



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 0 de 74

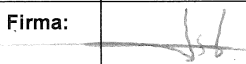
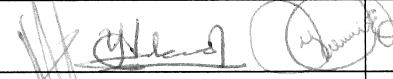

**HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL
TRASPLANTE HEPÁTICO**



FIRMA DE AUTORIZACIÓN	FECHA
 Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez Director General	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>P A S T O</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01 Rev. 0 Hoja: 1 de 74
---	---------------------------------	---	--

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVO DEL MANUAL	3
III. MARCO JURÍDICO	4
IV. PROCEDIMIENTOS	6
1. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO	6
2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO	38

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>B A J Í O</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 2 de 74




I. INTRODUCCIÓN



En cumplimiento de la normativa en el área de donación y trasplantes, descritas en la Ley General de Salud y el Reglamento de dicha ley en materia de trasplantes, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), establece los manuales de procedimientos médicos, técnicos y/o administrativos de los diferentes programas de donación y trasplantes con los que cuenta el Hospital, con la finalidad de ayudar en la integración de un Sistema de Gestión de Calidad como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes en su artículo 34.

Para ello, se integra este manual de procedimientos relativo al programa de trasplante hepático con la finalidad de establecer las líneas de trabajo y responsabilidades de los participantes en el programa en lo que compete a su área.

Por ello, la importancia de la elaboración de estos manuales que buscan estandarizar el actuar de los integrantes de las actividades descritas, definiendo políticas de actuación y delimitando responsabilidades y competencias, en apego a toda la normatividad existente en la materia.


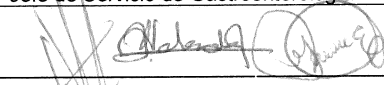
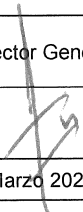
Además de quedar a la disposición de todo aquel que lo requiera ya sea personal de la institución o público en general que requiera dicha información, independientemente del fin que se persiga.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>ESTADO</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 3 de 74

II. OBJETIVO DEL MANUAL

Suministrar una guía de actuación a todo el personal involucrado en el proceso de un trasplante hepático, con el objetivo de homologar las actividades y comunicación entre los integrantes tanto hospitalarios como extrahospitalarios, los cuales requieran conocer el proceso de atención de un paciente que requiere un trasplante de hígado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

III. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DOF 05-II-1917, hasta su última reforma.

LEYES

Ley General de Salud.
DOF 07-II-1984, hasta su reforma.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
D.O.F. 14-III-1986, hasta su última reforma

DECRETOS


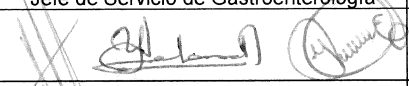
Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-VI-2006.



NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
D.O.F. 15-X-2012.

OTRAS DISPOSICIONES

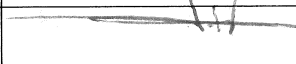
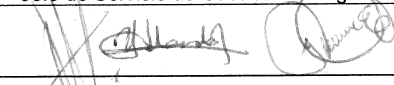
Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 5 de 74

Aprobado en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de enero de 2007, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, del ejercicio fiscal del año dos mil siete, y con sus últimas reformas aprobadas en fecha 06 de septiembre de 2018.




COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 6 de 74

IV. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 7 de 74

1.0 Propósito




- 1.1 Implementar un procedimiento de atención a pacientes con cirrosis hepática candidatos a trasplante hepático, para garantizar la atención ambulatoria oportuna de los servicios otorgados dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención al Usuario, Comité Interno de Trasplantes (CIT), Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado.
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente candidato a trasplante hepático, al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Centro Estatal de Trasplantes (CEETRA), Hospitales de Referencia y Organismos Acreditadores.

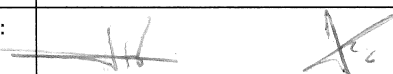
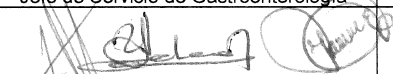

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Todos los pacientes deben de contar con su hoja de referencia externa proveniente de los Hospitales de segundo nivel para ser atendidos en el HRAEB. (Ver Anexo 10.1 Hoja de referencia y contrarreferencia).
- 3.2 Una vez aceptada la referencia por la Jefatura del Servicio correspondiente, todos los pacientes deben acudir al HRAEB con estudios básicos tomados en hospitales de segundo nivel. (Ver Anexo 10.1).
- 3.3 Es responsabilidad del Médico Gastroenterólogo, valorar al paciente de acuerdo con el programa establecido en el Protocolo de Trasplante Hepático.
- 3.4 Es responsabilidad del Médico Gastroenterólogo, solicitar las interconsultas del Protocolo a las especialidades de Infectología, Cardiología, Neumología, Psiquiatría, Cirugía de Trasplante Hepático y Nutrición. (Ver Anexo 10.2 Solicitud de Interconsulta).
- 3.5 Para la programación del trasplante hepático, el Médico Cirujano Especialista en Trasplante Hepático debe generar receta médica de inmunosupresores y una hoja de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), solicitud de ingreso hospitalario, cumplir con el proceso del consentimiento informado específico y solicitud de transfusión durante la atención ambulatoria. (Ver Anexo 10.3 Solicitud de inclusión en LEQ, 10.4 Solicitud de Transfusión, 10.5 Consentimiento Informado Específico y 10.6 Receta Médica, 10.15 Solicitud de Ingreso Hospitalario).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 8 de 74


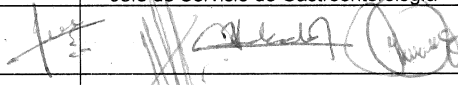

- 3.6 Es responsabilidad del CIT, la aprobación del trasplante hepático de los casos presentados y su ingreso al Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), dependiente del CENATRA, a través del Secretario Técnico del Comité, plasmándolo en la minuta respectiva. (Ver Anexo 10.7 Lista Nacional de Espera).
- 3.7 Es responsabilidad del Secretario Técnico del CIT, la elaboración oportuna de la minuta resultante de la sesión extraordinaria ante una donación o una urgencia cero. (10.8 Formato de Activación de Urgencia de Trasplante Hepático).
- 3.8 El seguimiento en Consulta Externa de los pacientes trasplantados debe estar a cargo del Servicio de Gastroenterología, de acuerdo con el programa de vigilancia establecido en el Protocolo de Trasplante Hepático.
- 3.9 Es responsabilidad del Cirujano de Trasplante Hepático, dar seguimiento ambulatorio al paciente en caso de complicación quirúrgica.
- 3.10 Es responsabilidad del Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado, la orientación de los potenciales donantes de componentes sanguíneos para el trasplante hepático. (Ver Anexo 10.9 Donador de Plaquetas y Anexo 10.10 Requisitos del Donador).
- 3.11 El Personal Quirúrgico Multidisciplinario, deberá estar conformado por el Personal Médico quirúrgico - anestésico, así como el Personal de Enfermería Quirúrgica, Personal de Enfermería Especialista Perfusionista y Personal de Enfermería Circulante.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 9 de 74


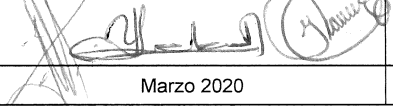

4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Recepción de documentación correspondiente al ingreso	Responsable: Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión
1.1 Recibe la documentación correspondiente al ingreso del paciente al HRAEB, como se menciona en el Procedimiento de referencia. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. 	
1.2 Envía el documento para ser valorado por la Jefatura del Área Médica correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. 	
Etapa 2.0 Aceptación de paciente	Responsable: Jefe de Servicio de Gastroenterología
2.1 Evalúa el caso en particular mediante la revisión de la hoja de referencia externa. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. <p style="text-align: center;">¿Es un caso de urgencia cero?</p> <p>Si: Pasa a etapa 8.0. No: Pasa a etapa 3.0.</p>	
Etapa 3.0 Agenda de consulta	Responsable: Jefe de Servicio de Gastroenterología
3.1 Solicita por sistema al Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión, agendar consulta de primera vez a Gastroenterología (adultos o pediátrica). <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Electrónico. 	
Etapa 4.0 Valoración del paciente en Consulta Externa	Responsable: Médico Gastroenterólogo
4.1 Inicia el estudio para trasplante, de acuerdo con Protocolo de Trasplante Hepático. <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Nota médica. 	
4.2 Solicita interconsultas a las especialidades mencionadas en la política 3.4. <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta. 	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

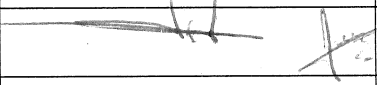
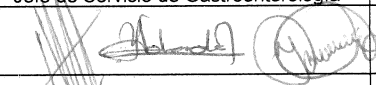
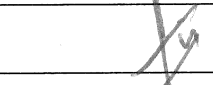
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 10 de 74



Etapa 5.0 Evaluación del paciente	Responsable: Médico Gastroenterólogo
<p>5.1 Evalúa al paciente para considerar si es apto para el trasplante hepático.</p> <p style="text-align: center;">¿Se considera al paciente apto para trasplante?</p> <p>Si: Pasa a etapa 6.0. No: Contrarreferencia al paciente a su Unidad de Referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 6.0 Evaluación del grado de avance del paciente	Responsable: Médico Gastroenterólogo
<p>6.1 Evalúa el grado de avance del protocolo de estudio del paciente candidato a trasplante hepático.</p> <p style="text-align: center;">¿Ha finalizado el protocolo de estudio?</p> <p>Si: Solicita interconsulta al Cirujano de Trasplante Pasa a etapa 7.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta. <p>No: Continúa con el protocolo de valoración. Regresa a etapa 5.0.</p>	
Etapa 7.0 Valoración quirúrgica	Responsable: Cirujano de Trasplante
<p>7.1 Valora el protocolo finalizado.</p> <p style="text-align: center;">¿Se acepta el caso para cirugía?</p> <p>Si: Presenta caso al CIT. Pasa a la etapa 8.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente Clínico. <p>No: Envía de regreso el caso al Servicio de Gastroenterología, explicando los motivos de rechazo para cirugía. Regresa a etapa 5.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota médica. 	
Etapa 8.0 Presentación y programación del caso	Responsable: CIT
<p>8.1 Valora el caso para la inclusión en la lista de espera de donador fallecido y solicitud de urgencia 0 en caso necesario, de acuerdo con las políticas 3.6 y 3.7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de urgencia 0. <p style="text-align: center;">¿Se acepta para cirugía?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 9.0. No: Regresa a la etapa 5.0.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 11 de 74

