

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS		Hoja: 1 de 49

**HRAEB – PR – DM – SSQ – JSQ – 02 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza Garcia Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		<b>Hoja: 2 de 49</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Proporcionar atención quirúrgica con eficiencia y calidad, para garantizar cirugías seguras, con satisfacción del paciente y sus familiares, reduciendo el riesgo del error en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Planeación y Desarrollo, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVEH) y Área de Estadística Médica.

2.2 A nivel externo aplica al Servicio de Camillería, Mensajería y Limpieza a cargo del Inversionista Proveedor (IP).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

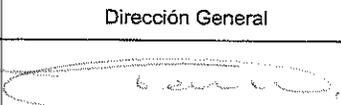
3.1 La Jefatura de Quirófanos, en coordinación con la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, así como de la Subdirección de Enfermería, deben realizar las acciones de gestión necesarias para que el personal operativo de dichas áreas que guarden relación con la atención en cirugía mayor que amerita hospitalización, puedan otorgar los servicios con oportunidad, calidad, eficiencia y seguridad.

3.2 El médico cirujano debe seleccionar a los pacientes que ameriten hospitalización pre y post quirúrgica por presentar co-morbilidad asociada a mayor riesgo de sangrado y con mayor probabilidad de alteraciones fisiológicas trans-quirúrgicas.

3.3 El médico cirujano debe seleccionar a los pacientes candidatos a cirugía ambulatoria así como los esquemas de la intervención quirúrgica, procurando que la duración de la cirugía no sea mayor de los 120 minutos, que se asocien con un mínimo de sangrado y de alteraciones fisiológicas.

3.4 Es responsabilidad del médico cirujano programar solo a los pacientes con patologías que se encuentren en la cartera de servicios de la propia especialidad.

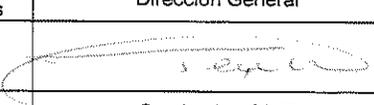
3.5 El médico cirujano es el responsable de seleccionar a los pacientes candidatos de cirugía mayor con hospitalización o de cirugía ambulatoria, así como de solicitar los estudios preoperatorios y

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: <b>HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 3 de 49

valorar el riesgo quirúrgico; también de solicitar la programación para la cirugía incluyendo en dicha solicitud la petición de todos los requerimientos y profesionales necesarios que deban participar en la intervención llevando a cabo el adecuado llenado del formato de Lista de Espera Quirúrgica. (Ver Anexo 10.1 Formato de Solicitud de Inclusión LEQ).

- 3.6 El médico cirujano es el responsable de enviar a los pacientes al Servicio de Anestesiología, Medicina Interna y/o Cardiología y Puesto de Sangrado, cuando así lo requieran, por lo menos con la siguiente información:
- Estudios de laboratorio y gabinete.
  - Interconsultas en el sistema Klinik.
  - Solicitud de hemoderivados.
- 3.7 El Jefe de Servicio de Quirófanos es responsable de planear la programación quirúrgica e identificar aquellos procedimientos mayores que ameritan hospitalización o de cirugía ambulatoria, acorde con la distribución de la jornada laboral de los cirujanos, de tal manera que se garantice la realización de estos eventos de acuerdo a la disponibilidad de los quirófanos.
- 3.8 Es responsabilidad del médico cirujano y del Jefe de Servicio de Quirófanos, programar la atención en cirugía ambulatoria preferentemente durante el turno matutino o en las primeras horas del vespertino, con la finalidad de que el paciente se pueda reestablecer en el área de recuperación y sea dado de alta de manera oportuna.
- 3.9 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica garantizar la disponibilidad de los materiales de curación y equipos de arrendamiento necesarios para llevar a cabo las cirugías programadas.
- 3.10 Es responsabilidad del médico cirujano y del Jefe de Servicio de Quirófanos establecer las particularidades de la cirugía, la duración aproximada, los equipos biomédicos requeridos, los recursos humanos y materiales necesarios para el procedimiento, así como determinar el servicio para la continuidad de la atención del paciente después del procedimiento quirúrgico y que pueden ser los siguientes:
- Unidad de Cuidados Intensivos Adultos
  - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
  - Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
  - Unidad de Presión Positiva de Trasplante Renal.
  - Hospitalización.
  - Domicilio.
- 3.11 El personal de Gerencia Social son los responsables de revisar el estudio socioeconómico e integrarlo al expediente clínico en su parte física para la atención de los pacientes para cirugía.

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 4 de 49

- 3.12 Es responsabilidad del médico cirujano avisar vía telefónica con oportunidad al Jefe de Servicio de Quirófanos, cuando no lo sea posible asistir a realizar la cirugía programada, para que se proceda a la cancelación del evento.
- 3.13 La cancelación de cirugías por motivos del paciente podrá hacerse en cualquier momento, en cuyo caso se firmará el documento de revocación del consentimiento. (Ver Anexo 10.2 Consentimiento Informado de Procedimientos Médicos y Quirúrgicos).
- 3.14 En caso de que por motivos propios el paciente cancele el procedimiento quirúrgico, el Jefe de Servicio de Quirófanos documentará en el sistema Kewan la cancelación por "decisión del paciente".
- 3.15 El médico cirujano debe avisar verbalmente de la cancelación de la intervención quirúrgica programada a la Jefatura de Servicio Quirófanos, cuando se trate de causa de fuerza mayor o situaciones que presente el paciente en ese momento y que pongan en riesgo la intervención quirúrgica, o bien debido a alguna situación institucional específica tal como presentación de un caso de urgencia, para poder dar aviso oportuno al paciente y poder establecer las modificaciones que permitan optimizar el tiempo quirúrgico.
- 3.16 En caso de solicitar una cirugía con relativa urgencia, es responsabilidad del médico cirujano realizar las gestiones necesarias para la anticipación de la cirugía cuando el estado clínico del paciente así lo amerite, misma que debe ser autorizada por la Comisión de Programación Quirúrgica.
- 3.17 El médico cirujano debe presentarse con treinta minutos de anticipación al quirófano para evitar retrasos en los procedimientos quirúrgicos.
- 3.18 Es responsabilidad del médico cirujano la atención de sus pacientes, por lo que adquiere el compromiso de atenderlos en la fecha y hora que se les cite.
- 3.19 Es responsabilidad del médico cirujano atender al paciente durante el procedimiento quirúrgico, respetando dentro de lo posible el tiempo asignado para la realización de la cirugía debiendo informar de manera verbal a los jefes inmediatos si se considera que un procedimiento se debe retardar, así como el motivo por lo cual debe solicitar los apoyos necesarios para intervención quirúrgica o para internamiento del paciente.
- 3.20 El médico cirujano, personal de enfermería y demás personal involucrado en el procedimiento quirúrgico, deben optimizar los recursos que utilicen.

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica // Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

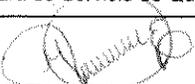
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 5 de 49

- 3.21 El personal de enfermería es el encargado de apoyar en el acto quirúrgico, así como atender al paciente en el área de recuperación hasta su alta, dando la información necesaria tanto al paciente como a sus familiares.
- 3.22 Es responsabilidad tanto del médico cirujano, médico anesthesiologo y personal de enfermería que labora en quirófano, así como del jefe de quirófanos y coordinadora de enfermería en quirófano documentar la incidencia en el sistema Know para reportar cualquier falla en los equipos biomédicos asignados al quirófano.
- 3.23 El personal de enfermería debe apoyar al médico durante la cirugía, tanto en lo referente a las actividades que el médico le señale como en las actividades propias de enfermería.
- 3.24 Es responsabilidad del médico cirujano que el expediente clínico del paciente que propone para cirugía se encuentre completo, tanto en el formato de expediente impreso como electrónico, en apego a las Normas Oficiales: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en Salud que para fines de la programación quirúrgica incluyen:
- Consentimientos informados para el Procedimiento Anestésico (Ver Anexo 10.3 Consentimiento informado anestésico) y Consentimiento de procedimiento quirúrgico (Ver Anexo 10.2).
  - Estudios de laboratorio pre operatorios vigentes y completos, de acuerdo a cada caso clínico.
  - Nota preoperatoria. (Ver Anexo 10.4 Nota preoperatoria).
  - Nota de Valoración pre anestésica. (Ver Anexo 10.5 Nota de Valoración pre anestésica).
  - Valoración por Medicina Interna, Cardiología u otros servicios, cuando aplique.
  - Solicitud de Hemoderivados ya registrada en el Puesto de Sangrado el día de la programación quirúrgica y un documento que avale la cita o la donación de recuperación por parte del paciente y/o familiares.
  - Solicitud de estudio Histopatológico digitada en el Sistema Klinik, cuando aplique. (Ver Anexo 10.6 Formato de solicitud de anatomía patológica).
- 3.25 Es responsabilidad del médico cirujano y del médico anesthesiologo que participaron en la cirugía, cumplir con las notas médicas correspondientes tanto en el formato de expediente impreso como electrónico, en apego a las Normas Oficiales: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 y la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3- que para fines de la programación quirúrgica incluyen:
- Nota post operatoria (Ver Anexo 10.7 Nota postoperatoria).
  - Nota de registro trans anestésico. (Ver Anexo 10.8 Registro Trans anestésico).
  - Nota post anestésica. (Ver Anexo 10.9 Post anestésico).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 6 de 49

