD:_			SĐ	(O:_			ш		$\perp$		_	
FECHADE NACI	MIEN	по:_								No.	DE C	AMA	_				. No	REC	3.:					
DIAS DE ESTAN	CIA:_	_	_	_	_	_	_	_					GRES		_	_	_		_		_	_	_	
SERVICIO: DIAGNOSTICO 1											GNO:		0 2:_											
TRASLADO A:	-												IDA:				но	DAF	ERE	CPF	90-			
F.C. SpO2 T.C.	8	9	10	11	12	13	14	15	16					21	22	23						5	6	7
170 100% 41				-				-		-	1													
160 98% 150 96% 40	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_	_	-	-	+	-	-	-
140 94%	_					-	-	-	-	-	-	-	-								-		-	$\vdash$
130 92% 39 120 90%																								
110 85% 38	_			_	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_				-		-	$\vdash$
100 80%																								
90 75% 37 80 70%	-			-	_	_	_	-	-	-	-	-	-	_				_	-	-	-	_	_	⊢
70 65% 36						-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						-	-	-	-
60 60%																								
50 <50% 35	-	-	-	-	-	$\vdash$	$\vdash$	⊢	1	$\vdash$	$\vdash$	-	$\vdash$	$\vdash$	-	$\rightarrow$	-	-	-	-	+	-	-	$\vdash$
TENSIÓN ARTERIAL	$\angle$	$\angle$	$\sim$	/	$\sim$	$\sim$	$\sim$	$\vee$	$\vee$	$\vee$	$\sim$	$\sim$	$\sim$	$\angle$	$\sim$	/	$\sim$	/	/	/	$\vee$	$\sim$	$\sim$	⊢
FREC. RESP.	+			$\vdash$	-	-	-	-	-	-	-	-	-						-		-	-	-	$\vdash$
PVC C. TEMP.									=	=	=	=									=			
GLUCOMETRAS	-			-	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	-	-	$\vdash$	$\vdash$	-	$\vdash$	_			-		+	$\vdash$	$\vdash$	⊢
CETONURIAS																								
CETONURIA GLUCOSURIA	-	_	-	-	-	$\vdash$	$\vdash$	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_	_			$\vdash$	-	-	⊢
GLOCOGON	_	SOL	UCI	ONE	S PA	REN	TER	ALE	SY	ELE	MEN	TOS	SAN	GUI	NEO	S			_		DXP	REOP	ERATO	ORIO
TURNO	MAT						JRN						-			O NO	OCT	IDAL	^					
										ACT III	10		$\vdash$	- 11	UKN	UNU	JUIT	Jren	_					
										XIII	10			- 11	URN	UNG	JC11	Jrav	_		DX F	080 F	ERAT	DRIO
											10				UKN	O NO	JC11	Jrev			DX F	080 F	ERAT	ORIO
											10			- 11	UKN	UNI	JC11	Jren				Ξ	Ξ	Ξ
											10			- 10	UKN	UNC		Jren			VAL (	DEL DO	OLOR	ĐΝ
											10			- 11	JKN	UNI		Jren			VAL 0	DEL DO	OLOR TORIO	ĐΝ
										KIII					JKN	O NO		Jren			VAL 0	DEL DO	OLOR TORIO	ĐΝ
										KII	-				URN	O NO		Jren			VAL 0 POSC INME	DEL DO	OLOR TORIO	ĐΝ
											-				URN			Jren			VAL 0	DEL DO	OLOR TORIO	ĐΝ
										KI					URN			Jren			VAL 0 POSC INME	PERA PERA DIATO	OLOR TORIO	ĐΝ
										KI					URN			Jren			VAL I POSC INMEI	PERA PERA DIATO	OLOR TORIO	ĐΝ
										KI					URN			Jrea			VAL I POSC INMEI	PERA PERA DIATO	OLOR TORIO	ĐΝ
										NI I					URN						VAL I POSC INMEI	PERA PERA DIATO	OLOR TORIO	ĐΝ
																					VAL I POSC INMEI	PERA PERA DIATO	OLOR TORIO	ĐΝ
TOTAL 8 HRS.					TOTA							ML	TOTA		RS.					ML	VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
TOTAL 8 HRS. MEDICAM	HENT			ML DO						DRAF		ML	TOTA		RS.	NOO		or			VAL I POSC INMEI	DEL DOPERA	OLOR TORIO	BN I
	MENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	MENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	MENT											ML	тотя		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	MENT											ML	TOTA		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	MENT											ML	тоти		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	тотя		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	тоти		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	тоти		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I
	HENT											ML	тоти		RS.	NCCO					VAL D PORO INME DASOE	DEL DOPERA	OLOR TORK GUIDO IAES	BN I

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 19 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

#### **10.4 NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO**

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUE	L GEA GONZÁLEZ"	aea
SERVICIO:	_		hospital
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:		_ FECHA DE NACIMIE	(то:
EDAD:SEXO:	No.EXP:		
SIGNOS VITALES: T.AF.CF.	RTEMP:	_PESO:	TALLA:
	FECHA Y HORA	DE ELABORACIÓN:	
PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:			
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:			
RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATO	RIA:		
ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUS	XX Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOH	OLYDE OTRAS SUSTANCE	AS PSICOACTIVAS):
DESIGNATION .			
PRONÓSTICO:			
EN CASO DE DEFUNCIÓN, SEÑALAR LAS CAUSAS		ICADO DE DEFUNCI	ÓNY SISE
SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NEC	CROPSIA HOSPITALARIA:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL D.E. MÉDICO Q	UE ELABORÓ LA NOTA:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RE	ESPONSABLE:		

# 5

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 20 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# **10.5 NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO**

NOTA DE INGRESO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	aea
SERVICIO:		hospital
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
SEXO:No. EXP.:		F.R
TEMP.:PESO:TV	ALLA:FECHA Y HORA DE BLABORACIÓN:	
FECHA Y HORA DE INGRESO:		
ES REINGRESO POR LA MISMA AFE	ECCIÓN EN EL AÑO SI NO	
Durante la realización de la nota de ingres problemas clínicos pendientes, resumen di plan de manejo y tratamiento, pronóstico.	o debe especificar lo siguiente: diagnóstico (s) de ingreso; p le la evolución y el estado actual, fecha y hora de procedimientos	rincipal y secundarios, realizados en su caso,
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PR	ROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PE	ROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:	

LICENCIA SANITARIA: 101400467:



SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

Hoja: 21 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# **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 FECHA DE NACIMIENTO: \_ NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): \_ CEDULA PROFESIONAL \_



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Rev.01

**Hoja:** 22 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

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

4 <b>5</b> 4	alzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcald	
hospital		TO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN 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: _		
de éste, de conformidad a lo que establece el artí Prestación de Servicios de Atención Médica artí numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10. 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;	en pieno uso de mis facultades mentales y en mi culo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento- culos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NON L.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Pri N FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIEN	de la Ley General de Salud en materia de M-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico ictica de la Anestesiología numerales 4.4,
En base a mi derecho inalienable de elegir a mi	médico, acento al Dr. (a)	como mi Médico Anestesiólogo,
	y debidamente autorizado pa	
dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, orinar, moiestias oculares o de garganta, heridas enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula pudieran causar secuelas permanentes e incluso pueda llevar a cabo	probables, son posibles y pueden ser desde leves, idolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posible boca y tos; hasta tales como aspiración del contrenales, de la presión arterial, complicaciones puespinal (así como las que al reverso del presente llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendirá co el procedimiento diagnóstico para intentar mejorar r	ión quirúrgica, dificultad transitoria para enido gástrico, descompensación de mis ilmonares, reacciones medicamentosas, consentimiento se señalan). Todas ellas in la aplicación de la anestesía es que se y/o quirúrgico llamado ni estado de salud.
anatómicas que padezca, mis antecedentes de er médico utilizado y/o a la enfermedad que condici. 5. Estoy consciente de que puedo requerir de tra otros servicios o unidades médicas, con el increm 6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dud	as y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las a	écnica anestésica o quirúrgica, al equipo Jecidido someterme. Incia hospitalaria con la participación de Iternativas anestésicas posibles y ACEPTO
anestesia tipo anestésica. 7. Se me ha explicado que mi atención pudiera in vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólog	tervenir médicos en entrenamiento de la especialida	riesgos y complicaciones de esta técnica d de anestesiología, pero siempre bajo la
9. Que existe la posibilidad de que mi procedimi procedimientos quirirgicos y/o anextésicos, o por 10. Se me ha informado que, de no existir este do 11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, fi riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al ello resolver cualquier situación que se presente de procedimiento que procedimiento y autorizo.	todos los espacios en blanco que se presentan en es ento anestésico, se retrase e incluso se suspenda causas de fuerza mayor (urgencias).  cumento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo  XOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o rey  mestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, can  lurante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a  días del mes de	por causas propias a la dinámica de los o el procedimiento quirúrgico planeado, resentado pueda ser anestesiado con los nibie la técnica anestésica intentando con mis condiciones físicas y/o emocionales.
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE O NTANTE LEGAL
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO	NOMBRE COMPLE	TO Y FIRMA DEL TESTIGO

LICENCIA SANITARIA 1014004673



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 23 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 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 Paci	ente:					Registro:
Fecha de Nacimi	ento:					Peso:
Edad:		Sexo:	mascul	ino ( )	femenino ( )	Cama:
Servicio:			Clí	nica:		Tiempo quirúrgico estimado:
Fecha de Solicitu	d:		dla	mes	año	Hora Solicitud:
Fecha de Progra	mación:		dla	mes	año	Recibe Solicitud:
Fecha de la Cirug	gía:		dia	mes	año	Hora de Recepción:
Electiva ( )	Uı	rgencia (	)	EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si) (no)
Durante la Opera	ación se r	equiere:				
Instrumental:					Colaboración de lo	os servicios de:
Nombre y firma	de quien	recibe la s	olicitud	d:	Riesgo Quirúrgico:	: I. II. III. IV.
,	•				Anestesia: Gener	al ( ) Local ( ) Regional ( )
	Médico :	Solicitante			M	édico Jefe de la División
	Fi	rma				Firma
,	Vombre		Cé	dula Profesional		Nombre Cédula Profesional
Diagnóstico Preo	peratorio	:			Diagnóstico Posto	
1					1	
2					2	
3					3	
4					4	
Operación Planea	nda:				Operación Realizad	da:
1					1	
2					2	
3					3	
4					4	
Cirujano:					Estudio Histopatol	ógico: (si) (no)
1er. Ayudante:					Pieza:	
2°. Ayudante:					RayosX:	
3er. Ayudante:					Drenajes: (si)(no	o) Tipo:
Instrumentista:					Difermimiento de 0	Cirugía: (si) (no)
Circulante:					Motivo debido a: P	Paciente ( ) Institución ( )
Anestesiólogo:					Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo	al Inicio	Previo	al Término	Hora de inicio	Cirugía:Anestesia:
Pausa Quirúrgica	SI()	NO ( )	SI (	) NO()		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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 24 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Sexo: ma	sculino ( ) fe	emenino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuenci	a Cardiaca:	por minuto		
Peso:Kgs.	Frecuenci	a Respiratoria:_	por minuto	Tensión Arterial:	_/ mmHg
Talla:Kgs.	Saturació	n de Oxigeno: _	%	Temperatura:	_ <del>°</del> C
Fecha y hora de elaboració	n de la Not	a Postoperatoria	1:		
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:			Incidentes: (SI (I Espedfique:	NO)	
Descripción de la Técnica C	Quirúrgica:				
Hallazgos Transoperatorios					
Estudios Transoperatorios y					
Estado Postquirúrgico Inme Comentarios:	ediato: Esta	able ( ) Inc	estable ( ) Fa	allecido ( )	
Plan Manejo y Tratamiento	Postoperat	orio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Comentarios:	Malo ( )				
	rado por:			Responsable de la ciru	gía
	Firma			Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 25 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 10.9 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