Etapa 9.0 Atención del paciente en Consulta Externa	Responsable: Cirujano de Trasplante
<p>9.1 Informa al paciente de la aceptación de su trasplante.</p> <p>9.2 Realiza el proceso de consentimiento informado quirúrgico y genera la carta de consentimiento informado específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento Informado Específico. <p>9.3 Genera y entrega la documentación necesaria al paciente, de acuerdo con la política 3.5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receta Médica. • Solicitud de Transfusión. • Solicitud de inclusión en LEQ. • Solicitud de Ingreso Hospitalario. 	
Etapa 10.0 Atención del paciente en el quirófano	Responsable: Personal Quirúrgico Multidisciplinario
<p>10.1 Realiza procedimiento quirúrgico programado.</p> <p>10.2 Informa telefónicamente al Personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos, el traslado del paciente.</p> <p>10.3 Solicita al Personal de Camillería, el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	
Etapa 11.0 Evolución del paciente	Responsable: Personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos
<p>11.1 Valora diariamente la evolución postoperatoria del receptor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota médica. <p>11.2 Solicita interconsulta al Servicio de Nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta. <p style="text-align: center;">¿El paciente presenta alguna complicación?</p> <p>Si: Envía a interconsulta al Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo, de acuerdo con la política 3.9. Pasa a etapa 12.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta. <p>No: Continúa la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. Pasa a etapa 13.0.</p>	
Etapa 12.0 Atención de complicación	Responsable: Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 12 de 74

12.1 Revisa y valora el estado clínico del receptor.

- Nota médica.

12.2 Realiza maniobra terapéutica indicada.

Etapa 13.0 Egreso del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos	Responsable: Personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos
--	---

13.1 Registra en el expediente, el egreso al paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Nota de egreso terapia.

13.2 Informa verbalmente al Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo, el ingreso del paciente al Área de Hospitalización.

13.3 Solicita al Personal de Camillería, el traslado al Área de Hospitalización.

Etapa 14.0 Seguimiento de receptor en Hospitalización	Responsable: Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo
---	---

14.1 Valoran la evolución post operatoria del receptor.

- Nota médica.

14.2 Solicitan estudios de laboratorio y gabinete periódicamente.

- Formato de Solicitud de Laboratorio.
- Sistema electrónico.

Etapa 15.0 Egreso de Hospitalización	Responsable: Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo
--------------------------------------	---

15.1 Proceden a dar de alta al receptor una vez que respondió satisfactoriamente al trasplante, con citas programadas a Cirugía de Trasplantes, Gastroenterología y Nutrición.

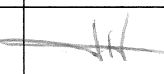


- Nota de egreso hospitalario.
- Receta médica.
- Formato de Solicitud de Laboratorio.



Etapa 16.0 Seguimiento en Consulta Externa	Responsable: Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo
--	---

16.1 Valoran y registran la evolución ambulatoria del receptor.

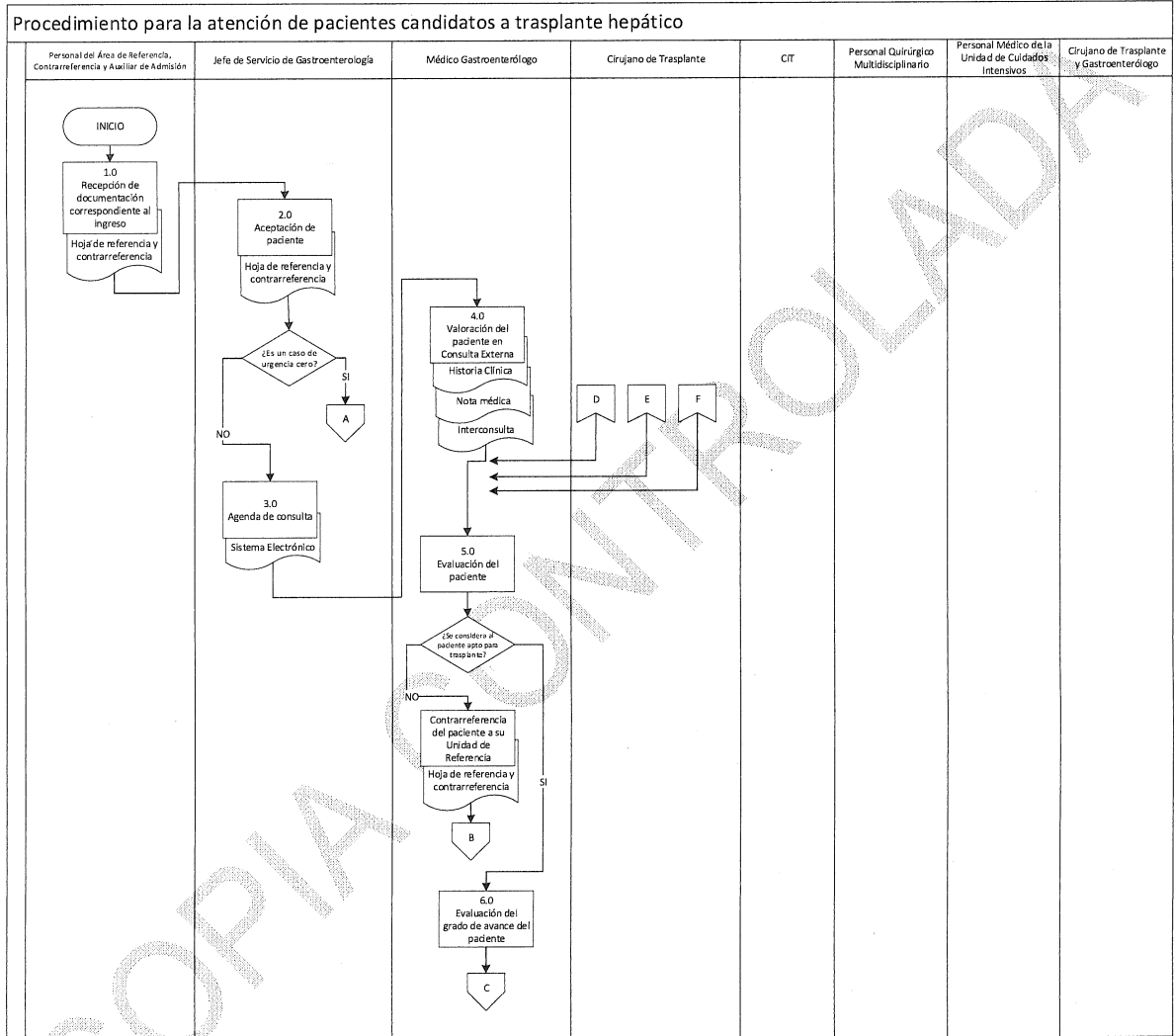
- Formato de Solicitud de Laboratorio.
- Sistema electrónico.

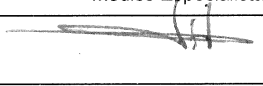
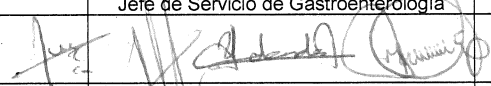
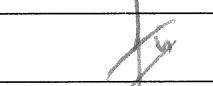
TERMINA PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

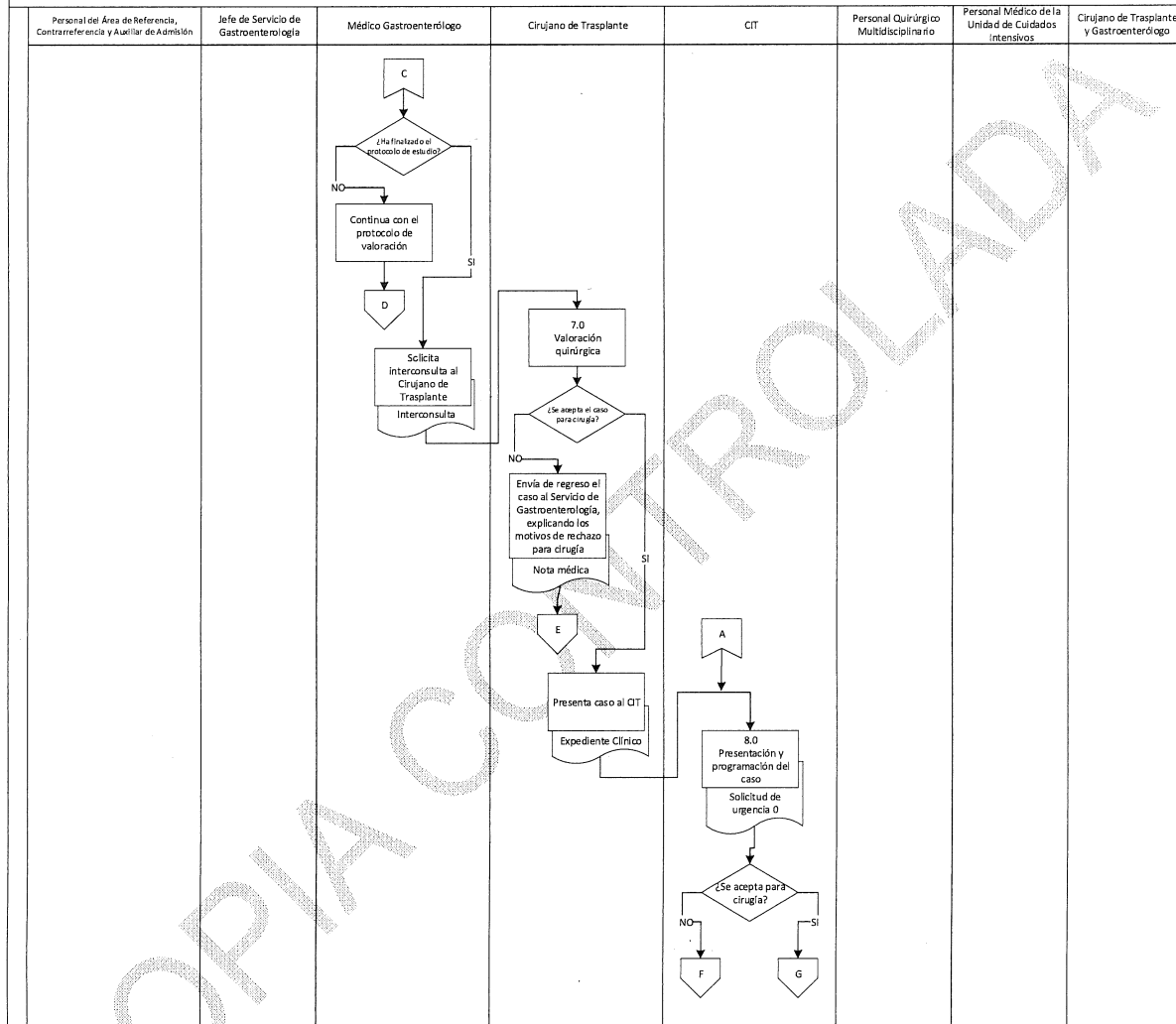
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 13 de 74