- 3.26 El personal de enfermería encargado de la Central de Equipos y Esterilización (C.E. y E.) es el responsable de preparar el instrumental e insumos necesarios para la intervención quirúrgica, y de proporcionarlos con oportunidad.
- 3.27 Es responsabilidad del personal del sub almacén del quirófano central surtir en tiempo y forma el material solicitado para la realización de la cirugía.
- 3.28 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería que detecte un padecimiento transmisible, notificarlo de inmediato a la UVEH cuando así lo requiera el caso, o en fecha posterior de acuerdo a lo establecido por el sistema de notificación de enfermedades transmisibles.
- 3.29 Es responsabilidad del Área de Estadística Médica, procesar los informes que se requieran en la Jefatura de Servicio de Quirófanos, Subdirección de Atención Hospitalaria y Dirección de Operaciones para efectuar la detección de necesidades y estar en posibilidad de gestionar los recursos necesarios, así como garantizar la atención en forma integral.
- 3.30 Es responsabilidad de la Jefatura de Servicio de Quirófanos planear la programación quirúrgica semanal ambulatoria y con internamiento, de tal manera que se garantice la realización de estos eventos de acuerdo con la disponibilidad de los quirófanos y en coordinación con la Subdirección de Atención de Quirófanos y Medicina Crítica a fin de que asegure los insumos necesarios para las cirugías.
- 3.31 Es responsabilidad del equipo multidisciplinario elaborar los siguientes documentos al egreso del paciente de recuperación:
- Nota post operatoria. (Ver Anexo 10.7).
  - Indicaciones médicas post operatorias. (Ver Anexo 10.10 Indicaciones médicas).
  - Registro trans-anestésico. (Ver Anexo 10.8).
  - Nota post anestésica. (Ver Anexo 10.9).
  - Hoja de registro clínico de enfermería Procedimientos quirúrgicos (Ver Anexo 10.11).
  - Nota de egreso, si aplica (Ver Anexo 10.12 Nota de egreso).
  - Receta médica, si aplica (Ver Anexo 10.13 Receta médica).
- 3.32 Es responsabilidad del médico cirujano, en caso de fallecimiento del paciente durante el procedimiento quirúrgico, elaborar el Certificado de Defunción correspondiente, e informar a los familiares sobre lo ocurrido.
- 3.33 Es responsabilidad del médico cirujano, notificar al Staff de Calidad en caso de cuasifalla, evento adverso o evento centinela ocurridos durante la cirugía

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolińska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		<b>Hoja: 7 de 49</b>

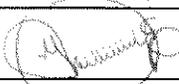
#### 4.0 Descripción del procedimiento

<b>Etapa 1.0 Atención de paciente en Consulta Externa</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano
<p>1.1 Identifica al paciente que amerita tratamiento quirúrgico y que puede ser tributario de cirugía mayor con hospitalización o cirugía ambulatoria.</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es candidato para realizarle procedimiento quirúrgico?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 2.0 No: Informa al paciente que no cumple con los criterios para la cirugía.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p>	
<b>Etapa 2.0 Información al paciente y/o familiar sobre la cirugía</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano
<p>2.1 Informa al paciente que su tratamiento es quirúrgico y lo orienta para llevar a cabo el proceso de preparación para la cirugía.</p> <p>2.2 Solicita estudios preoperatorios de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, en el sistema electrónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de laboratorio, en caso de requerir.</li> <li>• Solicitud de estudios pre-operatorios, en caso de requerir.</li> </ul>	
<b>Etapa 3.0 Envío del caso a servicios médicos complementarios</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano
<p>3.1 Genera interconsulta al Servicio de Anestesiología, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología y Puesto de Sangrado, si aplica de acuerdo a la política 3.5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsulta.</li> </ul>	
<b>Etapa 4.0 Recepción de la interconsulta para valoración pre quirúrgica</b>	<b>Responsable:</b> Médico Interconsultante
<p>4.1 Recibe la interconsulta del paciente candidato a cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsulta.</li> </ul> <p>4.2 Valora el riesgo quirúrgico.</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es candidato para la intervención quirúrgica?</p> <p>Si: Envía la valoración del paciente al médico tratante en el sistema electrónico. Pasa a etapa 5.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente.</li> </ul> <p>No: Informa de manera verbal al paciente que por seguridad, no se encuentra en condiciones de ser intervenido, prescribe tratamiento. Registra en el sistema la nota de interconsulta, indicando que el paciente no es candidato para la cirugía. Pasa a la etapa 1.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de interconsulta.</li> </ul>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 8 de 49

<b>Etapa 5.0 Envío del caso clínico propuesto para cirugía a la Comisión de Programación Quirúrgica</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano
5.1 Registra la solicitud en la Bitácora de Registro de Lista de Espera Quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de Registro de Lista de Espera Quirúrgica</li> </ul>	
5.2 Envía el caso clínico a la Comisión Quirúrgica para su programación en quirófano central o en cirugía ambulatoria. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de Espera Quirúrgica.</li> </ul>	
<b>Etapa 6.0 Revisión del caso clínico</b>	<b>Responsable:</b> Comisión de Programación Quirúrgica
6.1 Recibe la solicitud de inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de Espera Quirúrgica.</li> </ul>	
¿Se cuenta con los requerimientos necesarios para la realización de la cirugía? Si: Incluye el caso en la programación. Pasa a etapa 7.0. No: Notifica al médico cirujano. Pasa a etapa 1.0.	
<b>Etapa 7.0 Información al paciente y/o familiar sobre la fecha de la cirugía</b>	<b>Responsable:</b> Gerente Social de Admisión Hospitalaria
7.1 Informa vía telefónica o fax a los familiares o al trabajador social de la unidad de procedencia sobre la fecha, hora y requisitos para la cirugía.	
7.2 Solicita por vía telefónica el expediente clínico físico al Área de Archivo Clínico para la cirugía.	
<b>Etapa 8.0 Recepción del paciente para la cirugía</b>	<b>Responsable:</b> Gerente Social de Admisión Hospitalaria
8.1 Recibe al paciente en la fecha y hora de la cita.	
¿Se presentó el paciente para la realización de su cirugía? Si: Pasa a etapa 9.0. No: Se cancela la cirugía.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	
<b>Etapa 9.0 Identificación del paciente</b>	<b>Responsable:</b> Gerente Social de Admisión Hospitalaria
9.1 Confirma los datos del paciente en el sistema electrónico y lo identifica con base al MP-DG-01 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 9 de 49

9.2 Solicita vía telefónica el servicio de camillería para su traslado al servicio asignado.

Etapa 10.0 Traslado del paciente

Responsable:  
Personal de Camillería

10.1 Traslada al paciente al servicio asignado, en compañía de personal de Gerencia Social, quien informa al personal de enfermería del ingreso del paciente.

¿El paciente pasa al Área de Hospitalización?

Si: Pasa a la etapa 11.0.

No: Pasa a la etapa 12.0.

Etapa 11.0 Atención del paciente en hospitalización

Responsable:  
Personal de Enfermería de  
Hospitalización

11.1 Recibe al paciente de parte del camillero.

11.2 Recibe del personal de Gerencia Social la documentación y revisa que se encuentre completa.

- Expediente clínico en su parte física.
- Consentimiento informado quirúrgico.
- Estudios especiales.

11.3 Lleva a cabo las indicaciones médicas registradas en el expediente clínico.

¿Expediente completo?

Si: Solicita el traslado del paciente a quirófano, al personal de camillería de acuerdo a la programación quirúrgica. Pasa a la etapa 13.0.

No: Notifica a personal responsable para la toma de decisiones y se retrasa la cirugía.

### TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 12.0 Atención del paciente en el área de preparación de cirugía ambulatoria

Responsable:  
Personal de Enfermería de  
Recuperación de Cirugía  
Ambulatoria

12.1 Recibe al paciente de parte del camillero.

12.2 Recibe y revisa del personal de Gerencia Social la siguiente documentación:

- Expediente clínico en su parte física.
- Consentimiento informado quirúrgico.
- Estudios especiales.

### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 10 de 49

12.2 Prepara al paciente en el cubículo de preparación de acuerdo a las indicaciones médicas registradas en el expediente clínico.

- Indicaciones médicas

12.3 Solicita al personal de camillería el traslado del paciente a recuperación preoperatoria.

Etapa 13.0 Traslado del paciente a quirófano ambulatorio o central	Responsable: Personal de Camillería
--	--

13.1 Traslada el paciente al servicio asignado.

Etapa 14.0 Recepción de paciente en recuperación	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
--	--

14.1 Recibe al paciente con documentación completa.

- Expediente clínico físico.
- Consentimiento informado quirúrgico.
- Estudios especiales.

14.2 Instala al paciente en recuperación pre quirúrgico.

14.3 Realiza monitorización básica y continua del paciente.

14.4 Realiza registros específicos en quirófano.

- Hoja de registro clínico de enfermería - Procedimientos quirúrgicos.

Etapa 15.0 Equipamiento de la sala quirúrgica	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
---	--

15.1 Equipan la sala de operaciones con material, instrumental y equipos necesarios para el procedimiento quirúrgico.

Etapa 16.0 Verificación de funcionalidad de la sala quirúrgica	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
--	--

16.1 Verifica que la máquina de anestesia, mesa quirúrgica, lámparas y otros equipos se encuentren en condiciones óptimas para la cirugía.

¿Se encuentra todo en condiciones de funcionalidad?

Si: Continúan con los preparativos para la cirugía, notifican a la enfermera de recuperación para el traslado del paciente a la sala quirúrgica. Pasa a la etapa 17.0.

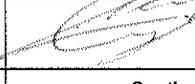
No: Reporta la falla del equipo conforme a la política 3.22 y se le informa al paciente el retraso de su operación.

### TERMINA PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica // Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 11 de 49

Etapa 17.0 Solicitud de traslado a sala quirúrgica	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
17.1 Solicita al personal de camillería el traslado del paciente a la sala quirúrgica.	
Etapa 18.0 Realización del procedimiento quirúrgico	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
18.1 Aplicación y control de técnica anestésica de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica correspondientes y a la NOM-006-SSA3-2011.	
18.2 Aplicación y control de técnica quirúrgica de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica actualizadas para cada procedimiento quirúrgico específico.	
¿Se requiere toma de muestras?	
Si: Pasa a Etapa 19.0. No: Pasa etapa 20.0.	
Etapa 19.0 Obtención de muestras de tejidos y líquidos corporales	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
19.1 Obtienen las muestras de tejidos y líquidos corporales. <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de patología en expediente electrónico.</li> </ul>	
19.2 Preparación de la muestra para su envío a laboratorio clínico o al Servicio de Patología.	
19.3 Solicita vía telefónica mensajería para envío de muestras. <ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora de Registro de piezas quirúrgicas.</li> </ul>	
Etapa 20.0 Finalización del procedimiento quirúrgico	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
20.1 Finalizan el procedimiento quirúrgico.	
¿El paciente requiere Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Presión Positiva?	
Si: Trasladan al paciente de forma directa. Pasa a la etapa 21.0 No: Envían al paciente al Área de Recuperación Post Operatoria. Pasa a la etapa 22.0.	
Etapa 21.0 Traslado del paciente a cuidados intensivos o unidad de presión positiva	Responsable: Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
21.1 Trasladan al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Presión Positiva en compañía del personal de camillería.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 12 de 49