					Fecha y hora d	e solicitud
	erales del paciente					
Nomb	re: echa de nacimiento:			Sexp:	l" Expediente: Ocupación:	
	ugar de residencia:			Edad :	Religión:	
	léfono de contacto:			Edad .	Estado civil:	
	nástico preoperatorio:				Escolaridad:	
Diag	Cirugia planeada:				Hemotipo:	
Electiv			Emerg	encia 🗆	nemotipo:	
Tie	empo quirúrgico estimado		Emerg	Sangrado estir	nado:	
Datos de l	riesgo					
	ASA 3 o mayor				Clasificación estad	
	Edad 65 años o mayor				ASA I	Paciente sano
	IMC mayor a 35 kg/m2					Paciente con
					ASA II	enfermedad sistémica
						leve
	tia diagnosticada	<u>c</u>		n clinica de riesgo		Paciente con
	Síndrome coronario agudo o			Glucosa sérica >126mg/Dl	ASA III	enfermedad sistémica
	angina inestable.			TA > 140/90 mmHg		severa
	Intervencionismo coronario.			Creatinina >1.5mg/DI		Paciente con
	Insuficiencia cardiaca de			Equimosis, gingivorragia sin		enfermedad sistémica
_	NOVO o descompensada.		_	explicación por otra condición.	ASA IV	severa que es un
	Arritmias o bloqueos. Enfermedad vascular			Albumina < 3.0		constante riesgo para su
	periférica adquirida o			Perdida inexplicable <10% in los últimos 6 meses		vida
	periferica adquinda d congénita			Edema importante de miembros		Paciente moribundo
	congenica			pélvicos	ASA V	quien no se espera que
				Plétora yugular		sobreviva si no se opera
			_	Disnea	*****	Paciente con muerte
			_	Spo2 <94% en aire ambiente	ASA VI	cerebral, donación de
Computati	idad diagnosticada de impacto	Cincol	_	o Riesgo		órganos
cardiovas				scular periférico		
Carolovas	Diabetes mellitus			ugía aórtica y/o vascular mayor		
	Hipertensión			ugía de revascularización o embolec	tomía da miambros	
	Dislipidemia			ugía de duodeno o páncreas	comia de internuros	
_	Enf. reumaticas			sección hepática y/o cirugía biliar co	moleia	
_	EIII. IEUIIIAOLAS			ofagectomia	присја	
				tula intestinal		
				sección adrenal		
			□ Ne	umonectomía		
			□ Cir	ugía ortopédica mayor (cadera o col	umna)	
				ugía de emergencia.		
			□ Cir	ugía alto riesgo a criterio quirúrgico		

Médico y Servicio Solicitante Nombre completo, firma, cédula profesional



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 26 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

FORMATO DE VALORACION PREOPERATORIA ANESTESIOLOGÍA/ALTO RIESGO PERIOPERATORIO Antecedentes personales patológicos SI NO Infarto al miocardio Epilepsia EPOC/Bronquitis ICTUS/AIT Angina п п Hipertensión Tuberculosis FVC: Marcapasos o SAOS/Sindrome Síncope/Hipotensión cardiodesfibrilador implantable Hipoventilación del obeso ortostática Stent coronario Ronquidos Enfermedad placa motora Palpitaciones Artritis Disnea Problemas articulares Enfermedades colágena Ángor Soplos cardiacos Enfermedad reumatológica SI NO SI NO SI NO Enfermedad tiroidea ERGE Anemia Enfermedad hepática no Hernia hiatal TEP / TVP obstructiva Ictericia Úlcera gástrica o duodenal Discrasias sanguíneas Enfermedad intestinal Otros hematológicos Enfermedad renal (malabsorción, intestino corto) Enfermedades urológicas Enfermedad inflamatoria intestinal Diabetes SI NO Si afirmativo, fecha de Cáncer previo de cualquier tipo diagnóstico: Tratamiento Cirugía 🗆 Quimioterapia 🗆 Radioterapia 🗆 Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión? Antecedentes personales patológicos – información adicional Antecedentes personales no patológicos Alergias: Especificar reacciones: Uso crónico de opioides No 🗆 Especificar: Alcoholismo (si afirmativo, cantidad por semana): Ex fumador 🗆 Tabaquismo No fumador 🗆 Fumador Exposición a biomasa Cigarrillos por día: Toxicomanías (si afirmativo, especificar producto y frecuencia) FUM: Posible embarazo: Sí□ No□



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 27 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias

División Anestesiología

Antecedentes	anestésico-o	auirurgicos

Fecha	Cirugía		ió UCI o Insfusión
		SI	NO
HISTORIA	ANESTÉSICA		
Problema	s anestésicos		
Si afirmat	ivo, ¿cuál fue el problema?		
	Paro cardiorrespiratorio		
	Anafilaxia		
	Intubación difícil o fallida		
	Hipertermia maligna		
	Náusea y/o vómito postoperatorio		
	Mal control del dolor en el postoperatorio		
	Cefalea pos punción		
	Bloqueo neuroaxial difícil		
	Lesión neurológica		
	Otros (especificar):		

Exploración física e interrogatorio por aparatos y sistemas

Observaciones basales							_			
Altura	m		Peso		kg		Índice	de masa cor	ooral	
Presión arterial		mmHg	Frecuencia	de pulso		lpm	Ritmo	de pulso	Regular □	Irregular □
A. Vía aérea										
			SI	NO					NORMAL	ANORMAL
Predictores de ventilació	ón difíc	:il			Dentadu					
Especifique					Especific					
Cirugía cervical previa						ento cen				
Apertura bucal		Mallampa			Protrusi	ón mand	ibular			
Patil Aldreti		Circunfere	encia cuello		Distanci	a esterno	mentor	niana		
Se espera vía aérea difíc	:il									
B. Respiratorio					C. Cardi	ovascula	г			
Frecuencia respiratoria		/min							SI	NO
Campos pulmonares cla	ros		SI 🗆	NO 🗆	Ortopne					
Expansión		Buena 🗆	Dero	Izq 🗆	*Númer	o de alm	ohadas	para dormir:		
Entrada de aire		Buena 🗆	Mod □	Pobre 🗆	Disnea e	en repos	)			
Sibilancias			SI 🗆	NO 🗆	Disnea e	en esfuer	ZO			
Tos			SI 🗆	NO 🗆	*Subir 1	piso de	escalera	S		
Esputo			SI 🗆	NO 🗆	*Subir 2	pisos de	escaler	as		
Hemoptisis			SI 🗆	NO 🗆	Ángor/a	ngina co	n el esfu	erzo		
Tráquea	Cent	ral 🗆	Desviada 🗆	I	Distanci	a mínima	que car	mina en pron	nedio en super	ficie plana:
SpO2	1	% aire amb	iente		Caminat	a limitad	la por:			
Espirometría (en caso de					Dolor	articula		Angina 🗆	Do	lor de piernas 🗆
contar con el estudio):										
Flujo pic	0	L/min			Dese	quilibrio		Fatiga 🗆		Falta de aire 🗆
FEV1					Otro(s)	síntoma(	s):			
FVC					Ruidos	ardiacos		Normales o		Anormales 🗆
PEFR					Si anorn	nales, de	scribir:			
					Edema p	periférico	) Sic	□ No □	Extensión:	
					Ingurgit	ación yu	gular	Si 🗆	No 🗆	



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 28 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

tros hallazgos	a la exploració	n física:					
xámenes de la	boratorio v gal	ninete				Fecha:	
Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado
Hemoglobina		Urea*		Fosforo*		TFG*	
Hematocrito		Creatinina*		Magnesio*		Insulina*	
Plaquetas		BUN*		BT/BD*		нома*	
TP		Sodio*		TGO/TGP*		HbA1C*	
INR		Potasio*		FA*		Otros exámen	es de Laboratorio:
TPT		Calcio*		GGT*		1	
Glucosa*		Cloro*		Albúmina*		]	
*EN PACIENTES CUYA CO	OMORBILIDAD, TIPO DE	CIRUGÍA O SITUACION C	LÍNICA ASÍ LO AMERITE			•	
Estudios de gal Rx tórax	binete		Fecha	EKG			Fb-
KX TOTAX			recna	EKG			Fecha
Ecocardiogram	a		Fecha	Otros:			
/aloración de la	capacidad fur	ncional		•			
uke Activity Sc							
			untaje 58.2)				
equiere prueba	de caminata	SI D N	O (En a	aso afirmativo,	, ver hoja anexa (	de caminata)	
tras valoracion	nes						
n caso de pacie TOP-BANG:	ente obeso (Api		untos	Riesgo: Bajo □	Intermedio 🗆	Alto 🗆	
s I	Т	0	P	В	A	N	G
	ra SAOS, result	ado valoración	ESS:	, - ,			
n caso de pacie	ente geriátrico	(Aplica: Sí a No	o =)				
Valoración cogni Escala:			-	Valoración fra Escala:	gilidad (Robinson	Criteria) Punta	je:
Déficit: SI c				_	NO -		
Grado: Lev	e □ Mode	rado □ Severo	0.0	Grado: I	eve   Modera	ido □ Severo	



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 29 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