5.0 Diagrama de flujo


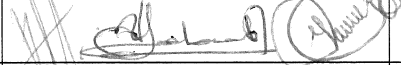





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

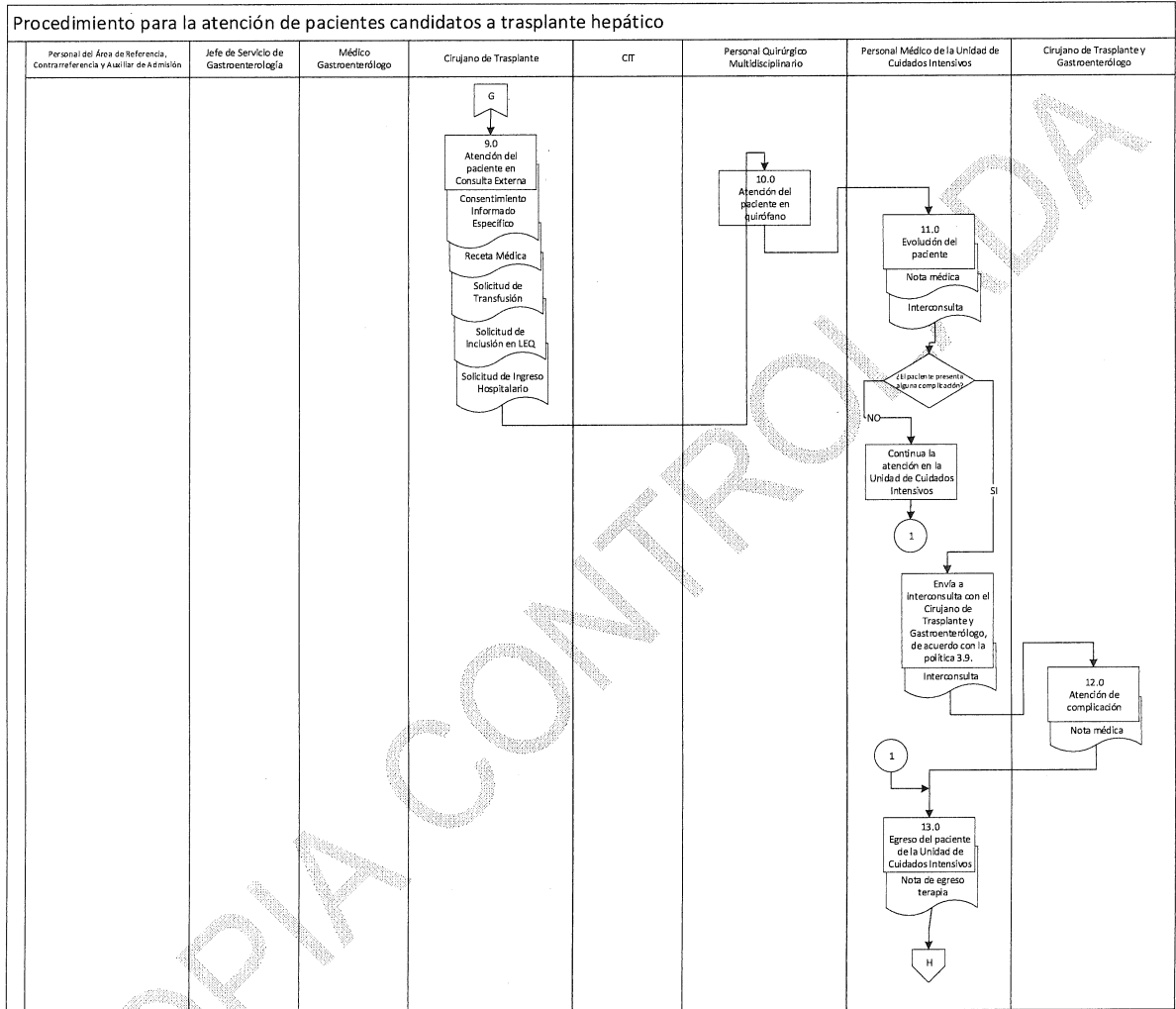
Procedimiento para la atención de pacientes candidatos a trasplante hepático


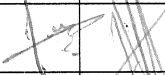
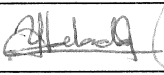
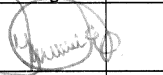
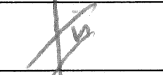




CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

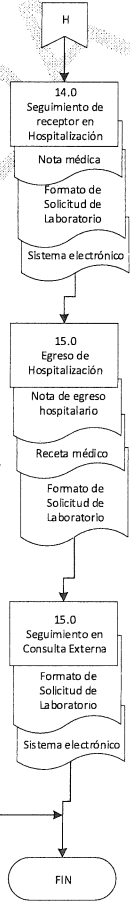
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 15 de 74

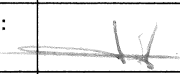






CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:		  	
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 16 de 74

Procedimiento para la atención de pacientes candidatos a trasplante hepático

Personal del Área de Referencia, Contrareferencia y Auxiliar de Admisión	Jefe de Servicio de Gastroenterología	Médico Gastroenterólogo	Cirujano de Trasplante	CIT	Personal Quirúrgico Multidisciplinario	Personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos	Cirujano de Trasplante y Gastroenterólogo
							

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 17 de 74

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Publicado en el D.O.F., el 15 de octubre de 2012.	No Aplica
Ley General de Salud. Publicado en el D.O.F., el 7 de febrero de 1984, hasta su última reforma.	No Aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. Publicado en el D.O.F., el 26 de Marzo de 2014.	No Aplica
Propuesta de criterios para distribución y asignación en trasplante hepático de donante fallecido. Publicado en https://www.gob.mx/cenatra/es/articulos/propuesta-de-criterios-para-distribucion-y-asignacion-en-trasplante-hepatico-de-donante-fallecido?idiom=es	No Aplica
Protocolo de Trasplante Hepático. Aprobado por la Dirección General el 18 de febrero de 2020.	No Aplica
Procedimiento de referencia. Aprobado por el COMERI el 14 de marzo de 2017.	HRAEB – PR – DM – JDAA – 01

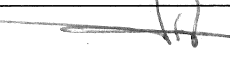
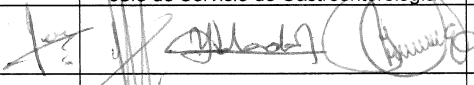

7.0 Registros



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica
Minutas del CIT	5 años	Coordinación de Donación y Trasplantes	No Aplica

8.0 Glosario

8.1 Hemoderivados: Componentes resultantes de procedimientos de extracción, separación, preparación, conservación y transporte de la sangre.

8.2 Hoja de Consentimiento Informado: 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.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD E.S.I.F.G.	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 18 de 74

- 8.3 Hospital de Referencia:** Dícese del hospital que envía a un paciente para su atención a otro hospital de mayor complejidad de atención.
- 8.4 Insumos:** Bien de cualquier clase empleado en la producción de otros bienes.
- 8.5 Lista de Espera Quirúrgica (LEQ):** Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico aceptado por el paciente y para cuya realización se tiene prevista la utilización de quirófano.
- 8.6 Organismo Acreditador:** Equipo de expertos en la acreditación de una organización de salud capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional.
- 8.7 Protocolo:** Conjunto de reglas que rigen los actos oficiales.
- 8.8 Referencia y Contrarreferencia:** Proceso por medio del cual, se envía a un paciente para su atención de un nivel a otro, dentro del mismo nivel o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento, y el regreso del paciente para su atención en el hospital de origen como respuesta a la referencia médica.
- 8.9 Registro Nacional de Trasplantes:** Sistema informático donde consta la permanencia oficial de un paciente en espera de un órgano o tejido con fines de trasplante.
- 8.10 Trasplante:** Transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

9.0 Cambios de esta versión

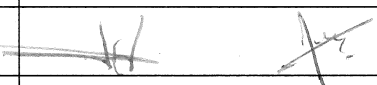
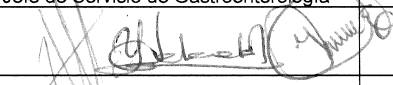
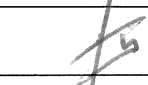
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P. A. I. E. G.	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 20 de 74


Hoja de referencia y contrarreferencia. Hoja 2 de 2.