<b>Etapa 22.0 Traslado de paciente a la sala de recuperación post operatoria</b>	<b>Responsable:</b> Equipo Quirúrgico Multidisciplinario
22.1 Traslada al paciente al Área de Recuperación postoperatoria en compañía del personal de camillería.	
<b>Etapa 23.0 Atención del paciente en el post operatorio inmediato</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de Recuperación
23.1 Recibe al paciente para su atención inmediata.	
23.2 Realiza monitoreo básico y continuo.	
<b>Etapa 24.0 Registro de indicaciones y notas post-operatorias</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano / Médico Anestesiólogo
24.1 Registra en sistema las indicaciones y notas post-quirúrgica y post-anestésica, de acuerdo a la política 3.32. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones post – operatorias.</li> <li>• Notas post – anestésicas.</li> </ul>	
<b>Etapa 25.0 Ejecución de indicaciones</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de Recuperación
25.1 Lleva a cabo las indicaciones post-operatorias.	
<b>Etapa 26.0 Información a los familiares sobre el estado del paciente</b>	<b>Responsable:</b> Médico Cirujano
26.1 Proporciona información a los familiares acerca del resultado de la intervención quirúrgica y estado actual del paciente.	
26.2 Informa sobre los cuidados post operatorios a los familiares.	
<b>Etapa 27.0 Alta de recuperación post operatoria</b>	<b>Responsable:</b> Personal Médico Anestesiólogo
27.1 Valora el estado clínico y hemodinámico del paciente en el post operatorio inmediato.	
¿El paciente se encuentra en condiciones de ser dado de alta de recuperación postoperatoria? Si: Elabora nota de alta de recuperación. Pasa a la etapa 28.0. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de alta de recuperación.</li> </ul> No: Continúa en el servicio para continuar con la atención y estabilización del paciente. Pasa a la etapa 29.0.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 13 de 49

<b>Etapa 28.0 Preparación del paciente para su alta del servicio</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de Recuperación
28.1 Concluye los cuidados de enfermería y realiza los registros clínicos de enfermería para su egreso del servicio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos.</li> </ul> <p style="text-align: center;">¿El paciente debe hospitalizarse?</p> Si: Pasa a la etapa 29.0. No: Pasa a la etapa 30.0.	
<b>Etapa 29.0 Traslado de paciente a hospitalización</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de Recuperación
29.1 Notifica vía telefónica al personal de enfermería de hospitalización la hora aproximada de llegada del paciente y los requerimientos para la continuidad de la atención.	
29.2 Solicita al personal de camillería el traslado del paciente al servicio asignado.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	
<b>Etapa 30.0 Preparación del paciente para su alta del hospital</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de Recuperación
30.1 Retira todos los equipos y fluidos que se le estén administrando al paciente de acuerdo a las indicaciones médicas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones médicas.</li> </ul>	
30.2 Notifica al médico cirujano y a la gerente social sobre el alta del paciente por el médico anesthesiologo.	
30.3 Solicita al personal de camillería el traslado del paciente al cubículo de preparación para retiro de bata y cambio de ropa.	
<b>Etapa 31.0 Información a los familiares del paciente</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Gerencia Social
30.1 Indica a los familiares que pasen a caja a realizar el pago respectivo.	
<b>Etapa 32.0 Pago del servicio en caja</b>	<b>Responsable:</b> Familiar
32.1 Realiza el pago respectivo.	
32.2 Muestra al personal de Gerencia Social el recibo de pago. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo de pago.</li> </ul>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

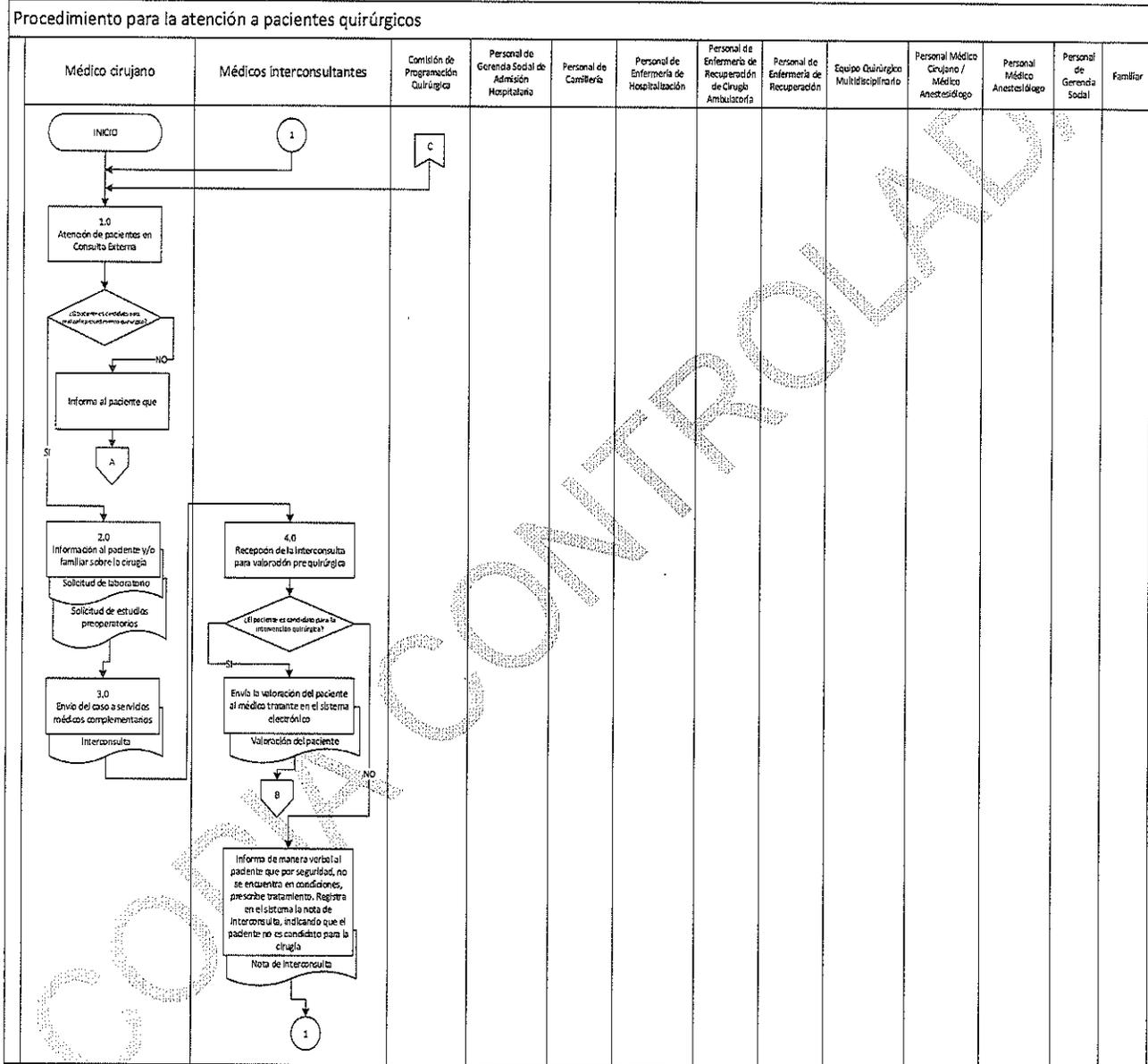
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS		Hoja: 14 de 49

Etapa 33.0 Seguimiento del paciente	Responsable: Médico Cirujano
33.1 Da seguimiento al paciente pos operado en el servicio de hospitalización o en consulta externa, según aplique. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de alta.</li> <li>• Receta.</li> </ul>	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

COPIA CONTROLADA

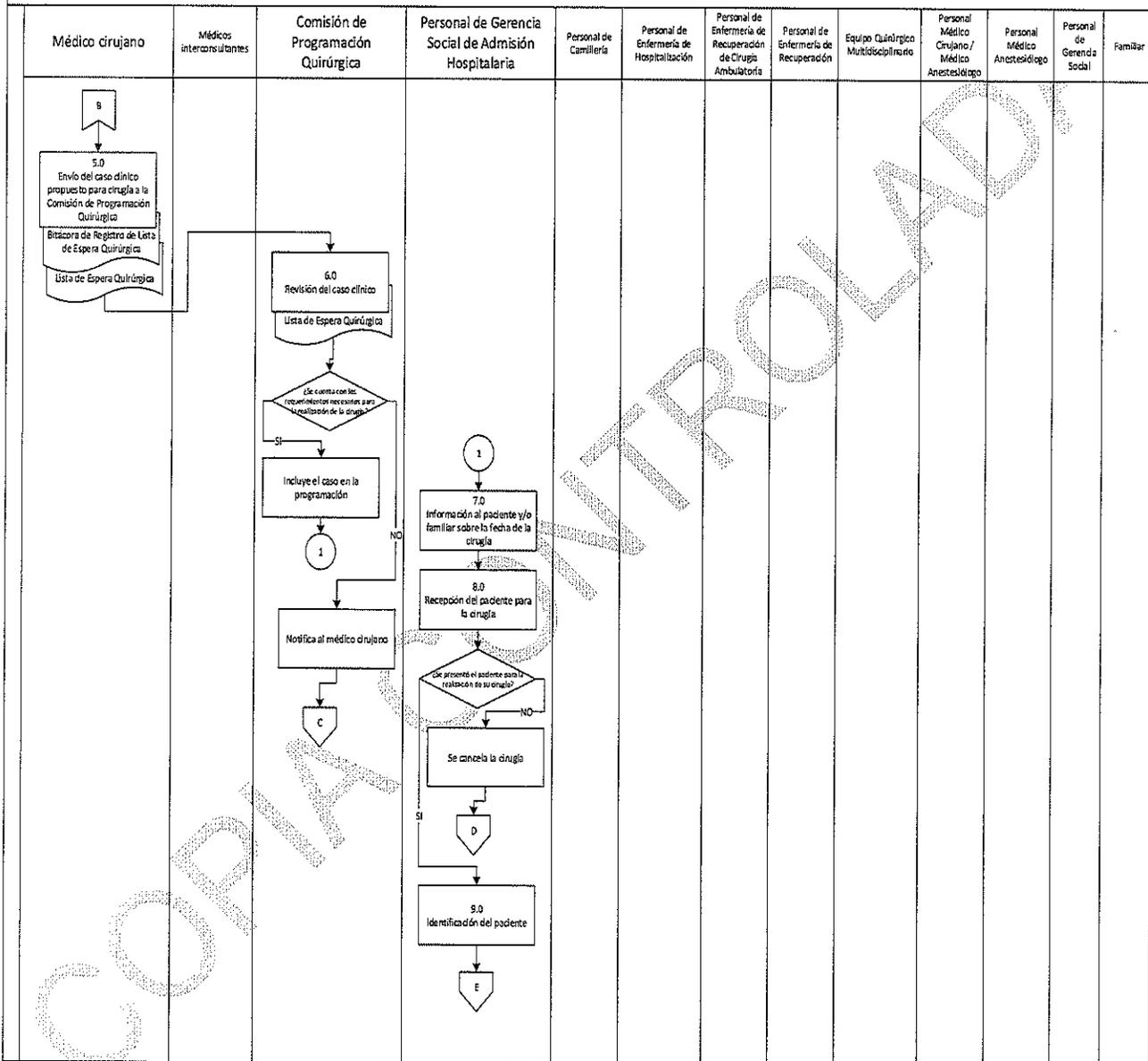
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolińska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