	Puntaje	BAJO	MOD	ALTO	MORTALIDAD	Aplica:	SI	NO	% Riesgo
Pulmonar (ARISCAT)					P-POSSUM		_		
Cardiaco (RCRI, AHA 2014)					SORT*				
Trombo embolico (Caprini)					ASA				
Quirúrgico (AHA 2007)					Nottingham Hip S	core			
					Obesity Risk Score	2			
En caso de FA:	CHA2D52-VASC	% Riesgo:		_	SOFA				
SÍ 🗆 No 🗆	HAS-BLED	% Riesgo:							
Sargical Datcome Risk Tool Técnica anestésica propu	acta.				Droné				
Plan de manejo:	25181				PIONO	,suco:			
rian de manejo:									
Médico que rea	aliza la valoración	1			Médico r	esponsable		_	
INTERCONSULTAS									
INTERCONSULTAS									
Motivo de Interconsult	a:								
Motivo de Interconsult					Medicina Int	erna 🗆			
					Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗆			
	D Ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🏻			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🏻			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			
Cardiolo	D Ogía				Medicina Int	terna 🗈			

# SALUD SECRETARIA DE SALUD

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 30 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 10.10 LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CÍRUGIA



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

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	No. de Registro:	Fecha:
Edad:Especialidad:	Procedimie	nto Quirúrgico:	
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA		DE QUE EL ,PACIENTE SALGA E LA SALA QUIRÚRGICA
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA		SALIDA
ELPACIENTE HA CONFIRMADO SU IDENTIDAD EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO SU CONSENTIMIENTO  MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO NO PROCEDE  SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA  OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ¿TIENE EL PACIENTE: NO SI VÍA AFREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN? NO SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO / AYUD A DISPONIBLE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 MLKOS EN NIÑOS)?  SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO YLÍQUIDOS ADECUADOS CRUCE DE SANGRE HEMODERIVADOS DISPONIBLES	CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYNN PRESENTADO POR SU NOMBREY FUNCIÓN  ENTR EL CIRLUANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERÍA C ONFIRMAN VERB ALMENTE: (TIME OMT . LA IDENTIDAD DEL PACIENTE . EL SITIO QUIRD'REJCO . EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR  PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS  EL CRUJANO COMENTA: LOS PASO CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA  EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECIFICO  EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVESA: SI SEN ACONFIL LA ESTERILIDAD JCON RESULTADOS DE LOS INDICADO Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS O INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS VEL CONTEO DELMIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS « 60 MINUTOS? . SI NO PROCEDE  ¿SE HA AD MINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS « 60 MINUTOS? . SI NO PROCEDE  ¿PUED EN VISUALIZARSE LAS IMÁ GENES DIACNÓSTICAS ESENCIALES? . SI NO PROCEDE	Impo Furra)  QUEEL RECUI GASAS, COMP LA IDENTIFICA MUESTRAS (Q SI HAY PROBL RELACIONAD (LOS EQUIPOS)  EL CIRCUIANO, DE ENFERMES ASPECTOS DEL PACIENTE TROMBOEMBO JEXISTIERON LOS EQUIPOS  ASPECTOS ASPECT	EQUIPO QUIRÚRGICO  EL PROCEDIMIENTO REALIZADO  ENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, RESAS YAGUJAS SEACORRECTO. CIÓN Y EL ETI QUETADO DE LAS  UE FISUR EL NOMBRE DEL PACIENTE) EMAS QUE RESOLVER SI CON EL INSTRUMENTAL Y  EL ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO BIACOMENTAN LOS PRINCIPALES LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO ((EJEM. PLAN ANALGESIA), PROFILADIS DUICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)  EVENTOS ADVERSOS?
NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO Y CED. PROF.	HOMBRE I FIRMA DEL GIROSANO I GED. PROP.	NOMBRE I FIRMA	E EN EN ENMENAVIROUEARTE I VEU. PROF.

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

Licencia Sanitaria 1014004673 06-02-0289



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 31 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 10.11 NOTA TRANSANESTÉSICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González DIVISIÓN DE AN ESTESIOLOGÍA

Nombre del paciente:	Decition		Fectia y	nora de ela	apora don: _		
Edad: Sexo:			Fedha d	te nacimien	to:		
Diagnósticos y problemas clínicos:							
Cirugía programada:							
Cirugía realizada:FCFCFCFCFCT	rn.	Toron	Dono		Telle	5-02	
Signos vitales: IAFC	FK	_lemp	Peso_		Talla	SpO2	
Inicio de anestesia:	ermino de anestesia:		Inicio cirugia	N:	lermino	cirugia	
Dosis de los medicamentos y/o age	entes que fueron util	izados y los ti	empos en qu	e fueron ad	lministra dos	5:	
Técnica anestésica utilizada:					Intubac	ción: SL	NO
Dispositivo supraglótico: SIN	VOEspecifique	<u> </u>					
Se utilizaron fármacos para revertir	r: SINO	¿Cuáles?					
En caso de tratarse de un bloqueo	de conducción						
Tipo de bloqueo			Localiz	adón			
Recién nacido							
Hora de nacimiento:S	iexo:Peso:_	Talla	1:AP	GAR:C	apurro:	Silverma	inn:
Balance hidrico							
Tipo y cantidad de líquidos adminis	strados: Cristaloides:		Coloides:		Otros:_		
Hemoderivados:	Espeafique:_			Delegat			
Ingresos:				Baland	e total:		
Contingencias, accidentes o incider	ntes:						
			es de els house				
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC	FR	Fecha y hor	Pesc		Talla	Sp0	)2
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada:	FR	Fecha y hor Temp	Pesc		Talla	SpC	02
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada:	FR	Fecha y hor Temp	Pesc		Talla	SpC	)2
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic	FRstrados:cios auxiliares de dia	Fecha y hor Temp gnóstico y tra	Peso Duració stamiento tran	o ón de la ane nsa nestésio	Talla stesia: s:		
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic	FRstrados:cios auxiliares de dia	Fecha y hor Temp gnóstico y tra	Peso Duració stamiento tran	o ón de la ane nsa nestésio	Talla stesia: s:		
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic	FRstrados:cios auxiliares de dia	Fecha y hor Temp gnóstico y tra	Peso Duració stamiento tran	o ón de la ane nsa nestésio	Talla stesia: s:		
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC- Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci	FRFR	Fecha y horTemp _ gnóstico y tra gresos Cristaloides_	Pesc Duració stamiento tra	oon de la ane nsa nestésio Bal Coloides	Talla stesia: s: ance total .	Otros:	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:	FRstrados:  cios auxiliares de dia  fiones administradas:  specifique:	Fecha y horTemp gnóstico y tra igresos Cristaloides_	Pesc Duració stamiento tras	oon de la ane nsa nestésio Bal Coloides	Talla stesia: s: ance total .	Otros:	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:Es Incidentes y accidentes atribul bies	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igresos Cristaloides	Pesc Duració	nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Talla stesia: s: iance total .	_Otros: _Sangrado:_	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:Es Incidentes y accidentes atribul bies	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igresos Cristaloides	Pesc Duració	nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Talla stesia: s: iance total .	_Otros: _Sangrado:_	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:Es Incidentes y accidentes atribul bies	FR	Fecha y hor Temp _ gnóstico y tra igresos _ Cristaloides_ italización_	Pesc Duració	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC- Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: El Incidentes y accidentes atribuíbles Aldrete del paciente a su egreso_ Plan de manejo y tratamiento inme	FR	Fecha y hor	Pesc Duració stamiento tras	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA_FC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: El Incidentes y accidentes atribul bles Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inmi Analgesia planeada: IV	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igre sos Cristaloides is ta lización ifique tra igre sos ifique tra igre sos infique tra igre sos tra igre sos infique tra igre sos	Pesc Duració stamiento tras	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TA FC- Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: El Incidentes y accidentes atribuíbles Aldrete del paciente a su egreso_ Plan de manejo y tratamiento inme	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igre sos Cristaloides is ta lización ifique tra igre sos ifique tra igre sos infique tra igre sos tra igre sos infique tra igre sos	Pesc Duració stamiento tras	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: IngresosCuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:E Incidentes y accidentes atribul bles Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inmi Analgesia planeada: IVRegion:	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igre sos Cristaloides is ta lización ifique tra igre sos ifique tra igre sos infique tra igre sos tra igre sos infique tra igre sos	Pesc Duració stamiento tras	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servio Balance Hídrico: IngresosCuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:E Incidentes y accidentes atribul bles Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inmi Analgesia planeada: IVRegion:	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igre sos Cristaloides is ta lización ifique tra igre sos ifique tra igre sos infique tra igre sos tra igre sos infique tra igre sos	Pesc Duració stamiento tras	on de la ane nsanestésio Bal Coloides Diuresis:	Tallastesia:ssesia:	_Otros: _Sangrado:_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA  Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: Es Incidentes y accidentes atribulibles Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inm Analgesia planeada: IVRegion: Nombre completo del anestesiólog	FR	Fecha y hor Temp gnóstico y tra igre sos Cristaloides is ta lización ifique tra igre sos ifique tra igre sos infique tra igre sos tra igre sos infique tra igre sos	Pesc Duració Duració traniento tran	on de la ane nsanestésio Ral Coloides Diuresis:	Talla	_Otros: Sangrado_ _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA  Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos.  Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:E Incidentes y accidentes atribuí bles Aldrete del paciente a su egreso.  Plan de manejo y tratamiento inmu  Analgesia pianeada: IVRegion: Nombre completo del anestesiólog	FR	Fecha y horTemp gnóstico y tra gresos Cristaloides_ i ta lización iifique al y firma	Pesc Duració  Duració  UCPA  Fec	on de la ane nsa nestésio Bal Coloides Diuresis: UCI	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA  Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hidrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:E Incidentes y accidentes atribuíbles Aldrete del paciente a su egreso. Plan de manejo y tratamiento inm Analgesia pianeada: IVRegion: Nombre completo del anestesiólog	FR	Fecha y horTemp gnóstico y tra gresos Cristaloides_ i ta lización iifique al y firma	Pesco Duració Duració La Companyo de	on de la ane nsa nestésio Bal Coloides Diuresis: UCI	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados:Es Incidentes y accidentes atribulbles Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inmi Analgesia planeada: IVRegion: Nombre completo del anestesiólog	FR	Fecha y hor	Pesc Duració  Duració  UCPA  Fec  Talla	on de la ane nsa nestésio Bal Coloides Diuresis : UCI tha y hora: Sp02	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA  Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: Es Incidentes y accidentes atribulibles Plan de manejo y tratamiento inm Analgesia planeada: IVRegion: Nombre completo del anestesiólog  NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO Grugía realizada: Signos vitales: TAFC.	FR	Fecha y hor	Pesc Duració  Duració  UCPA  Fec  Talla	on de la ane nsanestésio Ball Coloides Diuresis: UCI	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra	
NOTA POSTANESTÉSICA Signos vitales: TAFC_ Técnica anestésica utilizada: Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servic Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o soluci Hemoderivados: Es Incidentes y accidentes atribulbies Aldrete del paciente a su egreso Plan de manejo y tratamiento inm Analgesia planeada: IVRegion. Nombre completo del anestesiólog  NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO Grugía realizada: Signos vitales: TAFC.	FR	Fecha y hor	Pesc Duració Duració Talla	on de la anestésion de la anestésion sa nestésion sa nestésion de la Coloides	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra _Bromage	EVA
Fármacos y medicamentos adminis Resultado de estudios de los servicios Balance Hídrico: Ingresos. Cuantificación de sangre y/o solucionente de la completa del anestesiólog NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO Grugla realizada: Signos vitales: TA. FC. Evolución y tratamiento durante su	FR	Fecha y hor	Pesc Duració Duració Talla	on de la anestésion de la anestésion sa nestésion sa nestésion de la Coloides	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra _Bromage	EVA
NOTA POSTANESTÉSICA  Signos vitales: TA. FC.  Fécnica anestésica utilizada:  Fármacos y medicamentos adminis  Resultado de estudios de los servic  Balance Hídrico: Ingresos.  Cuantificación de sangre y/o soluci  Hemoderivados: E.  Incidentes y accidentes atribuí bites  Aldrete del paciente a su egreso.  Plan de manejo y tratamiento inm  Analgesia planeada: IV. Region.  Nombre completo del anestesiólog  NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO  Grugía realizada:  Signos vitales: TA. FC.  Evolución y tratamiento durante su  Sittio a donde egresa: Hospitalizad	FR	Fecha y hor	Pesc Duració Duració Talla	on de la anestésion de la anestésion sa nestésion sa nestésion de la Coloides	Talla_stesia:	_Otros:Sangrado _Otra _Bromage	EVA