VISITA DOMICILIARIA	
Fecha de Seguimiento (Visita domiciliaria)	Fecha de Alta:
Se la atiende: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ Motivo: _____
Observaciones:	
HOJA DE CONTRARREFERENCIA	
Unidad Médica a la que se contrarreferencia: _____	
Especialidad o servicio: _____	
Resumen de Alta: _____	
Hallazgos clínicos: _____	
Resultados del procedimiento: _____	
Diagnóstico(s) de ingreso: _____	
Diagnóstico definitivo al egresar: _____	
Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su Unidad de adscripción (faltas, prótesis, cuidados especiales):	
Relación de estudios e intervenciones realizadas:	
Nombre y Firma del Médico Tratante	Sello
Nombre y Firma responsable de la Unidad	


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 21 de 74

10.2 Solicitud de Interconsulta.









Solicitud de Interconsultas a HO, AC, y QU

Paciente:	Código:
Fecha de:	Centro:
Diagnóstico:	Solicitado por:
Código:	Prioridad:
Poliza:	Fecha Prevista:
DNI:	


Episodio: 2 0 2 0 1 0 0 0 2 0


Solicitud:




Servicio



Médico

Motivo Interconsulta

Respuesta


Región de Alta Especialidad - Calle 123, Guaymas, P.D. - Teléfono: 011 52 56 2 22 22 22 - www.hraeb.gub.gv

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD K. 11 G	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 22 de 74


10.3 Solicitud de inclusión en LEQ.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

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:** _____

Unidades: _____ **Grupo:** _____ **Factor RH:** _____




Lista de materiales: _____ **Confirmación:** _____



Nombre, firma y fecha del médico solicitante: _____ **Nombre, firma y fecha del administrador:** _____

Genero Documento: _____

Cédula Médico: _____

31/10/2019 11:56 a.m.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 23 de 74

10.4 Solicitud de Transfusión



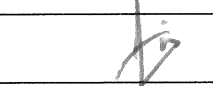
		No. 50252
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO Milenio No. 130 Cal San Carlos la Roca, León, Gto. Tel (477) 267 2000		
SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN		
Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____	Tipo de Sangre: _____
Servicio: _____	Hospital Cama: _____	NO
Diagnóstico: _____	Dx Anémico: si	
Síto de Sangrado: _____	S. Vitales: T/A _____	Pulso _____
Tipo de Cirugía: _____	Transfusiones previas: si	no última: _____
Reac posttransfusionales: si	No	Embarazos Previos: si
Anticuerpos Anti VIH: Fecha: _____	No último	
Laboratorio HGBMTCO: TP _____	TTP _____	PLQ _____
Solicita (No. unidades) CE _____	PFC _____	CP _____
Nombre completo de quien solicita: _____	Fecha y Hora: _____	
Recibió Solicitad: _____	Fecha y Hora: _____	
Original Banco de Sangre		HRAEB-DCp-01-0-A-Rev



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO Milenio No. 130 Cal San Carlos la Roca, León, Gto. Tel. (477) 267 2000	
Paciente: _____	50252
Hospital: _____	
Unidad o Volumen transfundido de:	
1. CE _____	4. Adrésis _____
2. PFC _____	5. Cón _____
3. CP _____	
REACCIONES (Señale con una cruz)	
Grado 0 (Ninguna) _____	
Grado I (Urticaria) _____	
Grado II (Fiebre) _____	
Grado III (Escalofrío intenso) _____	
Grado IV (Colapso, cirosis, disnea, dolor) _____	
T. inicial: _____	T. final: _____
Firma del Médico o Enfermera	
Devolver a Banco de Sangre	
	HRAEB-DCp-01-B

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD						
Nombre del Paciente: _____				Tipo de Sangre: _____		
Folio Unid.	Producto	Volumen	Grupo Sanguíneo	Nombre Donador	Resultado	
Autocontrol: _____			Realizó Pruebas de Compatibilidad: _____			
Fecha y Hora: _____						
HRAEB-DCp-01-A-Rev						



DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES PARA DESECHO	
FECHA: ____/____/____	HORA: ____/____
TIPO DE COMPONENTE:	
CE _____	PFC _____
Pisquetas _____	
FOLIO DEL COMPONENTE: _____	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	
SERVICIO QUE DEVUELVE: _____	
CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____	
Indispensable si llenado completo para su aceptación	




COPIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTADO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 24 de 74



10.5 Carta de Consentimiento Informado Específico.

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTICULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
Acepto que el/la Dr./Dra. BONZALEZ BRAMO ALBERTO ANTONIO quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi diagnóstico presuncional de ingreso es:		
Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento :		
Entiendo que el procedimiento señalado consiste en :		
Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es 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:		
Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones inmediatas o tardías:		
Riesgos más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico):		
Riesgos personalzados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):		
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 las siguientes opciones:		
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz , así como seguir las indicaciones médicas.		
Si el médico identifica alguna urgencia derivado 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.		
Estoy enterado (a) de que no existe garantía sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que no cure mi enfermedad. Asimismo concierzo que se pueden presentar las siguientes molestias durante mi recuperación :		
Enterado (a) de toda lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
<i>"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."</i>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 25 de 74

10.6 Receta Médica

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

RECETA DIGITAL

Foto:

Nombre: Expediente: Fecha:

Fecha Nacimiento: Edad:

Número de afiliación: Vigencia de póliza:

Diagnósticos:

Prescripción:



Observaciones:

Médico firmante:



Cédula Médico:


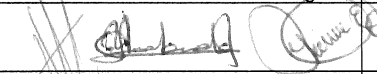

Bvd. Milenio 130, Col. San Carlos la Roscha, León, Guanajuato, C.P. 37660

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>ESTADO DE QUERÉTARO</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 26 de 74

10.7 Lista Nacional de Espera.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	Centro Nacional de Trasplantes Lista Nacional de Espera Comprobante de Inscripción 16 de enero del 2020 SIRINT 7.0 RNT353-U8186-G8	 CENATRA <small>CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES</small>																						
Establecimiento: 383 - HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ID</td><td></td></tr> <tr><td>Órgano/Tejido</td><td></td></tr> <tr><td>Estatus</td><td></td></tr> <tr><td>Fecha Registro</td><td></td></tr> <tr><td>Expediente clínico hospitalario</td><td></td></tr> <tr><td>Nombre(s)</td><td></td></tr> <tr><td>Apellido(s)</td><td></td></tr> <tr><td>Fecha Nacimiento</td><td></td></tr> <tr><td>Género</td><td></td></tr> <tr><td>C.U.R.P.</td><td></td></tr> <tr><td>Estado donde reside</td><td></td></tr> </table>			ID		Órgano/Tejido		Estatus		Fecha Registro		Expediente clínico hospitalario		Nombre(s)		Apellido(s)		Fecha Nacimiento		Género		C.U.R.P.		Estado donde reside	
ID																								
Órgano/Tejido																								
Estatus																								
Fecha Registro																								
Expediente clínico hospitalario																								
Nombre(s)																								
Apellido(s)																								
Fecha Nacimiento																								
Género																								
C.U.R.P.																								
Estado donde reside																								
<p>El número de ID que aparece arriba, es un folio asignado automáticamente por el sistema y no implica un lugar en la lista, la asignación de Órganos y Tejidos se sujeta a la legislación vigente (Ley General de Salud, artículo 336).</p>																								
Nombre de quien emite el comprobante:																								
Cargo en el establecimiento:																								
<hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> Firma	Sello del establecimiento																							
http://www.cenatra.gob.mx/mt/comprobante.php?s_estatus=En+espera&s_donacion=&s_... 16/01/2020																								

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

10.8 Formato de Activación de Urgencia de Trasplante Hepático. Hoja 1 de 2.



**SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES**

Formato de Activación de Urgencia de Trasplante Hepático

Elaborado en la Unidad de Calidad de Atención, Transplante y Medicina de Soporte, del CENATRA, del Hospital Regional de Alta Especialidad de Baja California Sur, en el Hospital de Alta Especialidad de Baja California Sur, en el Hospital de Alta Especialidad de Baja California Sur, en el Hospital de Alta Especialidad de Baja California Sur.

Fecha: / /

- Datos Generales del Establecimiento:**

Nombre del Establecimiento: _____
 RNT: _____ Institución: _____ Entidad Federativa: _____
- Datos Generales del Receptor:**

ID: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F) (O) Grupos: Sangüíneo y RH: _____ Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm
- Diagnósticos:**

Etiquetas de la Falla Hepática:

Falla Hepática Fulminante: ¿Enfermedad Hepática Preexistente? _____
 Trombosis Arterial: ¿Dentro de los primeros 30 días del Trasplante? _____
 Falla Primaria del Injerto: ¿Dentro de los primeros 7 días del Trasplante? _____
- ¿El paciente cumple con Criterios del King's College Hospital?**

<p>INR^a por concentración</p> <p><input type="checkbox"/> INR > 2.3 a la admisión O los tres siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina sérica > 3.4 mg/dl (300 micromol/l)</p> <p><input type="checkbox"/> INR > 6.5</p>	<p>INR^a por tiempo de coagulación</p> <p><input type="checkbox"/> INR > 6.5 O cualquiera de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Edad < 10 años o > 40 años</p> <p><input type="checkbox"/> Etiología viral no A no B, reacción idiosincrásica a drogas, enfermedad de Wilson</p> <p><input type="checkbox"/> Período de latencia previsible > 6 meses para Hepatitis > 7 días</p> <p><input type="checkbox"/> Distribución sérica > 38 mg/dl (200 micromol/l)</p>
--	---

*INR^a: Instituto Hepático Agudo Child

Indicadores Presenciales MELD

Valor del INR	_____	mg/dl
Valor de la bilirrubina sérica total	_____	mg/dl
Valor de creatinina sérica	_____	mg/dl


¿El paciente ha requerido diálisis al menos dos veces en la semana previa? SI NO

¿El paciente se encuentra en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? SI NO

¿Cuenta con apoyo ventilatorio, circulatorio o terapia sustitutiva? SI NO

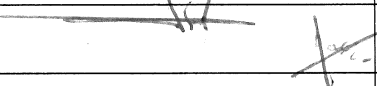
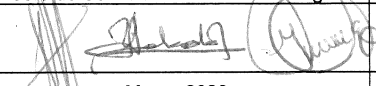
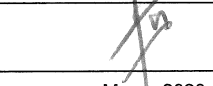
En caso de ser afirmativo, especifique cuál: _____
- Evaluación Clínica desde su ingreso:** _____
- Anexar laboratorios al ingreso y actuales:** _____



Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario: _____






Seallo de la Institución




Nombre y firma del Responsable del Programa: _____



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 28 de 74

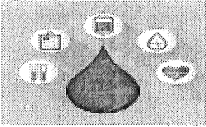
Formato de Activación de Urgencia de Trasplante Hepático. Hoja 2 de 2.