### 5.0 Diagrama de Flujo



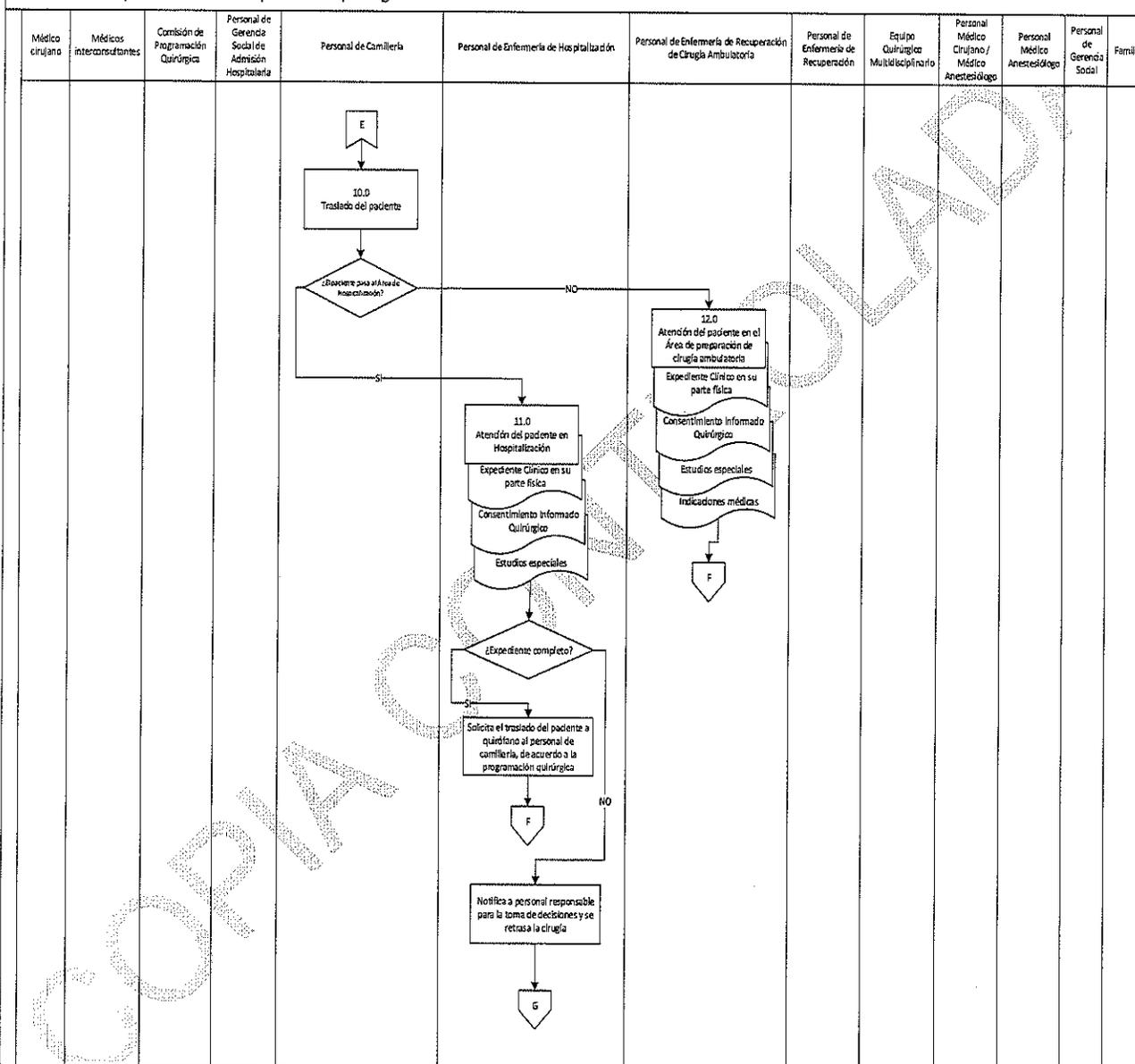
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

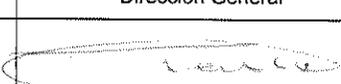
Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos



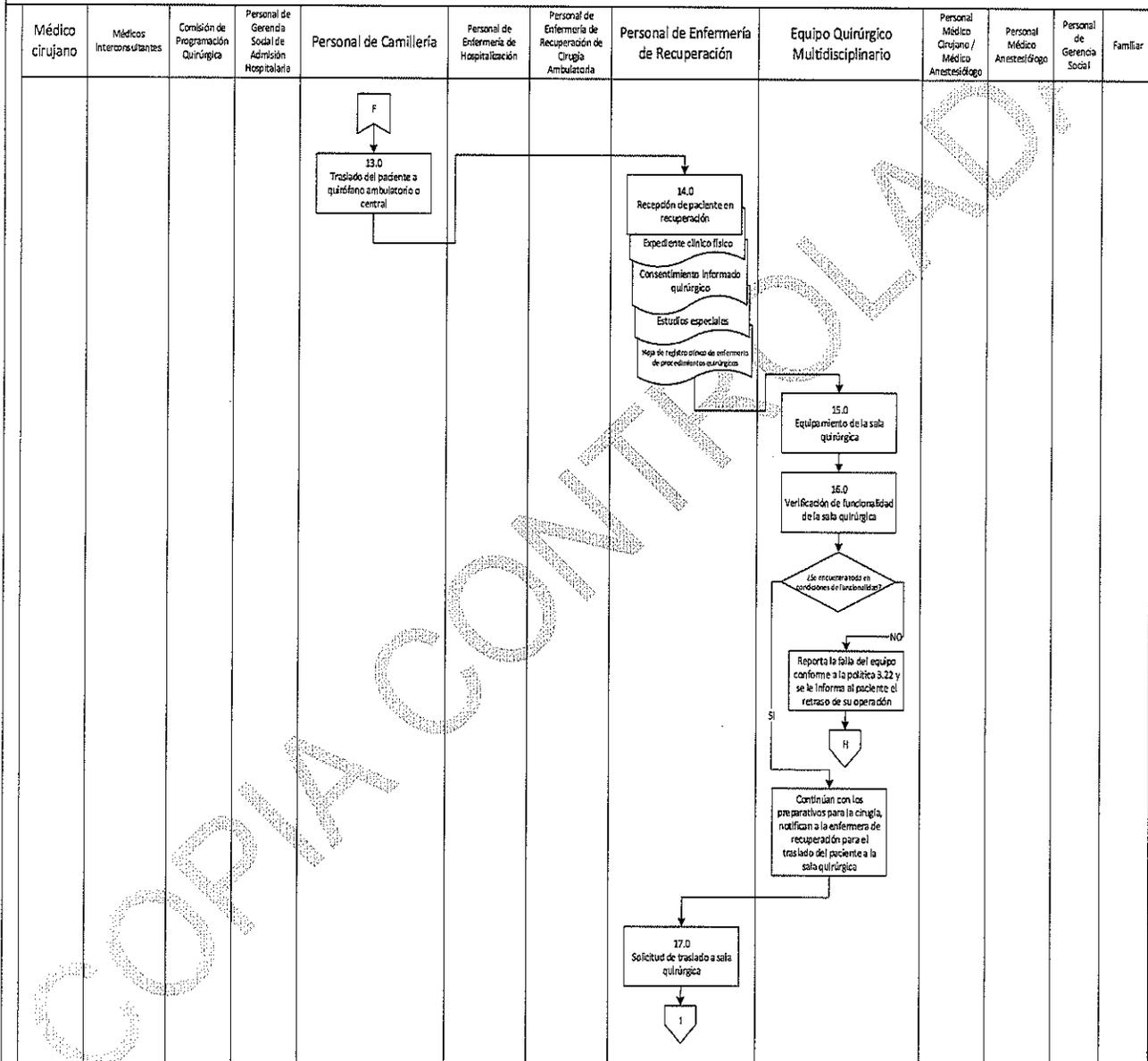
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

**Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos**



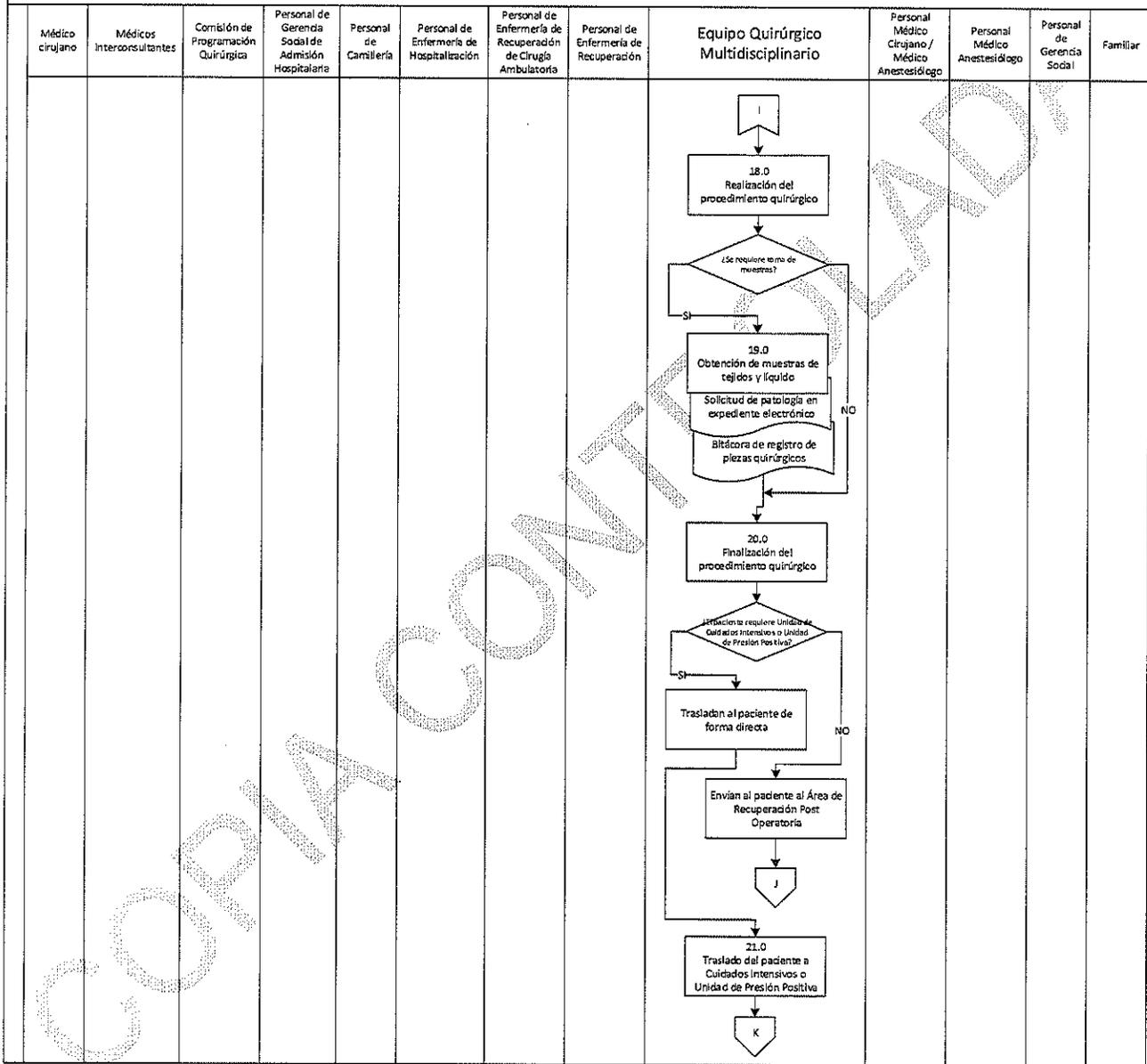
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

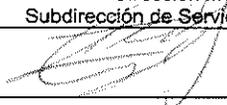
**Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos**

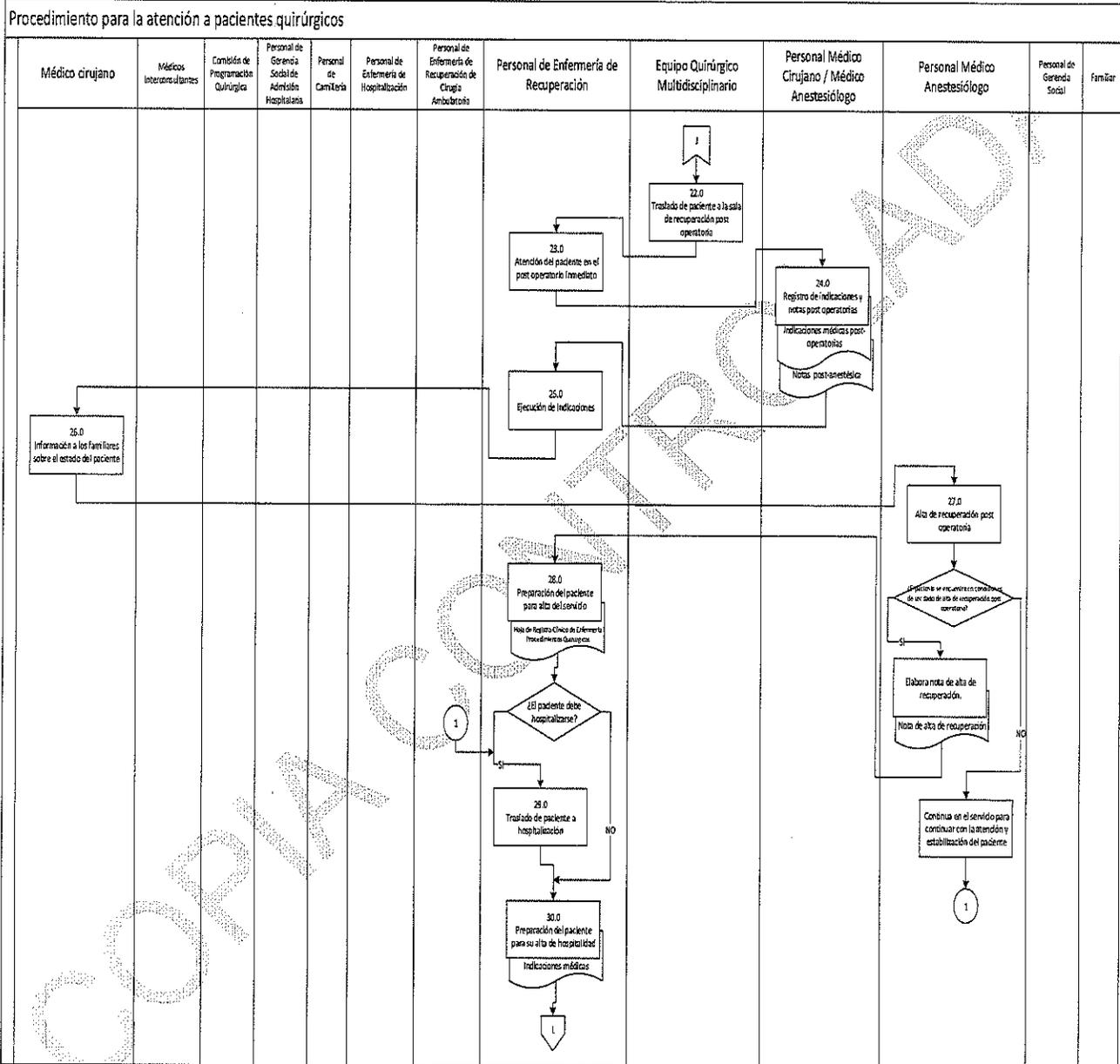


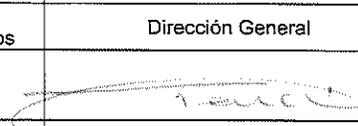
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

**Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos**

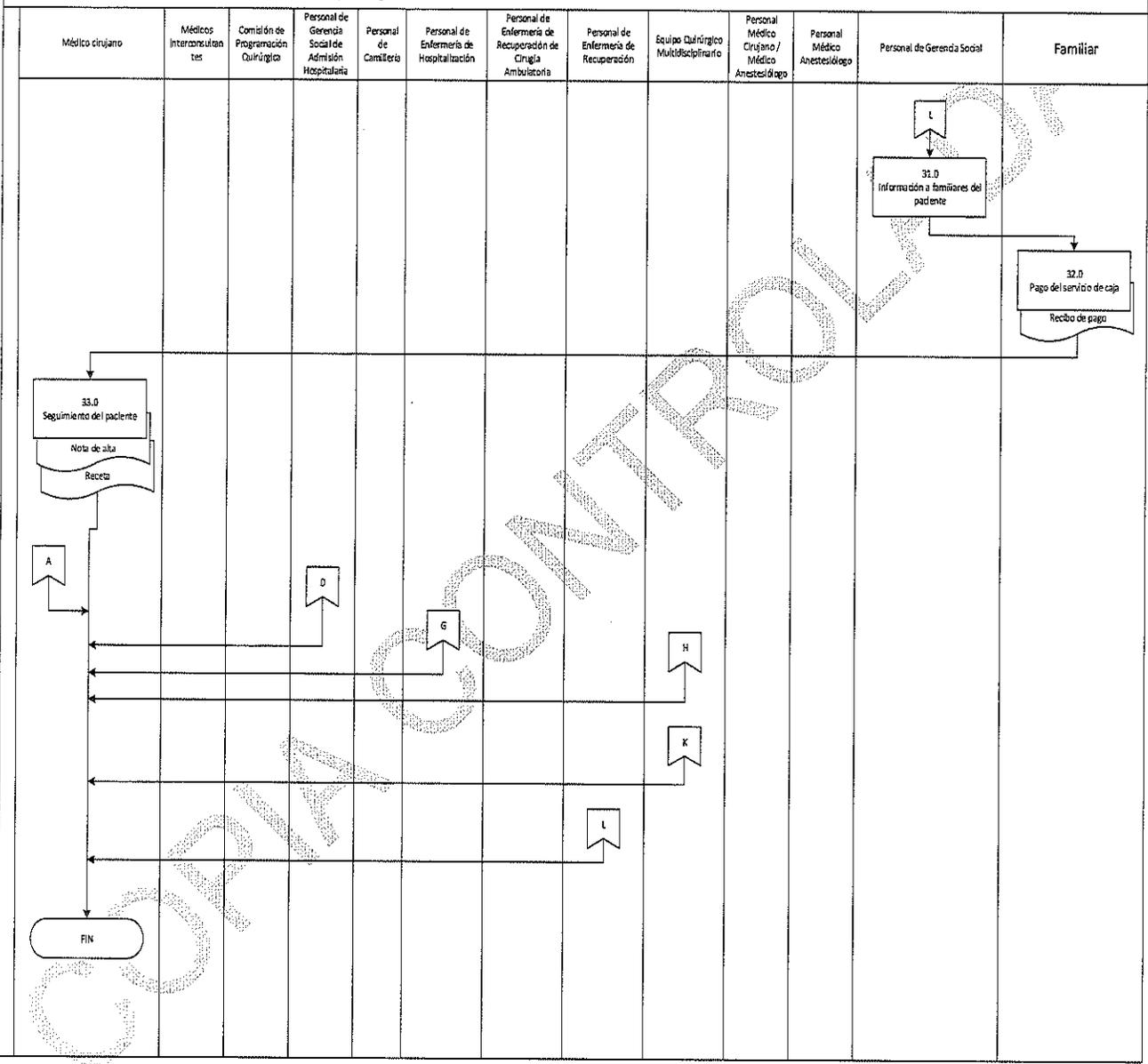


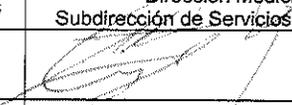
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017



<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnès Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

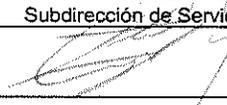
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 22 de 49