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 32 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



# HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



								Н	JJA T	RA	NS-	ANE	STI	ESI	CA												<u> </u>				
																FECH	IA:			HOF	RA:			NO D	E REGISTRO:						
NOMBRE DEL PACIE	NTE:															FECH	IA DI	ENACIN	MENTO	):						EDA [	<b>)</b> :				
DIA GNOSTICO PREC	PERATORIO:																														
OPERACIÓN PROPUI	STA:												OPE	RAC	JÓN RE	ALIZ	ADA	v:													
INICIO DE ANESTESIA	A:	TERMIN	NO DE	EANE	STES	.:				[	DURA	\alon	N DE	LA	ANES	TESIA	۸:														
INICIO DE CIRUGÍA:		TERMIN	10 DE	E CIRL	JGÍA:					[	DUR/	ACIÓI	N DE	LA	CIRUG	ÍA:															
RIESGO ANESTÉSIO	O QUIRÚRGICO:				MED	ICACIO	ÓN PR	EAN	STÉS	CA:	(	(SI)		(N	IO)	A١	OTA	R:													
HORAS DE AYUNO: POSICIÓN DEL PACIENTE:																															
TIPO DE ANESTESIA: Total Intravenosa ( ) General Balanceada ( ) Sedación ( ) Bloqueo Subaracnoideo ( ) Bloqueo Peridural ( ) Com										Comb	inada	a ( )	N	lixta (	)	Loca	al (	)													
Bloqueo Caudal ( ) Bloqueo hterescalenico ( ) Bloqueo Axilar ( ) Bloqueo Supraclavicular ( ) Otros: Nivel Bloqueo																															
VÍA AÉREA: Masca	rilla Laríngea ( )	Numero		Tub	o endo	raque	al: N	asal	( ) 0	ral	( )	Calil	bre		Globo	(SI)	(NC	) Pne	umota	oon	amier	nto	0	TROS A	νDIT.	AMEN	110	s			
TIPO DE VENTILACIÓ	N: Manual (M)	Mecán	ica	(MC)	Asistid	a (A)	Cont	rolada	a (C)	PE	EP				Volur	men T	idal			Fred	uenc	cia Re	spira	atoria			F	RI:E			
HORA:				15	30	45			15	30	)	45			15	30	)	45		1	5	30		45		15	5	30		45	
																										Ш					
AGENTES				Ш						П	Ш	Ш				Ш								Ш		Ш	Ţ	П	П		
	1	1	-	Ш				Н		Н	++		4	4	+++	+	+	++		+	Н	Н	H	Ш	Н	Ш	+	4	Н	4	4
FÁRMACO	DOSIS	VÍA	+	Ш				+		Н	+	+	+	+	+++	+	+	+++		+	Н	Н	Н		Н	Н	+	Н	Н	+	+
			Н	Н			-	Н		Н	+	+	+	+		+	+			+	Н	Н	Н		Н	Н	+	+	Н	H	+
			+	Ш			+++	$\vdash$		H	+	+	+	+		$^{+}$	+			$^{+}$	Н	Н	H		Н	Ш	+	+	H	+	+
				Ш						П	$\Box$	$\top$			ш	$\forall$				Ť		П		ш	П	Ш	$\top$	$\top$	П		$\Box$
				Ш						П	П	П			Ш	$\Box$				T	П	П		Ш	П	П		П	П		П
											Ш	Ш				Ш				Ι						Ш	$\perp$	П	П		П
			Ш	Ш			$\perp$	ш		Ш	Ш	Ш			Ш	Ш	Ш			$\perp$	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш	ш	4	Ш	Ш		Ш
			4	Ш			4	ш		Ш	Ш	Ш		$\perp$	Ш	Ш	Ш			$\perp$	Ш	Ш	Ш	ш	ш	Ш	4	4	Ш		Ш
	<u> </u>		4	Ш			-	ш		Н		Ш	$\perp$	4	ш		$\perp$			+	Ш	1	Ш	ш	н	Ш	+	4	Ш		1
X Presión Arterial		220	4	Ш				ш		Н		-	$\perp$	$\perp$	$\sqcup$		$\perp$	+		+	Н	1	Н		н	$\vdash$	+	#	Н	4	1
Frecuencia cardia	ca	200	+	Ш				ш		Н		-	4	+			+			+	Н	-	H	$\vdash$	н	Ш	+	+	Н	-	+
Respiración		180 160	+	Ш				$\vdash$		Н		+	+	+	+++	+	+			+	Н	Н	Н	+++	Н	Н	+	++	+	-	+
Δ Temperatura 1 Ingreso		140	+	Н			++-	$\vdash$		Н	+	+	+	+	+++	+	+			+	Н	Н	Н		Н	H	+	++	+	H	+
2 Inicio de Anestesia	-	120	+	Н			-	$\vdash$		Н	+	+	+	+	+++	+	+			+	Н	Н	Н	+++	Н	Н	+	+	+	-	+
3 Inicio de cirugía	2	100	+	Н			-	Н		Н		+	+	+		-	+			+	Н	Н	Н		Н	7	+	+	+	H	+
4 Final cirugía		80	+	Н	+	++	+	+		Н	+	+	+	+									+	+							
5 Final Anestesia		60	$\vdash$	Ш	+	+	+		++	Н	+	$\forall$		$^{\dagger}$	++	+				t	$\vdash$	$^{\dagger}$	$\vdash$	$^{\dagger\dagger}$	Н	Н	$^{\dagger}$	+	Ħ	+	+
6 Recuperación		40		Ш						$\Box$	$\Box$	$\Box$			Ш	$\forall$				Ť				ш	П	П	$\top$	+	П		$\Box$
		20		Ш						П	$\top$	$\sqcap$		$\Box$		$\top$	П			Ť	П	П	П		П	П	Ť	П	П	Т	П
Tiempos: 1 al 6																I	П	П		П											



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 33 de

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 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/ó Paliación de Síntomas con Opioides.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

<u>La carta de consentimiento informado</u> 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 /ó 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, estrefimiento, nausea, 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 diminución 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/ó malformaciones en él bebe, dependiendo del medicamento que usted utilize. Si está o planea embarazase coméntelo a su médico.

Los opioides puden 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: escurrimiento 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 codeina, tramadol, oxicodona, 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 sindrome de abstinencia y aumentar el dolor. De la misma manera si algún otro médico me indica otros medicamentos debo informar a mi médico tratante.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 34 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO



de

CDMX a

Nombre



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

de 201

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.

No de Expediente

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

He sido informado de que recibire opioide	es para el tratamiento para el dolor y/o otros síntomas.
El medicamento que tomaré es:	
La dosis que recibiré es de:	
posibilidad de causar dependencia física suspenda los medicamentos sin consulta	
Deseo voluntariamente aceptar el trata	miento que se me propone.
Nom	bre/Firma del Paciente
Testigos	
Nombre:	Firma
Dirección:	
Teléfono:	Parentesco
Nombre:	Firma
Dirección:	
Teléfono:	Parentesco
Nombre y firma del Médico:	Fecha
representante legal (si este es el caso es representante.) Nombre:	decidir, es necesario el CONSENTIMIENTO de su criba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del <u>Firma</u>
Dirección:	
Teléfono:	Parentesco



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 35 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 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.

<u>La carta de consentimiento informado</u> 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 testifgos 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 tratamiento 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 conciencia, sin acortar o prolongar la sobrevida por la enfermedad que padezco.