		
SECRETARÍA DE SALUD CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES DIRECCIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES		
<p>➤ Instructivo de llenado de Formato de Inicio de Proceso de Urgencia Hepática.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Colocar fecha por día, mes y año. 2) Especificar nombre del hospital donde se encuentra el receptor. 3) Indicar RNT del establecimiento. 4) Indicar institución a la que pertenece el establecimiento: IMSS, ISSSTE, Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaría de Salud (SSA), SEDENA, SEMAR, PEMEX, Privado. 5) Especificar entidad federativa donde se ubica el establecimiento. 6) Especificar ID del receptor, verificando que este completo y correcto. 7) Colocar edad en años, si es menor de edad especificar edad en años y meses cumplidos. 8) Marcar si el receptor es Masculino (M) o Femenino (F). 9) Indicar Grupo y Rh del paciente receptor. 10) Indicar peso en kilogramos y talla en centímetros tanto para receptores Adultos como Pediátricos. 11) Marcar en la casilla correspondiente la etiología de la Falta Hepática, así como su criterio relacionado. 12) Marcar en la casilla correspondiente los criterios del King's College que cumple el paciente receptor, son eficaces en predecir mortalidad y por lo tanto cuando están presentes se considera indicada la realización de un trasplante hepático. 13) Modelo MELD fundamental que es muy útil para determinar la mortalidad a tres meses con una C estadística de 0,80 (o sea, que alerta en el 80% de los casos). 14) Especificar si el receptor se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos del Establecimiento (Como parte de los criterios de la UNOS para asignación 1A, Urgencia de trasplante Hepático) 15) Indicar si el paciente se encuentra bajo ventilación mecánica invasiva, apoyo con aminas vasopresivas, diálisis, hemofiltración veno-venosa continua o hemodialis veno-venosa continua (Como parte de los criterios de la UNOS para asignación 1A, Urgencia de trasplante Hepático). 16) Resumen de la evolución clínica del paciente a su llegada a la institución hasta la condición médica meritoria de trasplante hepático (El espacio suministrado en el presente Formato no deberá representar una limitante en el reporte de la evolución clínica, existiendo la posibilidad de anexar la información que el solicitante considere pertinente). 17) Anexar resultados de laboratorio del receptor al ingreso hospitalario y los últimos resultados obtenidos. 18) Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario del establecimiento. 19) Nombre y firma del responsable del Programa de Trasplante Hepático del Establecimiento 20) Sello del Establecimiento. <p>La Urgencia Nacional es la única situación médica que modifique los procedimientos habituales de distribución de órganos y por su importancia, el despacho de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifique dicha solicitud.</p> <p>El formato deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: mi.compra@salud.gob.mx; además de comunicar la activación de Urgencia de Trasplante Hepático a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-87-99-63.</p>		


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 29 de 74

10.9 Donador de Plaquetas.



**PUESTO DE SANGRADO
Y SERVICIO DE TRANSFUSION.**
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
Tél: 01 (477) 267 20 00 Ext. 1601
puestodesangrado@con@gmail.com



DONADOR DE PLAQUETAS.

Recomendaciones para tu donación:

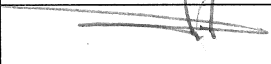
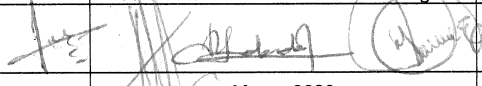

1. No ingerir medicamento 5 días antes.
2. No ingerir bebidas alcohólicas 2 días antes.
3. Mujeres no en periodo menstrual.
4. No acudir desvelado.
5. Si cursas con proceso infeccioso en vías respiratorias, digestivas, urinarias o presentas herpes labial, favor de reprogramar tu cita.
6. Un día previo:
 - 6.1 No fatigarte.
 - 6.2 y el mismo día de la donación no fumar.
 - 6.3 Ingerir de 2 a 3 litros de agua.
 - 6.4 **Evitar** los siguientes alimentos
 - Lacteos: queso, leche, yogurth, crema, etc.
 - Carnes rojas.
 - Embutidos: chorizo, jamón, salchicha, tocino, salami, etc.
 - Podras consumir pollo o pescado a la plancha o asados, frutas y verduras.



Indicaciones para el día de la donación:

Ayuno de 4 hrs. (ingerir un jugo, Té o cafe y fruta).
Acudir aseado, vestido con ropa cómoda y manga corta.

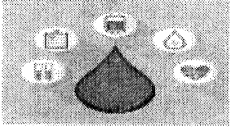
NOMBRE DE DONADOR: _____
FECHA Y HORA DE LA CITA: _____
RESPONSABLE: _____

Cualquier duda o aclaración comunícate con la gerente social de puesto de sangrado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 30 de 74

10.10 Requisitos del Donador.



**PUESTO DE SANGRADO Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO**

Bvld. Milenio No. 130, San Carlos La Roca
C.P. 37600, León, Guanajuato, México
Commutador: (477) 2672000 Ext. 1501
puestodesangradeleon@gmail.com



Donar sangre es un gesto solidario y una responsabilidad social.

REQUISITOS DEL DONADOR

- Portar identificación oficial.
- Ser mayor de 18 años y menor de 65 años.
- Pesar más de 52 kg y medir arriba de 1.45 cm.
- En los 2 días anteriores no haber ingerido bebidas alcohólicas.
- 5 días anteriores no haber tomado medicamentos para dolor o inflamación (aspirina, ketoprofeno, acetaminofeno, naproxeno, diclofenaco o antiinflamatorios). Si se utilizan otros medicamentos informarlo al personal.
- Si tomó antibiótico deberán pasar 7 días, después de la última toma.
- En los 3 días anteriores no haber tenido extracciones dentales o cirugías menores.
- No haber donado sangre en los últimos 2 meses.
- Mujeres en periodo menstrual se pueden donar, solo sin presencia de malestar.
- No donar en tratamiento hormonal o bajo método anticonceptivo (inyecciones, pastilla o implante)
- No donar embarazada o en lactancia; si tuvo embarazo, parto o aborto dejar pasar 6 meses.
- No consumir drogas, si se utilizaron, después de su último consumo dejar pasar 6 meses.
- No haberse realizado tatuajes, perforaciones o tratamiento con acupuntura en el último año.
- No haber tenido relaciones sexuales de riesgo (prostitución o promiscuidad)
- No haber recibido transfusiones de sangre y sus derivados en el último año.
- No haber sufrido accidentes o cirugías mayores en los últimos 6 meses.
- No haber padecido hepatitis después de los 10 años de edad.
- No vacunar en el último mes, solo hepatitis o rabia humana debe pasar 1 año en su última dosis.
- No padecer epilepsia, cáncer, diabetes, asma, para hipertensión solo se puede donar bajo tratamiento.
- **No vender tu sangre.**
- No presentar síntomas de presión alta o baja, malestar el día de la donación o herpes labial (flogosos).

• **RECOMENDACIONES PARA EL DÍA DE LA DONACIÓN.**

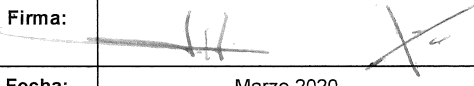
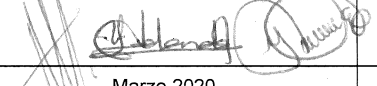

- **NO DESVELO, UN DÍA ANTES EVITAR ALIMENTOS GRASOS, NO FUMAR Y BEBER DE 2 A 3 LTS DE AGUA.**
- Acudir aseado y con manga corta para facilitar descubrir su brazo.
- Disponer de 2 a 4 horas de tiempo, no traer niños.



Presentar una copia de la póliza de seguro popular del paciente.

- PACIENTE QUE NO CUENTE CON SU DONACIÓN COMPLETA, SERÁ CAUSA DE CANCELACIÓN de su cirugía.
- Horario de donación de Lunes a Viernes entre las 07:30 hrs en ayuno
segundo turno 10:30 hrs. ayuno de 4 hrs. (jugo de naranja o canchita y comer fruta).


Citas al tel: 01 477 267 2000 ext 1501 llamar de 11:30 a 14:30 hrs.