## 6.0 Documentos de Referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal. Publicado en el D.O.F., el 29 de Noviembre 2006.	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Autorizado el 23 de Noviembre 2007.	No Aplica
Guía Técnica para la elaboración del Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	POP – DDO – PO – 005 - 02
Manual de Procedimientos de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.	MP- DG-01
NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicado en el D.O.F. el 15 de octubre de 2012.	No Aplica
NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Publicado en el D.O.F. el 10 de enero de 2010.	No Aplica
NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Publicado en el D.O.F. el 30 de noviembre de 2012.	No Aplica

## 7.0 Registros

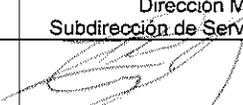
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Bitácora de registro de lista de espera quirúrgica	5 años	Subdirección de Servicios Quirúrgicos.	SSQ- BITÁCORA- LEQ
Bitácora de registro de piezas quirúrgicas	5 años	Coordinación de Enfermería en Quirófanos	CE-BITÁCORA PIEZAS QUIRÚRGICAS
Expediente clínico	5 años	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 23 de 49

## 8.0 Glosario

- 8.1 Cirugía Segura:** Programa Internacional establecido por la Organización Mundial de la Salud que establece criterios aplicables a los procedimientos quirúrgicos y que tienen el propósito de disminuir riesgos durante la cirugía.
- 8.2 Comisión de Programación Quirúrgica:** Agrupación de personas con la finalidad de revisar los pacientes propuestos para cirugía, conformado por los Jefes de Servicio Médicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, Subdirector de Quirófanos y Medicina Crítica de la Dirección de Operaciones, Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre, Jefe de C.E.yE., Jefes de Servicio de Enfermería, Subdirección de Recursos Materiales, y Gerentes Sociales de Cirugía con Hospitalización y Cirugía Ambulatoria.
- 8.3 Hoja de Consentimiento informado anestésico y quirúrgico:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines anestésicos o quirúrgico. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.4 Lista de Verificación de Cirugía Segura:** Es un apartado de la hoja de registro clínico de enfermería Procedimientos quirúrgicos que divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida), aplicado por la enfermera circulante.
- 8.5 Quirófano:** Es el conjunto de recursos físicos destinados a actividades quirúrgicas y la recuperación postoperatoria inmediata.
- 8.6 Sala de operaciones:** Sección del quirófano destinada a la práctica de intervenciones quirúrgicas.
- 8.7 Sistema Know:** Sistema electrónico institucional asignado para el reporte de incidencias que se suscitan en el servicio, y que involucra servicios generales, biomédicos, informáticos, manifestación de comentarios y sugerencias.
- 8.8 Sistema Kewan:** Sistema electrónico institucional que permite hacer las gestiones administrativas para solicitud y registro de consumo de materiales de curación y medicamentos, así como el registro estadístico del quirófano.

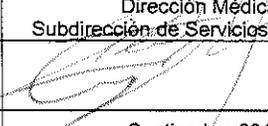
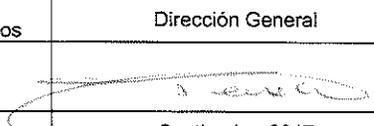
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS		Hoja: 24 de 49

### 9.0 Cambios de esta versión:

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 25 de 49

## 10.0 Anexos

### 10.1 Formato de Solicitud de Inclusión LEQ.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Page 1 of 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SAJÓ

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN LEQ**



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de expediente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Número de afiliación:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Institución de procedencia:** \_\_\_\_\_

**Servicio peticionario:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Intervención:** \_\_\_\_\_

**Detalle de intervención:** \_\_\_\_\_

**Prioridad clínica:** \_\_\_\_\_ **Tipo de cirugía:** \_\_\_\_\_

**Radiología intraoperatoria:** \_\_\_\_\_ **Tipo de anestesia:** \_\_\_\_\_

**Pedido de sangre:** \_\_\_\_\_ **Biopsia intraoperatoria:** \_\_\_\_\_

**Listado de materiales:** \_\_\_\_\_ **Unidades:** \_\_\_\_\_ **Grupos:** \_\_\_\_\_ **Factor RH:** \_\_\_\_\_

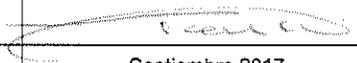
**Confirmación:** \_\_\_\_\_

**Nombre, firma y fecha del médico solicitante:** \_\_\_\_\_ **Nombre, firma y fecha del administrador:** \_\_\_\_\_

**Genero Documento:** \_\_\_\_\_

**Cédula Médica:** \_\_\_\_\_

http://bdmnot.hraebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/ca.di.diwaBasic.DiwaServlet 25/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 26 de 49

10.2 Formato de Consentimiento Informado Quirúrgico. Hoja 1 de 1

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Page 1 of 1

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO</b>		
<p>CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-04-SSA3-2017 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1 A LA 10.1.4</p>		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
<p>Acepto que esta cirugía, quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi diagnóstico presuntivo de ingreso es: Sinusitis crónica.</p> <p>Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento: Cirugía endoscópica de senos paranasales.</p> <p>Entiendo que el procedimiento señalado consiste en:</p> <p>Manifesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, así por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento para que se me realice el mismo, sabiendo que los beneficios del procedimiento propuesto son:</p> <p>Mencionar el alcance del caso:</p> <p>Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones inmediatas o tardías:</p> <p>Riesgos más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico): sangrado, daño a órganos y tejidos cercanos como por ejemplo: nervios periféricos, etc.</p> <p>Riesgos personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):</p> <p>Afirmo que el médico me ha explicado que el procedimiento propuesto es la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen los siguientes riesgos:</p> <p>Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.</p> <p>Si el médico identifica alguna urgencia derivada del acto médico señalado, le otorgo mi autorización para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.</p> <p>Estoy enterado (a) de que no existe garantía sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que no cure mi enfermedad. Así mismo, entiendo que se pueden presentar los siguientes riesgos durante mi recuperación:</p> <p>Entiendo (a) de todo lo anterior y una vez que me han informado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.</p>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
<p>"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoría de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud."</p>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

<http://balmun.hraebajio.local:8080/KlinikReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet> 25/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smólnska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 27 de 49

10.3 Consentimiento Informado Anestésico. Hoja 1 de 1.

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD** Página 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE:  
ANESTESIA O PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVAS

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Procedimiento: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

En el uso de mis facultades médicas, dentro a los métodos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad de la administración de los medicamentos y la realización de las maniobras necesarias sobre mi cuerpo para producir y mantener el estado de anestesia que me ha explicado lo suficiente para entenderlo y ACEPTO la realización de uno o más de los procedimientos que se describen continuación, como los más adecuados para mi caso.

**ANESTESIA GENERAL:** Con medicamentos que producen inconsciencia y analgesia durante el procedimiento los cuales son administrados por vía intravenosa o inhalada.

**ANESTESIA REGIONAL:** Es la anestesia de una parte determinada del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios, el cual permite el proceso quirúrgico reduciendo el dolor. Además de prolongar el efecto después del procedimiento y proporcionar alivio del dolor adicional.

**ANESTESIA LOCAL:** Anestesia de cualquier parte de la piel, ojo, oreja, garganta y otra parte del cuerpo con inyección intrusa y la administración adicional de sedativos.

Todo consiento que la administración de anestesia conlleva efectos secundarios ocasionales tales como náuseas, vómito, dolor de cabeza, fiebre, erupción, adormecimiento transitorio y pérdida de alguna parte del cuerpo, hinchazón, dolor de garganta, dolor de los músculos del cuerpo e hinchazón de los tejidos blandos. Incluso la cirugía recomendada como de mínima severidad puede tener riesgos anestésicos graves e imprevistos.

Algunas otras complicaciones ocasionales de acuerdo al procedimiento anestésico-quirúrgico como pueden ser: daño en los ojos, boca, lengua, en los oídos, neumonías, insensibilidad permanente de alguna zona anestesiada, incremento de eventos durante la cirugía, lesiones en las venas y arterias, cambios, malfunción en la función de hígado y alteraciones severas a los medicamentos utilizados. En casos extremos puede haber daño cerebral por lo tanto el consiento, aspiración de material del contenido estomacal e incluso la muerte.

Los riesgos mencionados dependerán principalmente de la salud de la persona y de la magnitud de la operación y pueden ocurrir en cualquier momento.

Declaro que hasta donde tengo conocimiento y ayudado por el anestesiólogo, he sido informado de:

1. Todas las alternativas que he tenido.
2. Todas las alternativas posibles y el curso de las mismas.
3. Cualquier riesgo.
4. Todos los medicamentos que he recibido los cuales me han dado.
5. Todo lo que se me ha prometido lo he contrastado con la verdad.
6. Cumpliré en lo que me ha prometido en el caso de que mi operación sea programada.

En el caso de estar anestesiado, entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi estado incluso zeposar un parto prematuro.

Entiendo la posibilidad de que mi operación se extienda e incluso se suspenda por causas propias a lo dinámica del quirófano o causas de fuerza mayor.

Después de que se me explicó con claridad y he entendido los riesgos y posibles complicaciones anestésicas, he sentido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi satisfacción y entendimiento.

Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes del inicio del acto anestésico que se me propone.