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.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 36 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO





Se me siguiente:				cla	ramen	ite	que	la	indic	ación	espe	ecífica	en	mi	caso	es	la —
																	_
Firme este de este m original firr	anejo	. Una															
Recibir est derechos d								r mo	mento	puede	decidi	r no co	ontinua	ar con	este si	n que	sus
En caso d asignado															que s		naya 3206
CDMX a		de		de 20	01												
Nombre Direction_										_	No	de		Expe	diente_		
							Te	elefor	10								
riesgos qu síntomas o psicológico importante Nombre/Fi Testigos:	que n o, orie de e	ni enfe entaci ste es	ermeda ón nut fuerzo	ad o tr riciona . <u>Dese</u>	atamie al y co eo volu	nto n nseje intari	ne es ería. iame	tán ( Tami nte a	ocasior bién se	ando y me h	y que na exp	recibire licado	é trata que i	mient mi fan	o médio nilia for	co, a	ooyo
Nombre:										Firma							
Dirección: Teléfono:									P						<u> </u>		
Nombre:_										Firma_							
Dirección: Teléfono:_									P	arente	sco				_		
Persona q	ue ob	tiene	el cons	sentim	iento: N	Nomb	ore, fii	rma y	y fecha								
Si la perso legal (si es																ante	
Nombre: Dirección:									F	irma							
Teléfono_									Par	entesc	o						



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 37 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

# 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:

<u>La carta de consentimiento informado</u> 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 ayudar 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 38 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO





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 lo 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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 39 de 40

#### PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO





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.

ibre e informa	ada el no inst	aurar o interrumpir a	lgún tratamiento. De ser así usted deberá llenar y firmar
el anexo a es	te consentim	iento sobre Adecuad	ción de Esfuerzo Terapéutico.
Se me ha info	ormado clarai	mente que mi pacier	nte cumple criterios para las siguientes enfermedades:
			isted y su familia consideren que está suficientemente
nformado de	este manejo.	Este documento pe	rmanecerá en su expediente clínico y se dará una copia
al paciente o	familiar resp	onsable. En caso d	e cualquier duda comunicarse con la a la División de
Cuidados Pali	iativos y Clín	ica del dolor a los te	léfonos 40003000 Ext 8010 y 8017.
		•	lquier momento puede decidir no continuar con este sir se pierdan. (Aplica página 1 a 5 del presente
CDMX a	de	del 20	
Nombre del p	paciente		
Dirección			
			Teléfono



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev.01

**Hoja:** 40 de 40

# PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

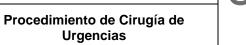




Nombre y Firma del Testigo 1
Parentesco con el paciente
Dirección y Teléfono
Nombre y Firma del Testigo 2
Parentesco con el paciente
Dirección y Teléfono
Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el CONSENTIMIENTO de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)
Nombre:Firma
Dirección:
TeléfonoParentesco
Nombre y firma del Médico que obtiene el Consentimiento Informado:
Observaciones y/ó peticiones especiales:



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



ged hospital Rev. 0

Hoja: 1 de 35

# 7. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 2 de 35

#### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

#### 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



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 3 de 35

#### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

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.



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 4 de 35

- 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.

# D

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 5 de 35

- 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":

CATEGORIA	TIEMPO IDEAL PARA QUIROFANO	POSIBLE ESCENARIO	NIVEL TRIAGE	NOTAS
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 ORGANO, EXTERMIDAD O TEJIDO ES INMINENTE
URGENTE	PRIMERAS 4 HORAS	PROBABILIDAD DE CHOQUE DENTRO DE LAS PROXIMAS 4 HRS	3	



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



#### Rev. 0

Hoja: 6 de 35

		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

#### **PROCEDIMIENTO**



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

# Procedimiento de Cirugía de Urgencias

# 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE URGENCIAS VALORACIÓN Y	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN PRIMARIA	Hoja de Triage
CONSULTA		¿El paciente es Prioridad 1?	
	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: Continua 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	

### **PROCEDIMIENTO**



# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

	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: Continua 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	

# SALUD SECRETARÍA DE SALUD

### **PROCEDIMIENTO**

# SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

	22	Elabora y entrega solicitud de quirófano y Valoración Pre-anestésica	
DIVISIÓN DE ANTESTESIA	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	27	Reciben al paciente en el quirófano	
QUIROFANOS	28	Realiza PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE QUIRÓFANOS	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	



#### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

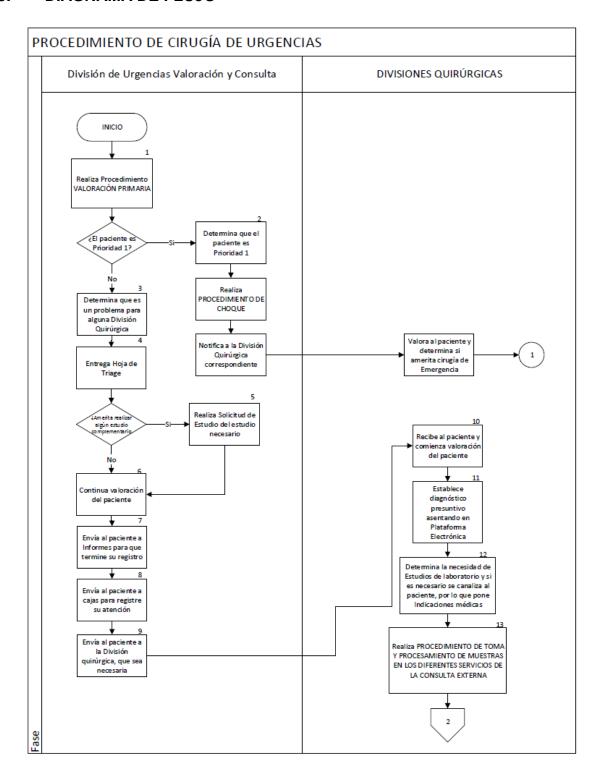
gea

Rev. 0

Hoja: 10 de 35

#### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

#### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



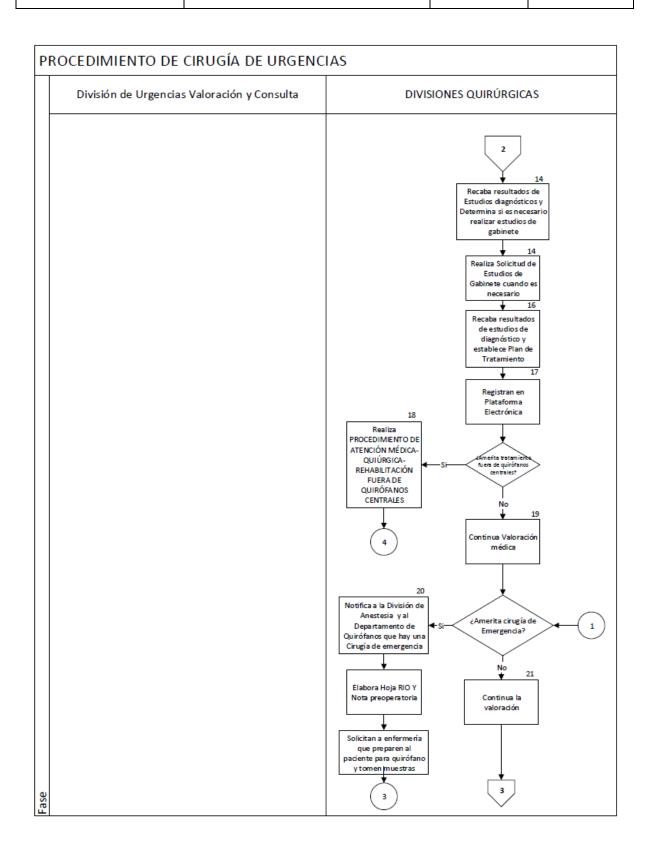


### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 11 de 35



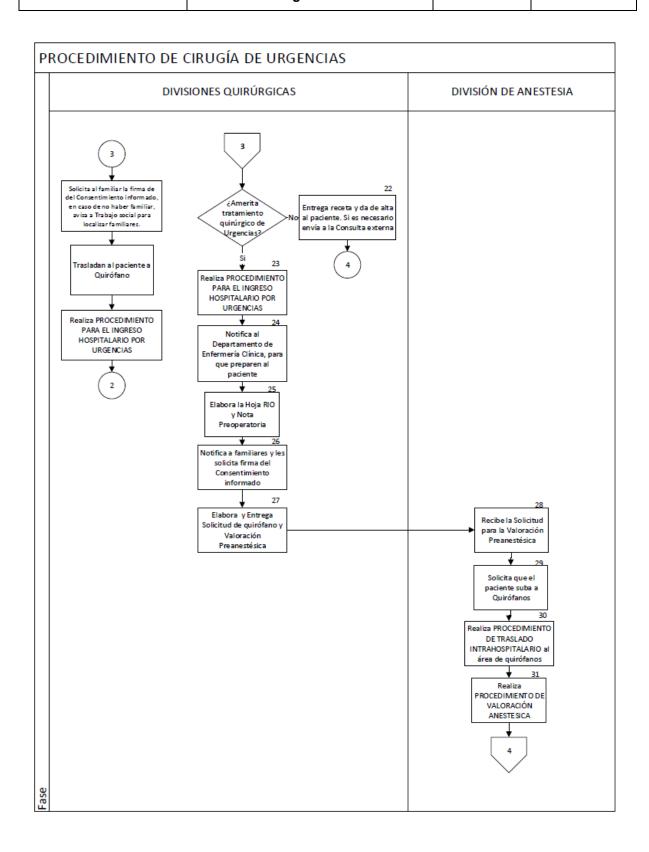


### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 12 de 35



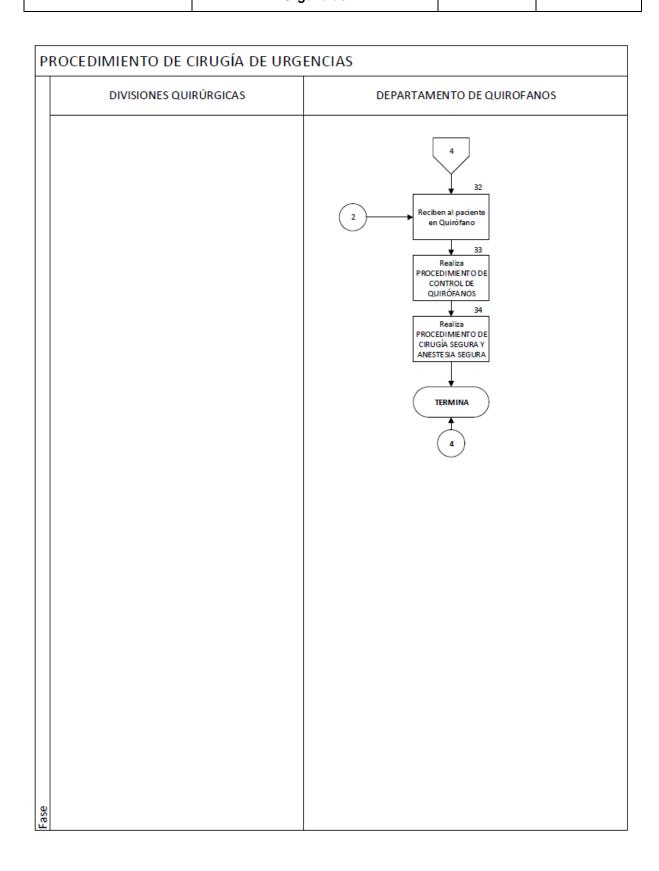


### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 13 de 35





### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 14 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### 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 conservario	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 instruméntales o quirúrgicos
- **8.4 Inducción anestésica**: Fase en la cual se administran medicamentos que produce hipnosis, analgesia y relajación muscular.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 15 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