Requerimiento de donadores: ____ Sangre ____
Aféresis.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 31 de 74

10.11 Nota médica.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

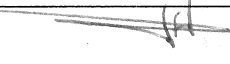
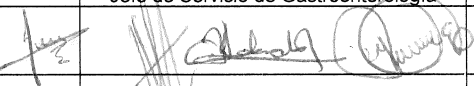





Curso Clínico Médico

Paciente:	Cama:
Servicio:	Fecha de Nacimiento:
Médico:	nhc:


H. Regional de Alta Especialidad MILENIO, 130A, LEÓN, GUANAJUATO www.hraeb.salud.gob.mx




1 / 1

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 32 de 74


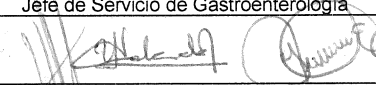
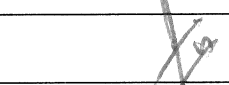
10.12 Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 1 de 2.



		REQUISITO DE CALIDAD TÍTULO: SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO	CLAVE APLICACIONES: FECHA DE RECEPCIÓN: 03/03/20
NOMBRE: EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FOLIO: _____		SERVICIO DE REFERENCIA: _____ OR: _____	
DIAGNÓSTICO: TIPO DE MUESTRA: FECHA Y HORA DE TOMA: TOMÓ LA MUESTRA: _____		RECIPIENTE POR: _____	
HEMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> HEMATEMA HEMÁTICA COMPLETA <input type="checkbox"/> FÓRMULA BUNDA <input type="checkbox"/> FÓRMULA BLANCA <input type="checkbox"/> HEMATEMA COMPLETO <input type="checkbox"/> HEMATEMA COMPLETO CON ORINARIAS <input type="checkbox"/> TIPO Y CUANTIFICACIÓN DE HEMOGLOBINOPATÍAS <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINOPATÍAS <input type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN DE PLACQUETS DE HIERRO <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINOPATÍAS		ENZIMOLOGÍA <input type="checkbox"/> AMILASA <input type="checkbox"/> LIPASA <input type="checkbox"/> FOSFATASA ÁCIDA <input type="checkbox"/> FOSFATASA ÁCIDA FRACC. PROSTATICA <input type="checkbox"/> GAMA-GUTAMIL TRANSFERASA <input type="checkbox"/> GAMA-GUTAMIL TRANSFERASA <input type="checkbox"/> ALDOLASA	
COAGULACIÓN <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE REPTORPLASTINA <input type="checkbox"/> FIBRINÓGENO <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TRÓMBINA <input type="checkbox"/> FIBRINA		COAGULACIÓN (CONTINUA) <input type="checkbox"/> FIBRINÓGENO <input type="checkbox"/> PROTEÍNA D DE COAGULACIÓN <input type="checkbox"/> PROTEÍNA D DE COAGULACIÓN <input type="checkbox"/> FIBRINA	FUNCION HEPÁTICA <input type="checkbox"/> TGOPT <input type="checkbox"/> TGOPT <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALICA <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA DIRECTA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL
QUÍMICA CLÍNICA <input type="checkbox"/> GLUCOSA <input type="checkbox"/> UREA <input type="checkbox"/> UREA SÉRICA <input type="checkbox"/> ALBÚMINA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL <input type="checkbox"/> BILIRUBINA DIRECTA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL		GENÉTICA <input type="checkbox"/> CAROTENOS <input type="checkbox"/> CROMOSOMA SEXUAL <input type="checkbox"/> TRISOMÍA 21 <input type="checkbox"/> CROMOSOMOS PRENATALES	
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> VLDL <input type="checkbox"/> VLDL		ESTRUCTURA MOLECULAR <input type="checkbox"/> CROMOSOMA 21 <input type="checkbox"/> CROMOSOMA 21 <input type="checkbox"/> CROMOSOMA 21 <input type="checkbox"/> CROMOSOMA 21 <input type="checkbox"/> CROMOSOMA 21	
MARCADORES TUMORALES <input type="checkbox"/> ANTICUERPO PROSTATICO ESPECIFICO <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> ANTICUERPO CARCINOEMBRIÓNICO <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> ANTICUERPO HEMATOBLASTICO <input type="checkbox"/> HCG		EXAMEN FECAL <input type="checkbox"/> COPIAS DE BACTERIAS <input type="checkbox"/> COPIAS DE BACTERIAS <input type="checkbox"/> COPIAS DE BACTERIAS <input type="checkbox"/> COPIAS DE BACTERIAS <input type="checkbox"/> COPIAS DE BACTERIAS	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020



Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 2 de 2.

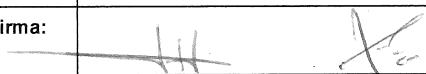
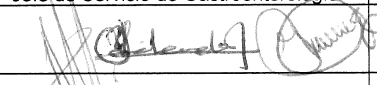

BIOLOGÍA MOLECULAR	SEROLOGÍA
<input type="checkbox"/> CARGA VIRAL VPH <input type="checkbox"/> CARGA VIRAL CROMOBALAMBIOSIS <input type="checkbox"/> CARGA VIRAL HEPATITIS B <input type="checkbox"/> PCR PARA H. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> PCR PARA VÍRUS DEL PAPILOMA HUMANO <input type="checkbox"/> PCR PARA HEPATITIS C <input type="checkbox"/> PCR PARA HEPATITIS E	<input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI AMIBA (SERIACIÓN) <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HELICOBACTERES (ANTITRÓFICO) <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI ESPIROCHETS MONITIS B <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HERPES VÍRUS <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI VHS (SERIACIÓN) <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI VHS (ELECTROBLOT) (CORRECCIÓN) <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI CROMOBALAMBIOSIS <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HELICOBACTERES <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI TOXOPLASMA <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI ISOSPORASIA <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI TRICHOCELA <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI EPSTEIN BARR <input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI CMV
INMUNOLOGÍA	INMUNOLOGÍA
<input type="checkbox"/> PRUEBA DE REACTIVIDAD <input type="checkbox"/> PRUEBA DE REACTIVIDAD A HEPATITIS B <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/> ANTICUERPO ALFA <input type="checkbox"/> ANTICUERPO BETA <input type="checkbox"/> ANTICUERPO GAMMA <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA <input type="checkbox"/> ANTICUERPO Epsilon <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgG) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgM) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgA) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgE) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgD) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgF) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgG) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgM) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgA) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgE) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgD) <input type="checkbox"/> ANTICUERPO DELTA (IgF)	<input type="checkbox"/> ANTI BILIRUBINA <input type="checkbox"/> ANTI ALBUMINA <input type="checkbox"/> ANTI GLOBULINA <input type="checkbox"/> ANTI FIBRINOGENO <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c)
ALTERNATIVAS	ALTERNATIVAS
<input type="checkbox"/> ANTI BILIRUBINA <input type="checkbox"/> ANTI ALBUMINA <input type="checkbox"/> ANTI GLOBULINA <input type="checkbox"/> ANTI FIBRINOGENO <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c)	<input type="checkbox"/> ANTI BILIRUBINA <input type="checkbox"/> ANTI ALBUMINA <input type="checkbox"/> ANTI GLOBULINA <input type="checkbox"/> ANTI FIBRINOGENO <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c) <input type="checkbox"/> ANTI HEMOGLOBINA (HbA1c)
JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD	
LABORATORIO HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SALTO TELÉFONO: (477) 261 20 00 EXT. 1517 Y TEL. 772 51 20 LABORATORIO ACREDITADO EN NORMAS ISO 15189:2013 ISO 15189:2013 ACREDITACIÓN NO. CR-053	



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>RATIG</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 34 de 74



10.13 Nota de egreso hospitalario.


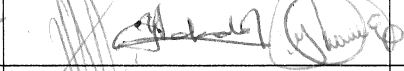

 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO NOTA DE EGRESO 	
Nombre: Número de Afiliación: Edad: Fecha de Ingreso: Diagnóstico(s) de Ingreso: Diagnóstico(s) de Egreso: Diagnóstico CIF: Procedimientos: Servicio: Médico: Motivo de Egreso: Resumen de la Evolución y Estado Actual: Manejo Durante la Estancia Hospitalaria: Problemas Clínicos Pendientes: Plan de Manejo y Tratamiento:	Expediente: Sexo: Fecha de Intervención: Fecha de Alta: Días de Estancia:



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 35 de 74

10.14 Nota de Egreso Terapia. Hoja 1 de 2.

	
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO RINCON NOTA DE EGRESO TERAPIA	
Nombre:	Edad:
Sexo:	Expediente:
Número de Afiliación:	Fecha de Ingreso:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Intervención:
Diagnóstico(a) de ingreso:	Fecha de Alta:
Diagnóstico(a) de egreso:	
Procedimientos:	
Servicio:	
Médico:	
Motivo de Egreso:	
Resumen de la Evolución y Estado Actual:	
Manejo Durante la Estancia Hospitalaria:	
Problemas Clínicos Pendientes:	
Plan de Manejo y Tratamiento:	
Recomendaciones:	
Atención de Factores de Riesgo:	




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 36 de 74

Nota de Egreso Terapia. Hoja 2 de 2.


Pronóstico:
Guías de Práctica Clínica:
En Caso de Defunción Diagnóstico Acorde al Certificado:
Genero Documento:
Cédula Médico:


COPIA CONTROLADA


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 37 de 74

10.15 Solicitud de Ingreso Hospitalario.

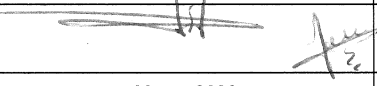
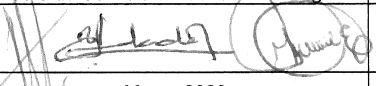
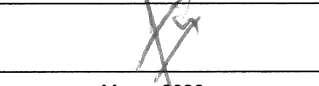








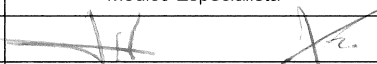


Solicitud de Ingreso Hospitalario



NHC:	Área:
Paciente:	Centro: H. Regional de Alta Especialidad del
Fecha de Diagnóstico:	
Código:	Solicitado por:
Entidad:	Prioridad:
Póliza:	Fecha Prevista 1
DNI:	
Episodio	Solicitud
Servicio	
PRUEBAS SOLICITADAS	
OBSERVACIONES	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR –DM – SSQ -02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 38 de 74

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO ANTE UNA DONACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma			
Fecha	2020	2020	2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 39 de 74

1.0 Propósito

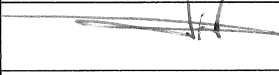

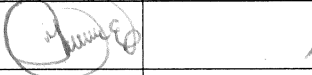
- 1.1 Establecer el proceso de atención médico - quirúrgico en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) del candidato a trasplante hepático, ante una alerta de donación de hígado.