Nombre del Paciente o persona responsable: \_\_\_\_\_ Firmas: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Genero Documento: \_\_\_\_\_

Cédula Médica: \_\_\_\_\_

<http://balmon.hracbajo.local:8080/KlinikReal/servicios.di.diwaBasis.DiwaServlet> 23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolńska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		<b>Hoja: 28 de 49</b>

10.4 Formato de Nota pre- operatoria Hoja 1 de 1

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 1 de 2



HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

**NOTA PREOPERATORIA**



**Paciente:**

**Expediente:**

**Servicio Origen:**

**Genero:**

**Hospital Referencia:**

**Edad:**

**Diagnostico:**

**Fecha Cirugia:**

**Plan Quirurgico Imagen:**

**Tipo de Intervención Quirurgica:**

**Riesgo Quirurgico:**

**Cuidados y plan terapeutico pre operatorio:**

**Pronostico:**

**Guías de Práctica Clínica:**

**Genero Documento:**

**Cédula Médico:**

http://halmson.hmrabajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet 23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 29 de 49

10.5 Nota de Valoración pre- anestésica. Hoja 1 de 4

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 1 de 4


**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO**  
**NOTA DE VALORACIÓN PREENESTÉSICA**


Nombre del Paciente:	Edad:	Num. Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Lugar de Origen:
Lugar de Residencia:	Ocupación:	Religión:
Afilación:		
Diagnóstico preoperatorio:		Operación propuesta:
Fecha de programación:		Cirujano:
Fecha de valoración:		Anestesiólogo que valora:

**Antecedentes de importancia para el acto anestésico:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Peso:	Talla:	Pres. arterial:	FC:	FR:	Temperatura:
-------	--------	-----------------	-----	-----	--------------

http://balmon.lraebujio.local:8080/KlinikReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet 23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

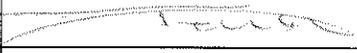
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD S A L U D	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 30 de 49

Nota de valoración pre-anestésica. Hoja 2 de 4

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 2 de 4

<p><b>Cráneo:</b></p> <p><b>Narinas:</b></p> <p><b>Distancia tiromentoniana:</b></p> <p><b>Prótesis:</b></p> <p><b>Removibles:</b></p> <p><b>Forma de cuello:</b></p> <p><b>Traqueas:</b></p> <p><b>Pulso:</b></p> <p><b>Inyección venosa:</b></p> <p><b>Otros:</b></p> <p><b>TÓRAX:</b></p> <p><b>Tipo de tórax:</b></p> <p><b>Auscultación:</b></p> <p><b>Ruidos cardíacos IR:</b></p> <p><b>Soplos:</b></p> <p><b>ABDOMEN:</b></p> <p><b>Inspección:</b></p> <p><b>Palpación:</b></p> <p><b>EXTREMIDADES:</b></p> <p><b>Íntegras:</b></p> <p><b>Arco de movilidad:</b></p>	<p><b>Reflejos oculares:</b></p> <p><b>Mastipati:</b></p> <p><b>Dentadura:</b></p> <p><b>Fijas:</b></p> <p><b>Movilidad temporo-mandibular:</b></p> <p><b>Movilidad atlanto-occipital:</b></p> <p><b>Tiroidea:</b></p> <p><b>Carotídeas:</b></p> <p><b>Lesiones:</b></p> <p><b>Patrón respiratorio:</b></p> <p><b>Cheque de punta:</b></p> <p><b>Ruidos cardíacos 2R:</b></p> <p><b>Otros:</b></p> <p><b>Auscultación:</b></p> <p><b>Percusión:</b></p> <p><b>Lesiones:</b></p> <p><b>Insuficiencia venosa:</b></p>
---	---

<http://balmon.hraebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>
23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 31 de 49

Nota de valoración pre-anestésica. Hoja 3 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 3 de 4

Pielosa: Altera:  
 Otros:

Apto para Cirugía:  
 LABORATORIO:

Hg:	Hto:	Plaquetas:	TP:	TTP:
INR:	Leucocitos:	Glucosa:	Urea:	Creatinina:
BUN:	Na:	K:	Ca:	Mg:
F:	Proteínas:	EGFR:	Otros:	

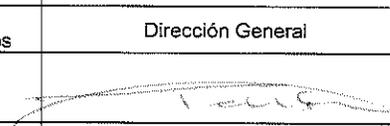
GABINETES:

RX: ECG:  
 Otros:

INDICES PREDICTORES:

ASA:	RAQ:	NTV:	AR:	NSHA:	GOLDMAN:	OTROS:
------	------	------	-----	-------	----------	--------

<http://salmon.lmchajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>
23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 32 de 49

Nota de valoración pre anestésica Hoja 4 de 4

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 4 de 4

Medicación preanestésica:

Plan anestésico:

Indicaciones:

Guías de Práctica Clínica:

Firma anestesiólogo:

Genero Documento:

Cédula Médico:

<http://balmcon.hracbajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>
23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</b>	Código: <b>HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		<b>Hoja: 33 de 49</b>

### 10.6 Formato de Solicitud de Anatomía Patológica



**SOLICITUD ANATOMÍA PATOLÓGICA**

NHC:	Área:
Paciente:	Servicio:
Fecha Rec:	Médico:
Diagnóstico:	Urgencia:
Cama:	Fecha Prevista:
Entidad:	
Pfísica:	
DNI:	

  
 Episodio: 20140002475

  
 Solicitud: 20140002475

Servicio: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_

Estudios más breves: \_\_\_\_\_ Información Clínica: \_\_\_\_\_

Proceso Asistencial: \_\_\_\_\_

PRUEBAS SOLICITADAS

OBSERVACIONES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS		Hoja: 34 de 49

10.7 Nota post- operatoria. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

**HOJA QUIRÚRGICA**  
(Nota post operatoria)

Nombre del paciente:	Número de expediente:	Fecha de intervención:
Servicio:		
Diagnóstico preoperatorio:	Operación planeada:	
Diagnóstico posoperatorio:	Operación realizada:	

**Descripción de la técnica:**

**Hallazgos transoperatorios:**

**Reporte de gasas y compresas:**

**Incidentes y accidentes:**

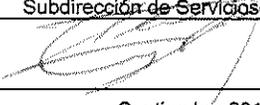
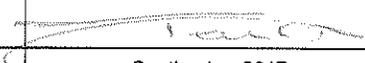
**Cuantificación de sangrado:**

**Resultados de estudios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios:**

**Personal:**

Cirujano:
Cirujano ayudante:
Anestesiólogo:
Instrumentista:
Circulante:

<http://salmon.hraebajo.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet> 23-05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 35 de 49

Nota post-operatoria. Hoja 2 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Página 2 de 2
<p><b>Estado posquirúrgico inmediato:</b></p> <p><b>Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato:</b></p> <p><b>Pronóstico:</b></p> <p><b>Envío de piezas para histopatología:</b></p> <p><b>Otros hallazgos de importancia:</b></p> <p><b>Guías de Práctica Clínica:</b></p> <p><b>Nombre y firma del responsable de la cirugía:</b></p> <p><b>Genero Documento:</b></p> <p><b>Cédula Médico:</b></p>	A
<a href="http://bafmon.hraebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet">http://bafmon.hraebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet</a>	23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

10.8 Registro Trans – anestésico. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD BAJA		SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA REGISTRO TRANSANESTÉSICO				SERVICIO QUIRÚRGICO FECHA			
	Nombre	Registro	Sexo	Edad	Peso	Talla	Sala	Cama	
	Diagnóstico preoperatorio		PA	FC	FR	Temp	SpO2	ASA	
	Cirugía programada	Hb	Hto	Ta	TpT	Gpo	Rit		
<b>Agentes</b>		<b>DOSIS Y HORA</b>						<b>TOTAL o FINAL</b>	
Oxígeno									
MAC (%)									
Fármacos de IA - H									
SPO2 %									
ETCO2 mmHg									
TOP % / BIS									
Ingreso Paciente 1	141	240						<b>SIGNOS VITALES</b> P/A FC FR SpO2 TEMP Soluciones	
Inicia Anestesia 2	40	201							
	39	190							
Inicia Cirugía 3	39	180							
	37	170							
Termina Cirugía 4	36	160							
	35	150							
Termina Anestesia 5	34	140							
	33	130							
Salida Paciente 6	32	120							
		110							
Inicia Isquemia	100	80							
	90	70							
Termina Isquemia	80	70							
	70	60							
Presión Arterial X	60	50							
	50	40							
Frec Cardíaca *	40	30							
	30	20							
Frec Respiratoria	20	10							
	10								
Tiempo en T.A.B									
Posición del Paciente									
VENTILACIÓN E A.C.M									
<b>Fármacos</b> A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z		Cirujano Realizado			Cirujano - Ayudante				
		Técnico Anestésico			Instrumentista - cirujano				
		Tiempo An	Tiempo Cir	Tiempo Iso	PASA A		Nombre y firma del anestesiólogo		
					UCPA	UCI	RISD		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

Registro Trans- anestésico. Hoja 2 de 2.

Balance de líquidos							TIPO DE ANESTESIA		GENERAL		IV		INH		BALANCEADA		MIXTA																																											
Egresos	1	2	3	4	5	Total	Inducción	IV	Inhalatoria																																																			
Metabolismo							Mascarilla facial	SI	NO	Intubado	SI	NO	Provio																																															
Ayuno							Cánula	Faríngea	Nasal	LMA	Tipo	Num.																																																
TO							Tipo de tubo	Murphy	Amado	Otro	D.I.	Org.	Nasal																																															
Circuito							Aire en globo (ml)				Laringoscopia	Directa	Indirecta																																															
Sangrado							Fibróbroncoscopia	Hoja Num	Tipo		No. De intentos p/intubación																																																	
Uresia							Otra técnica de intubación				Cormack	1	2	3	4																																													
Egresos							REGIONAL	Neuroaxial	BSA	BPD	Caudal	Mixto	Nivel																																															
Ingresos	1	2	3	4	5		Via Media	Via Lateral			Num de intentos	Latencia																																																
							Tipo y calibre de aguja																																																					
							Fármaco 1			Dosis		Volumen																																																
							Fármaco 2			Dosis		Volumen																																																
							Fácil	Difícil	Cateter	SI	NO	Salida de LCR	SI	NO																																														
							Bromaje	100%	66%	33%	0%	Porcho hematoc																																																
							Plexo Braquial	Via				Plexo Lumbar																																																
							Nervio(s) Periferico(s)																																																					
							Técnica(s)				Long de aguja (cm)																																																	
							Neuroestimulador	SI	NO	Corriente inicial	Num. de intentos	Final																																																
							Tipo de Respuesta					Latencia																																																
							Intensidad de Respuesta	0	1	2	3	Infiltración local																																																
							Fármaco 1			Dosis		Volumen																																																
							Fármaco 2			Dosis		Volumen																																																
							Calificación de bloqueo	Inadecuado	Suficiente	Fácil	Difícil																																																	
							Complicaciones/Observaciones de la técnica																																																					
<p>Valoración de la recuperación anestésica</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Parámetros</th> <th>Al Salir</th> <th>0'</th> <th>30'</th> <th>60'</th> <th>120'</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actividad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Circulación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conciencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coloración</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntuación total</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																			Parámetros	Al Salir	0'	30'	60'	120'	Actividad						Ventilación						Circulación						Conciencia						Coloración						Puntuación total					
Parámetros	Al Salir	0'	30'	60'	120'																																																							
Actividad																																																												
Ventilación																																																												
Circulación																																																												
Conciencia																																																												
Coloración																																																												
Puntuación total																																																												
<p>Nota de alta de recuperación</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																																												
<p>Nombre y firma del médico que otorga el alta</p>																																																												

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 38 de 49

10.9 Nota post- anestésica Hoja 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL MADRID

**NOTA POSTANESTÉSICA**

Nombre del paciente:	Edad:	Num. Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Lugar de Origen:
Lugar de Residencia:	Ocupación:	Religión:
Afiliación:		