- **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
		<ul> <li>SE ACTUALIZAN POLITICAS Y LINEAMIENTOS</li> </ul>
01	7/12/2021	<ul> <li>SE ACTUALIZA DIAGRAMA Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</li> </ul>
		<ul> <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



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 16 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### 10.1 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES

g	ea
	nospital

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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Sexo: ma	sculino ( )	femenino ( )	Cama:	
Servicio:		Clínica:		Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	dia	mes	año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	dia	mes	año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	dia	mes	año	Hora de Recepción:	
Electiva ( )	Jrgencia (	) EMER	GENCIA ( )	Ambulatoria (si) (no)	
Durante la Operación se	requiere:				
Instrumental:			Colaboración de los		
Nombre y firma de quier	ı recibe la solid	citud:	Riesgo Quirúrgico: Anestesia: Genera	I. II. III. IV. I() Local() Regional()	
Médico Solicitante		Mé	dico Jefe de la División		
Firma				Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre Cédula Profesional	
Diagnóstico Preoperatori	Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postop	eratorio:	
1			1		
2			2		
3		3			
4			4		
Operación Planeada:			Operación Realizada	a:	
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:			Difermimiento de Cirugía: (si) (no)		
Circulante:			Motivo debido a: Paciente ( ) Institución ( )		
Anestesiólogo:			Especifique:		
		evio al Término	Hora de Inicio C	irugía:Anestesia:	
Pausa Quirúrgica SI ( )	, ,	I() NO()	Hora de término C	irugía: Anestesia:	
Gasas SI()		I() NO()	6 1 ( 1)		
Compresas SI()		I() NO()	Sangrado (ml):	ml.	
Instrumental SI()	, ,	I() NO()		( NO )ml.	
Punzocortantes SI()	NO() S	I( ) NO( )	Balance Hidrico:	ml.	

06-01-0028 LICENCIA SANITARIA 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 17 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias



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

Nombre del Paciente:				Registro:	
Fecha de Nacimiento:				Peso:	
Edad:	Sexo: ma	sculino ( ) fe	menino ( )	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuenci	a Cardiaca:	por minuto		
Peso:Kgs.	Frecuenci	a Respiratoria:	por minuto	Tensión Arterial:	_/ mmHg
Talla:Kgs.	Saturació	n de Oxigeno:	%	Temperatura:	_ <del>°</del> C
Fecha y hora de elaboració	n de la Nota	a Postoperatoria	:		
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:			Incidentes: (SI (N Espedfique:	NO)	
Descripción de la Técnica C	, a.i. a.i gicai				
Hallazgos Transoperatorios	:				
Estudios Transoperatorios y	/ Resultados	s:			
Estado Postquirúrgico Inme Comentarios:			stable ( ) Fa	allecido ( )	
Plan Manejo y Tratamiento	Postoperat	orio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno ( ) Comentarios:	Malo ( )				
Elabo	rado por:			Responsable de la ciru	gía
ı	Firma	1		Firma	
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 18 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### **10.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**



SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" Calz. De Tialpan 4800, Col. XVI Tialpan 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 MEDICA, CAPITULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81,82 Y 83.
El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacmiento con 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 vigitancia y supervisión de mi Médico responsable
El médico me ha permitido realizer 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
médico y en tales condiciones CONSIENTO que se mie réalice el procesimiento 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 dlas del mes de del 20
Hora:
TIVI 0
E .
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

Procedimiento de Cirugía de Urgencias

ged hospital Rev. 0

Hoja: 19 de 35

### **10.3 SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

torl	SOLICITUD DE INTER	RCONSULTA	9
FECHA DE SOLICITUD:	HORA DE SOLI	CITUD:N	o. EXP.:
NOMBRE COMPLETO DEL PAC	EIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:	CAMA
SERVICIO SOLICITANTE:		And the state of t	- Carlon West
INTERCONSULTA AL SERVICIO	DE:		
MOTIVO:			
IN THE SMATHER VIOLENCE IN THE SECOND			- 1 UV SUI

PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

LICENCIA SANITARIA 1014004673

RECUERDE LLEVAR ESTE FORMATO AL REALIZAR LA INTERCONSULTA, YA QUE DEBE SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

NOTA: DEBE PRESENTAR ESTE FORMATO EL DÍA DE SU CONSULTA PARA PODER BRINDARLE UNA MEJOR ATENCIÓN, YA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 20 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### 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 LLEN	VADO POR EL SERVICIO SOLICITA	ANTE					
						Fecha y hora d	e solicitud
Datos gener Nombre:	rales del paciente					N° Expediente:	
	ha de nacimiento:			Ses	KO:	Ocupación:	
	zar de residencia:				ed:	Religión:	
-	fono de contacto:					Estado civil:	
Diagné	istico preoperatorio:					Escolaridad:	
Ci	rugia planeada:					Hemotipo:	<del></del>
Electiva Tiem	□ Urgente po quirúrgico estimado		Emerg	encia 🏻	Sangrado es	timado:	
Datos de rie	2500					_	<del></del>
	ASA 3 o mayor					Clasificación estad	o físico ASA
_	Edad 65 años o mayor					ASA I	Paciente sano
	IMC mayor a 35 kg/m2						Paciente con
						ASA II	enfermedad sistémica leve
	diagnosticada		ondició	n clínica de riesg	_		Paciente con
	Síndrome coronario agudo o			Glucosa sérica		ASA III	enfermedad sistémica
	angina inestable.			TA > 140/90 n			severa Paciente con
	Intervencionismo coronario. Insuficiencia cardiaca de			Creatinina >1. Equimosis, gir			enfermedad sistémica
	NOVO o descompensada.				or otra condición.	ASA IV	severa que es un
	Arritmias o bloqueos.			Albumina < 3.		ASA IV	constante riesgo para su
	Enfermedad vascular		_		licable <10% in los	:	vida
1	periférica adquirida o			últimos 6 mes	es		Paciente moribundo
	congénita			Edema import	tante de miembro:	s ASA V	quien no se espera que
				pélvicas			sobreviva si no se opera
				Plétora yugula	er .		Paciente con muerte
				Disnea	aire ambiente	ASA VI	cerebral, donación de
			_	.,	aire ambiente		órganos
cardiovascu	ad diagnosticada de impacto	Ciruga		<u>Riesgo</u> scular periférico			
	Diabetes mellitus			ugía aórtica v/o			
	Hipertensión	_				ectomía de miembros	
	Dislipidemia			ugía de duodeno		cerumina de miemaros	
	Enf. reumaticas		Res	sección hepática	y/o cirugía biliar o	compleja	
			Esc.	fagectomía			
				tula intestinal			
				sección adrenal			
				umonectomía			
				ugia ortopedica ugía de emerger	mayor (cadera o c	olumna)	
					ncia. a criterio quirúrgio	va	
		-	Cili	agar area reesgo	a cricerio quirurgio	or	



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y **TERAPIAS**



Rev. 0

Hoja: 21 de 35

## Procedimiento de Cirugía de Urgencias



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

Antecedentes personales patológicos  1.
Infarto al miocardio
Infarto al miocardio
Angina
Hipertensión       Tuberculosis       EVC
Marcapasos o cardiodesfibrilador implantable Stent coronario
Cardiodesfibrilador implantable Stent coronario Palpitaciones Disnea Disnea Angor Soplos cardiacos SI NO Enfermedad tiroidea Enfermedad hepática no obstructiva Ictericia Enfermedad renal Enfermedad renal Enfermedad renal Enfermedad intestinal Diabetes  7. Cáncer previo de cualquier tipo  Cirugía   Cirugía   Cirugía
Stent coronario
Palpitaciones
Disnea
Ángor Soplos cardiacos    Composition   Comp
Soplos cardiacos
4. SI NO 5. SI NO 6. SI Enfermedad tiroidea
4. SI NO 5. SI NO 6. SI Enfermedad tiroidea
Enfermedad hepática no obstructiva Ictericia
obstructiva Ictericia
Ictericia       Image: Company of the properties of the proper
Enfermedad renal
(malabsorción, intestino corto) Enfermedades urológicas
Enfermedades urológicas
Diabetes □ □ □ Si intestinal  7. Si   Cáncer previo de cualquier tipo   Si afirmativo, fecha de   diagnóstico:  Tratamiento   Cirugía □   Quimioterapia □   Radioterapia □   Cirugía □   Quimioterapia □   Cirugía □   Cirugí
Diabetes   7. Cáncer previo de cualquier tipo Si afirmativo, fecha de diagnóstico:  Tratamiento Cirugía Quimioterapia Radioterapia  Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión?
7. Cáncer previo de cualquier tipo Si afirmativo, fecha de diagnóstico:  Tratamiento Cirugía Quimioterapia Radioterapia  Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión?
Cáncer previo de cualquier tipo Si afirmativo, fecha de diagnóstico:  Tratamiento Cirugía □ Quimioterapia □ Radioterapia □ Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión? □ 1
diagnóstico: Tratamiento Cirugía □ Quimioterapia □ Radioterapia □ Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión? □ □
Tratamiento Cirugía □ Quimioterapia □ Radioterapia □ Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión? □ □
Última consulta de seguimiento ¿Se encuentra en remisión? □ !
Antecedentes personales patológicos — información adicional
Antecedentes personales no patológicos
Alergias: Especificar reacciones: Uso crónico de opioides
Sí□ No□
Especificar:
Alcoholismo (si afirmativo, cantidad por semana):
Tabaquismo No fumador □ Ex fumador □
Tabaquismo No fumador □ Ex fumador □ Ciancillo por día:
Exposición a biomasa □ Fumador □ Cigarrillos por día:
·



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



### Rev. 0

Hoja: 22 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

Antecedentes	anestesico-c	Juirurgicos

Fecha	Cirugía	Requirio Hemotra	
		SI	NO
HISTORIA	ANESTÉSICA		
Problema	s anestésicos		
Si afirmati	ivo, ¿cuál fue el problema?		
	Paro cardiorrespiratorio		
	Anafilaxia		
	Intubación difícil o fallida		
	Hipertermia maligna		
	Náusea y/o vómito postoperatorio		
	Mal control del dolor en el postoperatorio		
	Cefalea pos punción		
	Bloqueo neuroaxial difícil		
	Lesión neurológica		
	Otros (especificar):		