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Recursos Materiales, Área de Supervisión de Inventarios de Materiales y Suministros, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado, Área de Farmacia Hospitalaria y al Comité Interno de Trasplantes (CIT).
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente candidato a trasplante hepático, al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Centro Estatal de Trasplantes (CEETRA), Hospitales de Referencia y Organismos Acreditadores.

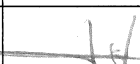
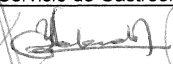

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 El Hospital donante deberá proporcionar la información necesaria para la validación del órgano al Coordinador de Donación y Trasplantes del HRAEB. (Ver Anexo 10.1 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador).
- 3.2 El Cirujano de Trasplante Hepático, será el responsable en determinar la compatibilidad de grupos sanguíneos y antropométricos entre donante y potenciales receptores registrados en el Sistema Informático de Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) dependiente del CENATRA.
- 3.3 El Coordinador de Donación y Trasplantes en conjunto con el médico responsable del Programa de Trasplante Hepático, deberán verificar la factibilidad del trasplante con las Jefaturas de los Servicios de Pediatría, Medicina Interna, Anestesia, Quirófano, Gastroenterología, Enfermería, Área de Farmacia Hospitalaria, Área de Supervisión de Inventarios de Materiales y Suministros, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado.
- 3.4 El Coordinador de Donación y Trasplantes del HRAEB, deberá informar vía telefónica al Coordinador de Donación del Hospital donante, la aceptación o rechazo del órgano propuesto.
- 3.5 El CIT, previa presentación del caso por parte del Cirujano de Trasplante Hepático, es el responsable de la asignación del hígado, quedando asentado en la minuta de la reunión extraordinaria que se realiza para tal fin.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 40 de 74

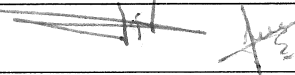



- 3.6 Los pacientes programados para cirugía de trasplante hepático, deberán estar a cargo del Médico Cirujano Especialista en Trasplante Hepático.
- 3.7 El Personal de Gerencia Social y de Enfermería, deberán realizar lo establecido en el HRAEB-SDE-MPAH-IH-02 Procedimiento de ingreso a hospitalización, exceptuando los requisitos del expediente clínico en su parte física y solicitud de estudios pre-operatorios que se gestionarán una vez que el paciente ya se encuentre hospitalizado, así como las indicaciones médicas prescritas en la solicitud de ingreso hospitalario, que portará el paciente a su ingreso. (Ver Anexo 10.11 Solicitud de ingreso hospitalario).
- 3.8 El Servicio de Pediatría o Medicina Interna, según corresponda, serán los encargados de elaborar la nota de ingreso a hospitalización, solicitar los estudios preoperatorios establecidos, requisitar los consentimientos de hospitalización y para la trasfusión de hemoderivados. (Ver Anexo 10.2 Nota de ingreso - Hospitalización, 10.3 Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización, 10.5 Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados y 10.6 Solicitud de Transfusión).
- 3.9 El Servicio de Pediatría o Medicina Interna, según corresponda, solicitarán los siguientes estudios preoperatorios al ingreso del paciente a hospitalización:
- Tele de Tórax y Doppler hepático que verifique permeabilidad de la vena porta.
 - Biometría Hemática Completa.
 - Tiempo de Protrombina con INR, Fibrinógeno.
 - Glucosa, urea, creatinina, amonio, colesterol, triglicéridos y ácido úrico.
 - Transaminasas, gamaglutamiltranspeptidasa, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, albumina y globulina.
 - Sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo y magnesio.
 - Serología viral si no ha sido realizada, si ha pasado más de un año o si fueron negativas previamente, VIH, Virus Hepatitis C, Virus Hepatitis B perfil viral completo y hepatitis A.
 - Examen General de Orina (EGO) y Urocultivo en caso de EGO patológico.
- 3.10 El Servicio de Anestesiología, será el responsable de la valoración pre-anestésica y de cumplir con el proceso de consentimiento anestésico. (Ver Anexo 10.7 Formato de Consentimiento Anestésico).
- 3.11 El médico responsable del Programa de Trasplante Hepático debe prever el suministro de insumos para quirófano en coordinación con la Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica y Subdirección de Atención Hospitalaria. (Ver Anexo 10.9 Hoja de Consumo en Quirófano).



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 41 de 74

- 3.12 El Personal Quirúrgico Multidisciplinario, deberá estar conformado por el Personal Médico quirúrgico - anestésico, así como el Personal de Enfermería Quirúrgica, Personal de Enfermería Especialista Perfusionista y Personal de Enfermería Circulante.
- 3.13 El Personal Quirúrgico Multidisciplinario, deberá solicitar el traslado del paciente post trasplantado de hígado a la Unidad de Terapia Intensiva, previo aviso a la Unidad.


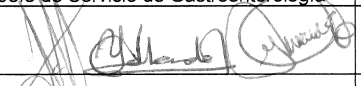
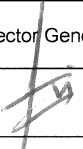
COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 42 de 74

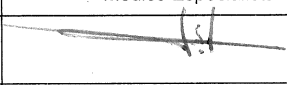

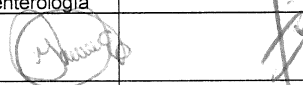
4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Recepción de alerta de donación	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>1.1 Recibe por vía telefónica la alerta de potencial donante y sus características clínicas y paraclínicas, de acuerdo con la política 3.1.</p> <p style="text-align: center;">¿El potencial donante se encuentra en el HRAEB?</p> <p>Si: Pasa a etapa 4.0 No: Envía información del potencial donante al médico especialista para verificar la compatibilidad, como se menciona en la política 3.1. Pasa a etapa 2.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. 	
Etapa 2.0 Validación del potencial donante	Responsable: Cirujano de Trasplante Hepático
<p>2.1 Verifica y valida la información del potencial donante, según la política 3.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. <p style="text-align: center;">¿Se acepta órgano?</p> <p>Si: Pasa a etapa 3.0 No: Informa al Coordinador de Donación y Trasplantes el rechazo del órgano, para su notificación al Hospital donante, como se indica en la política 3.4.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 3.0 Verificación de cama, personal e insumos	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes y Médico Responsable del Programa
<p>3.1 Verifica en conjunto con los servicios involucrados la factibilidad del trasplante, de acuerdo con la política 3.3.</p> <p style="text-align: center;">¿Existe cama, personal, hemoderivados e insumos para realizar el trasplante?</p> <p>Si: Pase a etapa 5.0 No: Notifica al Hospital donante, el rechazo del órgano propuesto, como se indica en la política 3.4.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 4.0 Gestión de procuración de órgano	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>4.1 Realiza el PR – DM – SSQ – JSNTR – CT – 01 Procedimiento que guía la procuración de órganos y/o tejidos con fines de trasplantes.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

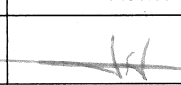


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 43 de 74



Etapa 5.0 Preparación de expedientes del donante y receptor	Responsable: Cirujano de Trasplante Hepático
<p>5.1 Requisita el expediente del potencial donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expediente de potencial donante. <p>5.2 Prepara expedientes de potenciales receptores para ser presentada ante el CIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expedientes de potenciales receptores. 	
Etapa 6.0 Asignación del órgano	Responsable: CIT
<p>6.1 Analiza los expedientes del donante y receptores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expedientes de potenciales receptores. Expediente de potencial donante. <p>6.2 Asigna el órgano de acuerdo con la propuesta de criterios para distribución y asignación en trasplante hepático de donante fallecido, publicado por el CENATRA.</p>	
Etapa 7.0 Elaboración de minuta	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>7.1 Elabora la minuta de la sesión extraordinaria del CIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. <p>7.2 Recaba firmas en la minuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. <p>7.3 Resguarda la minuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. 	
Etapa 8.0 Gestión de la hospitalización del receptor	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>8.1 Solicita vía telefónica al Personal de Gerencia Social, la localización del paciente receptor para su hospitalización.</p> <p>8.2 Informa vía telefónica al personal involucrado en el Programa de Trasplante Hepático, el ingreso del paciente receptor.</p>	
Etapa 9.0 Hospitalización del receptor	Responsable: Personal de Gerencia Social y Personal de Enfermería
<p>9.1 Efectúan lo indicado en el HRAEB-SDE-MPAH-IH-02 Procedimiento de ingreso a hospitalización, de acuerdo con la política 3.11.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P A I S O</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 44 de 74

Etapa 10.0 Preparación pre-operatoria	Responsable: Personal Médico Residente de Pediatria o Medicina Interna
10.1 Elabora nota de ingreso. <ul style="list-style-type: none"> Nota de Ingreso Hospitalización. 	
10.2 Solicita estudios de laboratorio y paraclínicos pre-operatorios de protocolo. <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Estudios de Laboratorio. 	
10.3 Requisita consentimientos informados de hospitalización y de transfusión de hemoderivados. <ul style="list-style-type: none"> Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Carta de Consentimiento Informado de Hospitalización. 	
10.4 Solicita las unidades de hemoderivados al Puesto de Sangrado, para el trasplante hepático. <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Transfusión. 	
Etapa 11.0 Solicitud de traslado del paciente a quirófano	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
11.1 Solicita vía telefónica al personal de Enfermería de Hospitalización, el traslado del receptor a quirófano.	
Etapa 12.0 Verificación pre-operatoria	Responsable: Personal de Enfermería de Hospitalización
12.1 Verifica el cumplimiento de las indicaciones pre-operatorias.	
12.2 Integra al expediente la documentación requisitada durante la hospitalización del receptor. <ul style="list-style-type: none"> Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Formato de Consentimiento Informado Anestésico. 	
12.3 Solicita el traslado del paciente, al personal de camillería.	
Etapa 13.0 Ingreso del paciente receptor a quirófano	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
13.1 Recibe al paciente de parte del camillero.	
13.2 Verifica la documentación del receptor. <ul style="list-style-type: none"> Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. Carta de Consentimiento Informado Específico. Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Formato de Consentimiento Anestésico. 	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSQ – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 45 de 74

13.3 Instala al paciente en recuperación prequirúrgico.

13.4 Realiza monitorización básica y continua del paciente.

13.5 Realiza registros específicos en quirófano.

- HRAEB – SE – 031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería.