Diagnóstico preoperatorio: Operación propuesta:

Fecha de programación: Cirujano:

Medicamentos utilizados:

Cantidad de sangre y soluciones aplicadas:

Descripción del procedimiento:

Incidentes y accidentes atribuidos a la anestesia:

Duración de la anestesia (min):

<http://buimem.braebajto.local:8080/KlinikReal/servlet/cs.di.diwaBasic.DiwaServlet> 23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD N S I T O	Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 39 de 49

Nota post anestésica Hoja 2 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 2 de 2

**Observaciones:**

**Guías de Práctica Clínica:**

**Genero Documento:**

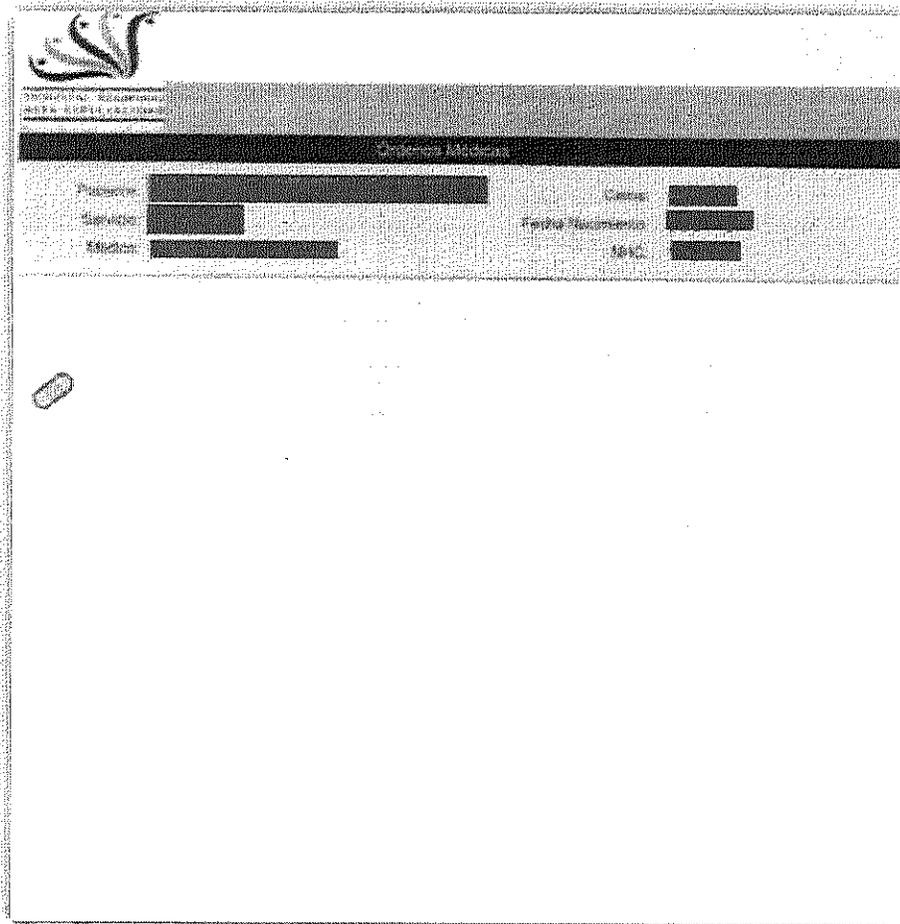
**Cédula Médica:**

<http://balmon.braebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet> 23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smólnska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</b>	Código: <b>HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		<b>Hoja: 40 de 49</b>

### 10.10 Indicaciones Médicas



<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017







HRAE-AE-031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos 4 de 4.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA POST-QUIRÚRGICA																										
VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE	ESTADO DE CONCIENCIA			FACE			CULGACIONES			ACTIVIDAD			CONSTITUCIÓN			COMORNOBACION										
	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Voluntaria / Indolente	<input type="checkbox"/> Voluntaria / Indolente	<input type="checkbox"/> Forzada / Pasiva	<input type="checkbox"/> Fuerte	<input type="checkbox"/> Débil	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> No valorable	<input type="checkbox"/> Estuporoso	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Edematoso	<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Rubicundo	<input type="checkbox"/> Forzado / Pasivo	<input type="checkbox"/> Medía	<input type="checkbox"/> Obesa	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala
VALORACIÓN DEL RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO										
	<input type="checkbox"/> A. Seguridad	<input type="checkbox"/> B. Dolor	<input type="checkbox"/> C. Disociación	<input type="checkbox"/> F. Cardíaca	<input type="checkbox"/> G. Respiratoria	<input type="checkbox"/> H. Temperatura	<input type="checkbox"/> I. Saturación O2	<input type="checkbox"/> J. Reactivos	<input type="checkbox"/> K. Perimetros	<input type="checkbox"/> L. Glasgow	<input type="checkbox"/> M. Ventilación	<input type="checkbox"/> N. F.I. O2	<input type="checkbox"/> O. Caídas	<input type="checkbox"/> P. Infección	<input type="checkbox"/> Q. Hemorragia	<input type="checkbox"/> R. Úlceras	<input type="checkbox"/> S. Alteración de la movilidad física	<input type="checkbox"/> T. Estado nutricional deficiente	<input type="checkbox"/> U. Exposición a la humedad	<input type="checkbox"/> V. Imposición de reposo absoluto	<input type="checkbox"/> W. Limitación en la actividad física	<input type="checkbox"/> X. Percepción sensorial limitada	<input type="checkbox"/> Y. Nivel de riesgo	<input type="checkbox"/> Z. Nivel de riesgo	<input type="checkbox"/> AA. Nivel de riesgo	<input type="checkbox"/> AB. Nivel de riesgo
<b>CAÍDAS: Factores de riesgo</b> / Nivel de riesgo: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo / <input type="checkbox"/> Alto riesgo												<b>PLAN DE CUIDADOS EN EL POST-QUIRÚRGICO:</b> <b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b> / Hora:														
<b>SOLUCIONES PARENTERALES:</b> / Iniciar: / ml. / hr. / Restar: / Debe verificarse:												<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b> / Hora:														
<b>MEDICAMENTOS:</b> / Dosis: / Alfa: / Hora: / Debe verificarse:												<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES</b> / Hora:														
<b>COMPONENTES SANGUÍNEOS:</b> / Grupo sanguíneo: / Rh: / Tiempo fuera: / Volumen: / Inicia: / Termina: / Baja: / Hora de ingreso:												<b>RESULTADOS LOGRADOS</b> / Hora / minutos:														
<b>CONTROL DE LÍQUIDOS:</b> / Materiales: / Cantidad: / Evacuación: / Secretiones: / Vómito: / Sangrado: / Bronquios:												<b>NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES</b>														
<b>EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR / PLAN DE ALTA:</b> / Hora:																										

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-Puesto:	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
Firma:			
Fecha:	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 45 de 49

10.12 Nota de egreso Hoja 1 de 1

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Página 1 de 1




HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

**NOTA DE EGRESO DE QUIROFANO**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Expediente:** \_\_\_\_\_  
**Número de Afiliación:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Intervención:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Alta:** \_\_\_\_\_  
**Diagnósticos Finales:** \_\_\_\_\_  
**Procedimientos:** \_\_\_\_\_  
**Servicio:** \_\_\_\_\_  
**Médico:** \_\_\_\_\_  
**Motivo de Egreso:** \_\_\_\_\_  
**ME: 2017121**  
**Resumen de la Evolución y Estado Actual:** \_\_\_\_\_  
**Menció Durante la Estancia Hospitalaria:** \_\_\_\_\_  
**Problemas Clínicos Pendientes:** \_\_\_\_\_  
**Plan de Manejo y Tratamiento:** \_\_\_\_\_  
**Recomendaciones:** \_\_\_\_\_  
**Atención de Factores de Riesgo:** \_\_\_\_\_  
**Pronóstico:** \_\_\_\_\_  
**En Caso de Defunción Diagnóstico Acorde al Certificado:** \_\_\_\_\_  
**Genero Documento:** \_\_\_\_\_  
**Cédula Médica:** \_\_\_\_\_

<http://balmon.hraebajio.local:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>
23/05/2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 46 de 49

10.13 Receta médica





**Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**

Blvd. Milenio 130 • San Carlos La Ronda  
CP 37660 León, Guanajuato, México  
teléfono 01 (477) 267 2000  
www.hraeb.salud.gob.mx  
R.F.C. HRAEB19027A



FOLIO

Nº 54050

FECHA

---

RECETARIO MÉDICO

Nom. del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

No. de Afiliación: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

T.A.: \_\_\_\_\_

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

CEDULA PROFESIONAL

REGISTRO S.S.G. No.

REGISTRO DE LA ESPECIALIDAD

ORIGINAL / PACIENTE

COPIA / DIRECCIÓN MÉDICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 47 de 49

10.14 Bitácora de Registro de Lista de Espera Quirúrgica (SSQ- BITÁCORA- LEQ)

Nro	Fecha	Paciente	Expediente	Intervención	Cirujano
1878					
1879					
1880					
1881					
1882					
1883					
1884					
1885					
1886					
1887					
1888					
1889					
1890					
1891					
1892					
1893					
1894					
1895					
1896					
1897					
1898					
1899					
1900					

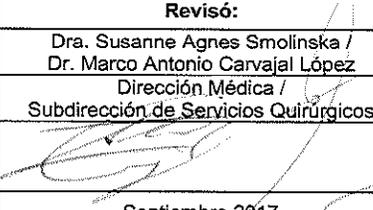
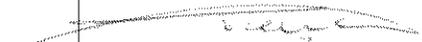
COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB-PR-DM- SSQ-JSQ-02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS</b>		Hoja: 48 de 49

### 10.15 Programación quirúrgica

													
<b>PROGRAMACION QUIRURGICA</b>													
Fecha	Hora	Edad	Nombre y Apellidos	Diagnóstico	Procedimiento	Cirujano	Anestesiólogo	Ox	Rv	Est. T/O	Sangre	Hosp.	Exp.
<b>LUNES 08 DE JULIO</b>													

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Esperanza García Moreno	Dra. Susanne Agnes Smolinska / Dr. Marco Antonio Carvajal López	Dr. Carlos Tena Tamayo
<b>Cargo-Puesto:</b>	Jefatura de Servicio de Quirófanos	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Quirúrgicos	Dirección General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Septiembre 2017	Septiembre 2017	Septiembre 2017