Exploración física e interrogatorio por aparatos y sistemas

Observaciones basales								
Altura	m	Peso		kg	Índice d	e masa corpo	oral	
Presión arterial	mm	Hg Frecuenc	ia de pulso	lpm	Ritmo d	e pulso	Regular □	Irregular □
A. Vía aérea								
		SI	NO				NORMAL	ANORMAL
Predictores de ventilac	ión difícil			Dentadura				
Especifique				Especifique				
Cirugía cervical previa				Movimiento ce				
Apertura bucal	Mal	lampati		Protrusión mai	ndibular			
Patil Aldreti	Circ	unferencia cuello	)	Distancia ester	nomentonia	ana		
Se espera vía aérea difí	cil							
B. Respiratorio				C. Cardiovascu	lar			
Frecuencia respiratoria	/mi	n					SI	NO
Campos pulmonares cla	aros	SI 🗆	NO 🗆	Ortopnea				
Expansión	Bue	na 🗆 Der 🗅	Izq 🗆	*Número de al	lmohadas pa	ara dormir:		
Entrada de aire	Bue	na 🗆 Mod 🗆	Pobre 🗆	Disnea en repo	SO			
Sibilancias		SI 🗆	NO 🗆	Disnea en esfu	erzo			
Tos		SI 🗆	NO 🗆	*Subir 1 piso d	e escaleras			
Esputo		SI 🗆	NO 🗆	*Subir 2 pisos	de escaleras	5		
Hemoptisis		SI 🗆	NO 🗆	Ángor/angina	on el esfue	rzo		
Tráquea	Central 🗆	Desviada		Distancia mínir	ma que cam	ina en prome	edio en super	ficie plana:
SpO2	% air	re ambiente		Caminata limit	ada por:			
Espirometría (en caso de				Dolor articu	lar o	Angina 🗆	Do	lor de piernas 🗆
contar con el estudio):								
Flujo pie	:0 L/m	in		Desequilibri	0 0	Fatiga 🗆		Falta de aire 🗆
FEV1				Otro(s) sintom	a(s):			
FVC				Ruidos cardiac	os	Normales 🗆		Anormales 🗆
PEFR				Si anormales, a	describir:			
				Edema periféri	ico Si 🗆	No 🗆	Extensión:	
				Ingurgitación y	ugular	Si 🗆	No 🗆	



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 23 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

Otros nanazgos	a la exploració	n física:						
Exámenes de la	aboratorio y gal	oinete				Fe	cha:	
Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resu	ultado Ex	amen	Resulta
Hemoglobina		Urea*		Fosforo*		TFG	i*	
Hematocrito		Creatinina*		Magnesio*		Ins	ulina*	
Plaquetas		BUN*		BT/BD*		но	MA*	
TP		Sodio*		TGO/TGP*			41C*	
INR		Potasio*		FA*		Otro	xs exámene	s de Laborat
TPT		Calcio*		GGT*				
Glucosa*		Cloro*		Albúmina*				
*EN PACIENTES CUYA C	OMORBILIDAD, TIPO DE	CIRUGÍA O SITUACION O	LÍNICA ASÍ LO AMERIT					
Estudios de ga	abinete							
Rx tórax			Fecha	EKG				Fecha
Ecocardiogran	na		Fecha	Otros:				
Valoración de la Duke Activity So TOTAL PUNTOS Requiere prueb	core Index (DAS DASI =	51) (máximo p		METs =		ia anexa de can	minata)	
Otras valoracio				•				
En caso de paci STOP-BANG:	ente obeso (Api			Di D-i-				
S S	т	P	untos P	Riesgo: Bajo	A Intern	nedio L Ait	0 0	I G
3	<u> </u>	0 1	I F	_ I B	_ A	IN IN		19 1
	ara SAOS, result							
en caso ae baci				Valoración fr	ragilidad (	Robinson Criteri	a)	
Valoración cogr	III LIVA (IVIIIIII-COE C							
	iitiva (iviiiii-coge	Punta	aje:	Escala:			Puntaj	e:
Valoración cogr			aje:	_ Escala: Fragilidad Grado:	SID	NO 🗆	Puntaji	e:



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 24 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias



Hospital General Dr. Manuel Gea González Subdirección de Anestesia y Terapias División Anestesiología

	Puntaje	BAJO	MOD	ALTO	MORTALIDAD	Aplica:	SI	NO	% Rie
Pulmonar (ARISCAT)					P-POSSUM	-			
Cardiaco (RCRI, AHA 2014)					SORT*				
Trombo embolico (Caprini)					ASA				
Quirúrgico (AHA 2007)					Nottingham Hip S	core			
					Obesity Risk Score				
En caso de FA:	CHA2D52-VASC	% Riesgo:			SOFA				
SÍ 🗆 No 🗆									
*Surgical Dutcome Risk Tool									
Técnica anestésica propu	esta:				Pronó	stico:			
Plan de manejo:									
Médico que re:	aliza la valoración	<u> </u>			Médico re	esponsable		_	
INTERCONSULTAS									
Motivo de Interconsult	ta:								
Motivo de Interconsult					Modicina Int	oroa			
					Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🏻			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗆			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna 🗈			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			
Cardiolo	ogía				Medicina Int	erna D			



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y **TERAPIAS**



Rev. 0

Hoja: 25 de 35

### Procedimiento de Cirugía de **Urgencias**

### **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 NACI	MIEN	TO: SEXO: F:M:
NOMBRE DEL MÉDICO:			
SERVICIO SOLICITANTE:			TURNO: M V N
DIAGNÓSTICO:C. E)	TERNA:		HOSPITALIZACIÓN: URGENCIAS: CAMA:
DIAGNOSTICOC. E/	VIENNA.		TOSPTTALIZACIONORGENCIASCAMA
NO UTUTAR PAREL CARRÓN EN LA EL	10001		DE FOTA COLICITIES OBACIAS
NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA EL			
HEMATOLOGÍA		_	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	니무	_	CISTATINA C
1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	니무	_	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	┨┼		BUN EN ORINA DE 24 HORAS
☐ 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR ☐ 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	┨┼╬	1731	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, CI)  CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
☐ 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL ☐ 1763 PROCALCITONINA	ᅱᅡ∺	1543	
HEMOSTASIA	ᅦᅡ씀		MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
☐ 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	ᅱᅡ씀	1505	
1607 TIEMPO DE PROTROMBINA  1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	┨┼╬	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	┨┼╬	1616	
1516 ANTITROMBINA III	ᅱᅡ씀		BILIRRUBINA TOTAL
1584 FIBRINÓGENO	┨┼┼	1564	
1532 DIMERO D	ᅱᅡ씀		PROTEÍNAS TOTALES
1682 PROTEÍNA S	ᅱᅡ씀	_	ALBÚMINA
☐ 1681 PROTEÍNA C CLOT	ᅦ남	1553	
☐ 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	ᅦ片	1554	
☐ 1661 ANTICOAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	ᅦ남	1544	GGT
☐ 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	ᅱᅡ뉴	1585	
☐ 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	ᅦ片	1576	
☐ 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	ᅱᅡ뉴	1552	AMILASA
BIOQUÍMICA		1615	LIPASA
☐ 1588 GLUCOSA	716	1659	AMONIO
☐ 1600 BUN	116	1573	CK
1572 CREATININA	7 1	1574	CK MB
☐ 1636 ÁCIDO ÚRICO	7 🗔	1617	MIOGLOBINA
1605 SODIO		1631	TROPONINA
1648 POTASIO		1522	CINÉTICA DE HIERRO
1570 CLORURO		1541	FERRITINA
1568 CALCIO		1611	TRANSFERRINA
☐ 1586 FÓSFORO		1590	HAPTOGLOBINA
1599 MAGNESIO	┙┞┖	1542	FOLATOS
1571 COLESTEROL TOTAL	ᆜᆜ	1634	
1524 COLESTEROL HDL	니므		PREALBÚMINA
1630 TRIGLICERIDOS	니무		EXAMEN GENERAL DE ORINA
1517 APOLIPOPROTEÍNAA	니무	_	PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
1518 APOLIPOPROTEÍNAB		1601	PROTEÍNA C REACTIVA
1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	-  I		
1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	-  I		
1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	-  <b> </b>	Z	ONA PARA EL SELLO DE PAGADO
1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	-  I	EΔV	OR DE NO OBSTRUIR PETICION DE
1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS  1703 TAMÍZ METABÓLICO	-  <b> </b>	1740	
	-  I		ESTUDIOS. GRACIAS
	-  <b> </b>		
☐ 1525 CREATININA EN ORINA ☐ 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	<b>⊣ I</b>		
06-01-0054			LICENCIA SANITARIA: 1014004673

LICENCIA SANITARIA: 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 26 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### **10.6 SOLICITUD DE GABINETE**

A			TAL GENERAL L GEA GONZÁLEZ"	FECHA DE NACIMIENTO
Je (	J	SOLICITU	JD DE ESTUDIOS	
hosp	ital	RADIOL	OGÍA E IMAGEN	NÚMERO DE EXPEDIENTE
NTIFICACIÓN DE	EL PACIENTE			
PELLIDO PATERN	0	MATERNO	NOMBRE (S)	EDAD No. DE C
	A	AREA	SERVICIO	SEXO
C. E.	HOSP.	URG. EXTER	NO NO	MASC. O FEM. C
	ESTUDIO	O SOLICITADO (MARCAR CI	LAVE AL REVERSO)	URGENTE
				si O no O
	ACHIEV LU	DATOS CLI	NICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	
010000	2010010		ONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR MESES)	=40.04 (40.004)
FECHAY!	MES MES	AÑO	MÉDICO SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO NOMBRE Y FIRMA
HORA:		Value of the last		
-				
		OBSERVAC	CIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN	ACT TO A COUNTY OF THE PARTY OF
24.5	DAMES -			
		IP	NDICACIONES AL PACIENTE	
0090				



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 27 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

# 10.7 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

ged hospital	"DR. MA	HOSPITAL GE ANUEL GEA AN 4800 COL. SECCION	GONZÁLE	Maria Cara Cara Cara Cara Cara Cara Cara	
	E COMPONE	NTES SANGUINE	EOS A MEDICINA	A TRANSFUSION	NAL
				Fecha:	
Nombre del Paciente:			Fecha Nac	Grupo y	Rh
Servicio:		Edad:Se	xo No.	Cama No.	. Expedienre
Diagnóstico			Tipo de	Solicitud: ORD	URG
Fecha y Hora de Cirugia			o de la transfusión		
COMPONENTE: Conc. Eritrocitario		_ PFC	_ Conc. Plaquetas	Criop	precipitado
Transfusiones Previas: NOSI	Fecha	Ca	ntidad	Componente _	
Reacción Transfusional: NO	SI Fecha		Cantidad	Component	te
Medicamentos que se le están adn	ninistrando al pa	ciente	and the second	The refugation at	noises into actual ca
Antecedentes Obstétricos: Gesta_	Para_	Abortos	Cesárea	Inmunización	MatFetal
Hemoglobina: Hemoglobina	atocrito	Plaquetas .		TP T	PT
Observaciones:					
Nombre completo, Cédula Pr	of. y firma del	médico tratante:			
					06-01-001



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 28 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

## 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

Ci	iudad de Mé	éxico, a	de	del 20
Por este conducto autorizo expresamente a e que se encuentra atendiendo	este Hospital a e		paciente	dico y paramédico de nombre se le practique
TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANG debidamente informado (a) de los riesgos y be entre los riesgos señalados los siguientes: hi alérgias, de incompatibilidad, enfermedad procedimiento es contribuir al tratamiento del	eneficios qu nchazón, in les infeccio	e implica el ifección loca osas. Así	procedimiento al, fiebre, esca mismo que	solicitado; siendo alofrío, reacciones
Así mismo manifiesto expresamente que se m  I) En el procedimiento se utiliza mate II) Entendiendo que las unidades tra para hepatitis B, hepatitis C, VIH- compatibilidad. III) Entiendo que la práctica de la me asegura los resultados de este proc	erial estéril, r ansfundidas -SIDA, sífili edicina no e	nuevo y des proceden d is y bruce	echable. le donadores s ella, además d	e las pruebas de
Hago constar expresamente que hubo operansfusional, así como se me ha informado d a la realización del mismo. En igual forma se actos y procedimientos necesarios en caso de	le los cuidad autoriza al	los que se d personal d	deberán tener o e salud para o	durante y posterior que se lleve a cabo
Lo anterior lo autorizo en pleno uso de mis fac	cultades me	ntales y en	mi condición d	e:
PACIENTE ( ) FAMILIAR ( )	TUTOR	₹( )	REPRESEN	TANTE LEGAL ( )
Y con fundamento en lo dispuesto en los artíc Salud en Materia de Prestación de Servicios d			Reglamento de	la Ley General de
Hora:		No. de Re	gistro	
Nombre y firma quien autoriza	ı	Nombre y fir	rma del Médico	o que informa
Nombre y Firma Testigo	-	Nom	nbre y Firma Te	estigo
06-02-0294	-		Lice	ncia Sanitaria 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 29 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### 10.9 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

HOJA D			HOSPITAL GENERAL "DR. MANI	UEL GEA GONZALEZ"
SERVICIO	D:		J	
IOMBRE:			_FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
EX0:	No.EXP.:		NOS VITALES: T.AF.C	F.R
ЕМР.:	PESO:	TALLA:	FECHA YHORA DE ELA	BORACIÓN:
79. En caso representant igualmente o usuario o la relevará de l proporciona NORMA OFI familiar más pudiera orig	de egreso voluntario, a le legal, deberán firma deberá ser suscrito por persona que en repres la responsabilidad al es- rá al usuario. ICIAL MEXICANA NOI cercano, tutor o repres inar. Deberá ser elabo	aún en contra de la reco r un documento en que : lo menos por dos testig sentación emita el docur stablecimiento y se emiti M-004 SSA3-2012, DEI sentante jurídico solicita rada por un médico a pa	mendación médica, el usuario, en s se expresen claramente las razones gos idóneos, de los cuales, uno ser mento, en todo caso, el documento s irá por duplicado, quedando un ejen LEXPEDIENTE CLÍNICO. Documei Lel egreso, con pleno conocimiento	que motivan el egreso, mismo que á designado por el Hospital y otro por e a que se refiere el párrafo anterior, nplar en poder del mismo y otro se
FECHA Y H	ORA DE EGRESO:			
NOMBRE C	OMPLETO, EDAD, PA	RENTESCO Y FIRMA D	DE QUIEN SOLICITA EL ALTA:	
DAZONEO O	NIE MOTEVANI OU EO	DEGO: VOLUNTADIO		
RAZUNES C	QUE MOTIVAN SU EG	RESU VULUNTARIU:		
RESUMEN	CLÍNICO:			



## SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 30 de 35

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE Y PARA LA ATENCIÓN DE FACTORES DE	RIEGO:
EN SU CASO, NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE OTORGUE LA RESPONSIVA:	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA HOJA:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LOS TESTIGOS:	
TESTIGO DEL HOSPITAL TESTIGO DE LA PACIENTE	
OBSERVACIONES:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA.	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR , TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOL	LUNTARIA.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 31 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

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

## CARTA DE AUTORIZACIÓN INFORMADO 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



		SCAS CHY OF
	FECHA	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:
No. DE REGISTRO: CARACTE	R DE LA CIRUGIA O PROCEDIMIENTO ELECTIV	A: URGENTE:
RELACION DEL REPRESENTANTE LEGAL: _	DOMICILIO:	
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:		
CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO:		
	en pleno uso de mis facultades mentales y en irtículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamen	
	rtículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana N	
numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 1 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;	0.1.1.2.3, así como a la NOM-006-SSA3-2011 para la	Práctica de la Anestesiología numerales 4.4,
	) EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUII	-117-
En base a mi derecho inalienable de elegir a quien está avalado por	mi médico, acepto al Dr. (a), y debidamente autorizado	como mi Médico Anestesiólogo, para ejercer la Anestesiología por
Se me ha informado que este Hospital cuenta de presentar complicaciones.	con equipo médico para mi cuidado y manejo duran	te mi procedimiento, y aun así, no me exime
	co probables, son posibles y pueden ser desde leve	
	n, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la po as de boca y tos; hasta tales como aspiración del co	
	s, renales, de la presión arterial, complicaciones	
	la espinal (así como las que al reverso del presen so llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré	
pueda llevar a cabo	el procedimiento diagnóstico para intentar mejora	
	plica una serie de riesgos que pude deberse a mi	estado de salud, alteraciones congénitas o
	enfermedades, tratamientos actuales y previos, a l iciona al procedimiento médico o quirúrgico al que h	
	tratamientos complementarios que aumenten mi e	estancia hospitalaria con la participación de
otros servicios o unidades médicas, con el incre 6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis d	mento consecuente de los costos. udas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo la	is alternativas anestésicas posibles y ACEPTO
anestesia tipo anestésica.	, he entendido los posib	oles riesgos y complicaciones de esta técnica
	intervenir médicos en entrenamiento de la especial	idad de anestesiología, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi Médico anestesió	logo. os todos los espacios en blanco que se presentan en	este documento
9. que existe la posibilidad de que mi proced	imiento anestésico, se retrase e incluso se suspend	
procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o p	or causas de fuerza mayor (urgencias). documento en mi expediente, no se podrá llevar a ca	aho al procedimiento quirúrgico planeado
11. En virtud de estar aclaradas todas mis duda:	s, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o	representado pueda ser anestesiado con los
	al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, o e durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo	
	días del mes de	2-
NOMBRE COMPLETO, FIRMA		Y FIRMA DEL PACIENTE O
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO		SENTANTE LEGAL
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO	NOMBRE COM	PLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

ged hospital Rev. 0

Hoja: 32 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

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

AND GEN

#### POSIBLES COMPLICACIONES EN ANESTESIOLOGÍA

#### INICO 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 brazalete de toma de presión arterial y por el material con pegamento (tela adhesiva y micropore).

En el casó 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 venosos 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.



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 33 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### **10.11 NOTA DE EVOLUCIÓN**

							hospito
SERVICIO:							] Hospire
OMBRE COMPL	ETO DEL	(LA) PACIENTE: _			_ FECHADE	NACIMENTO:	EDAD:
EXO:		No. EXP.:		SIGNOS VITALES	T.A	F.C	F.R
EMP.:	P	ÉSO:	TALLA:	FECHAY HO	RA DE ELABO	RACIÓN:	
ALCOHOL Y (	DTRAS S	SUBSTANCIAS I	PSICOACTIVAS	ÚNICO (EN SU CASO ) RESULTADOS RELIS SO PROBLEMAS CUÍ TOS SEÑALAR COMO N	NICOS PEND	LOS ESTUDIOS DE S DIENTES Y PRONOS	SERVICIOS AUXILIARE: TICO: TRATAMIENTO E
						-	
						70*5 - 2 42 2 2 0 V	
NOVE -	u anu err	- FIRMAN IN CAR	UII A DECERTO	CALL DEL LIFERIOR TO			
NOMBRE CO	MPLETO	O, FIRMAY CÉD	ULA PROFESI	ONAL DEL MÉDICO QU	JE ELABORO	LA NOTA:	

06-01-0099

LICENCIA SANITARIA: 1014004673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Rev. 0

Hoja: 34 de 35

### Procedimiento de Cirugía de Urgencias

### 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.			
OMBRE:			No.	EXPEDIENT	E:	
	(APELLIDO PATERNO	MATERNO NOMBRE	: "5"}			
	MIDVTO:					
VMA:	PISO:	SERVICIO:		_FECHA:_		
ÉDICO RES	PONSABE					
		(NOMBRE COMPLETO,	FIRMA Y CÉDULA PRO	OFESIONAL)		
PIEZA OPI	ERATORIA ENVIADA:					
DATOS CL	ÍNICOS:					
DIAGNÓS	TICO DE PRESUNCIÓN	d:				
OBSERVA	CIONES:					
UBSERVA	CIUMES:					

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

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673



### SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS





Rev. 0

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:				
NOMBIAE GOMP CETO	DEC (DY FADICATE.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	n	NOMBRE (5)
FECHA DE NACIMIEN	rp-	EDAD:	SEXO:	M ( )	F ( )
PEGFORE PROMIEN		coro	GENU.		- ( )
		DIRECCIÓN DEL PAC	ENTE		
EN CASO DE EMERGE	INCIA COMUNICARSE O	ON:			
TELÉFONO:					
DIAGNÓSTICO DE INC	RESO:				
INGRESO POR:	URGENCIAS ( )		CONSULTA EXTERNA ( ) REFERIDO ( )		
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO ( )	HOSPITALIZAC	IÓN ( )		
INGRESAA:		ESPECIALIDAD			
PISO:		CAMA:			
NOMBRE COMPLETO	, FIRMA Y CÉDULA PRO	FESIONAL DEL MÉDIC	O QUE ORDENA EL IN	IGRESO:	
OBSERVACIONES:					
FECHA:		HORA:			

98-01-0103 UCENCIA SANITARIA 1014004673