Etapa 14.0 Atención del receptor en quirófano

Responsable:

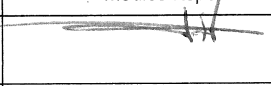
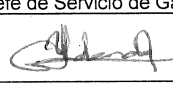

Personal



Multidisciplinario

Quirúrgico

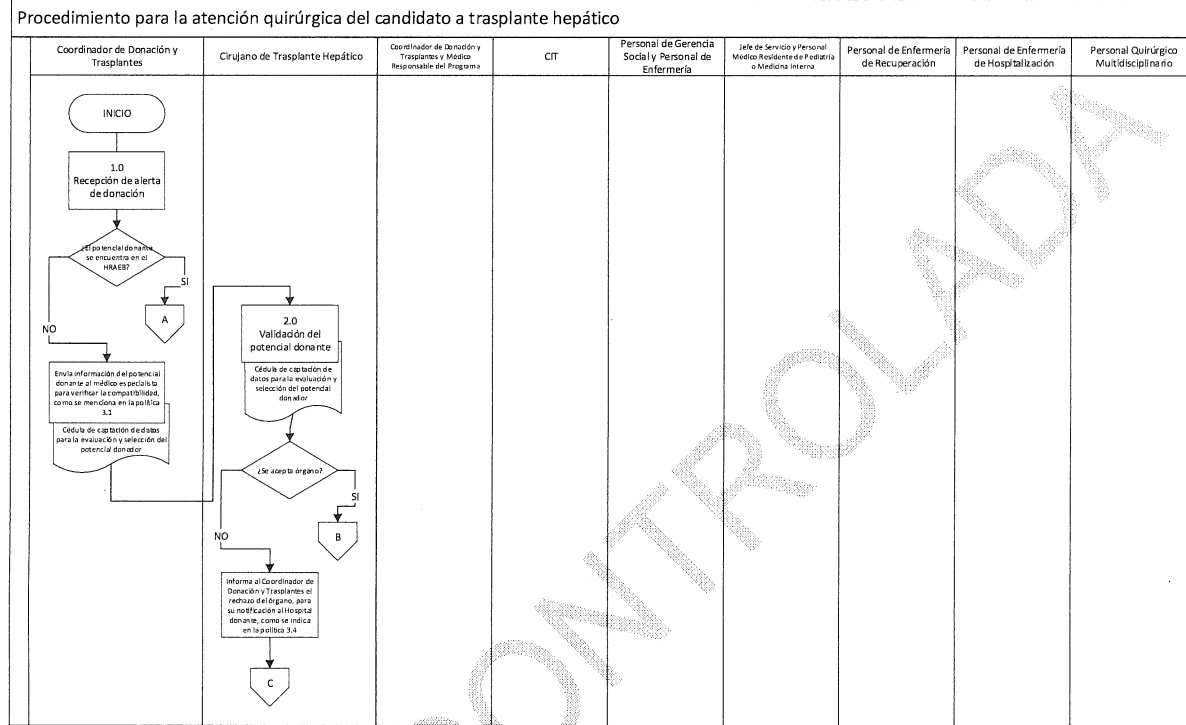
14.1 Atiende al receptor de acuerdo con el HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02 Procedimiento para la atención de pacientes quirúrgicos, a partir de la etapa 15.0 a etapa 21.0.




TERMINA PROCEDIMIENTO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

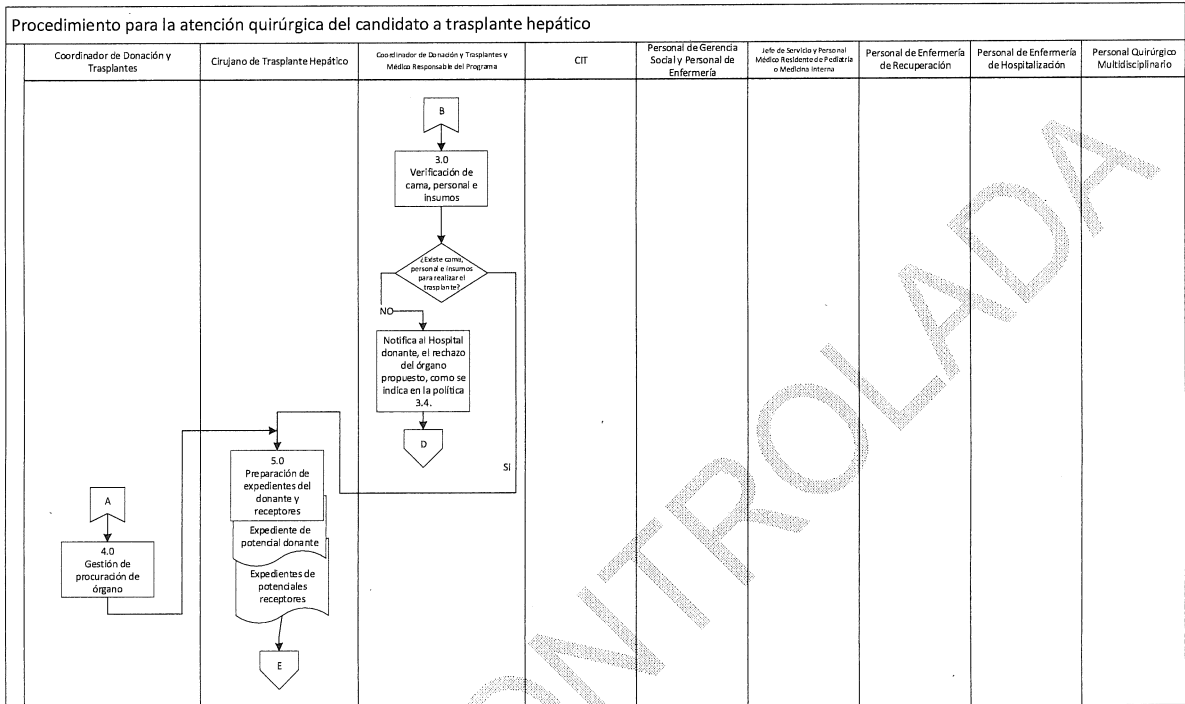
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P A I S O	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 46 de 74

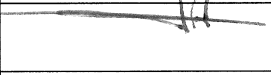


5.0 Diagrama de flujo



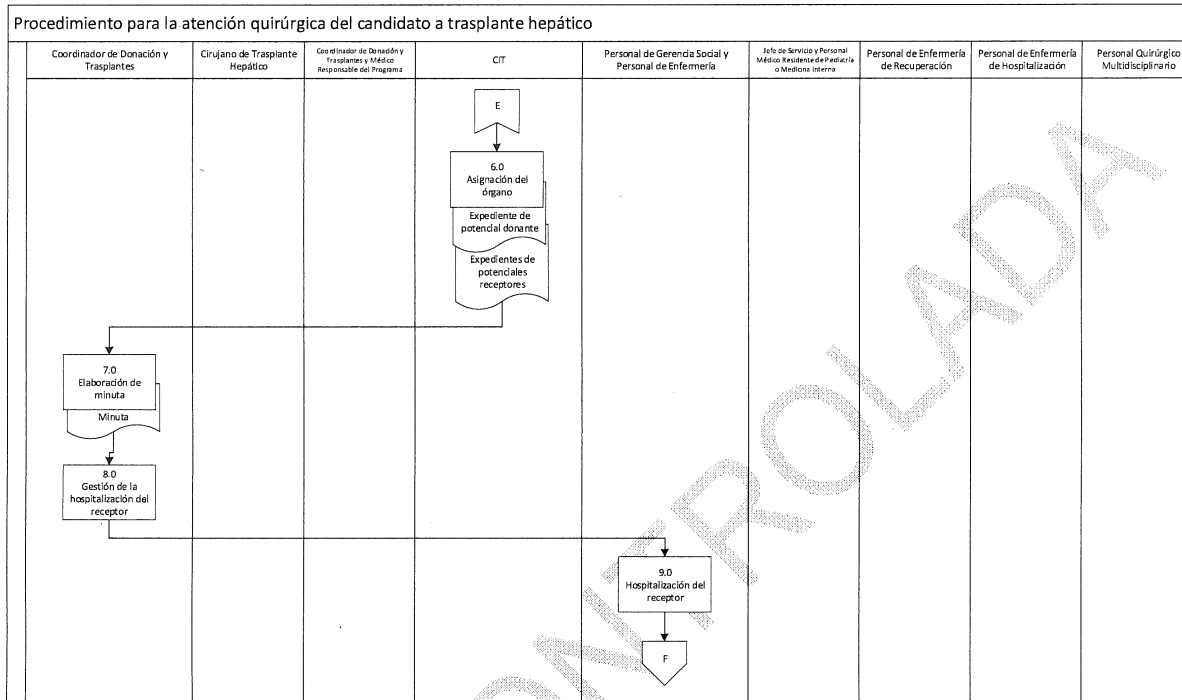
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 47 de 74





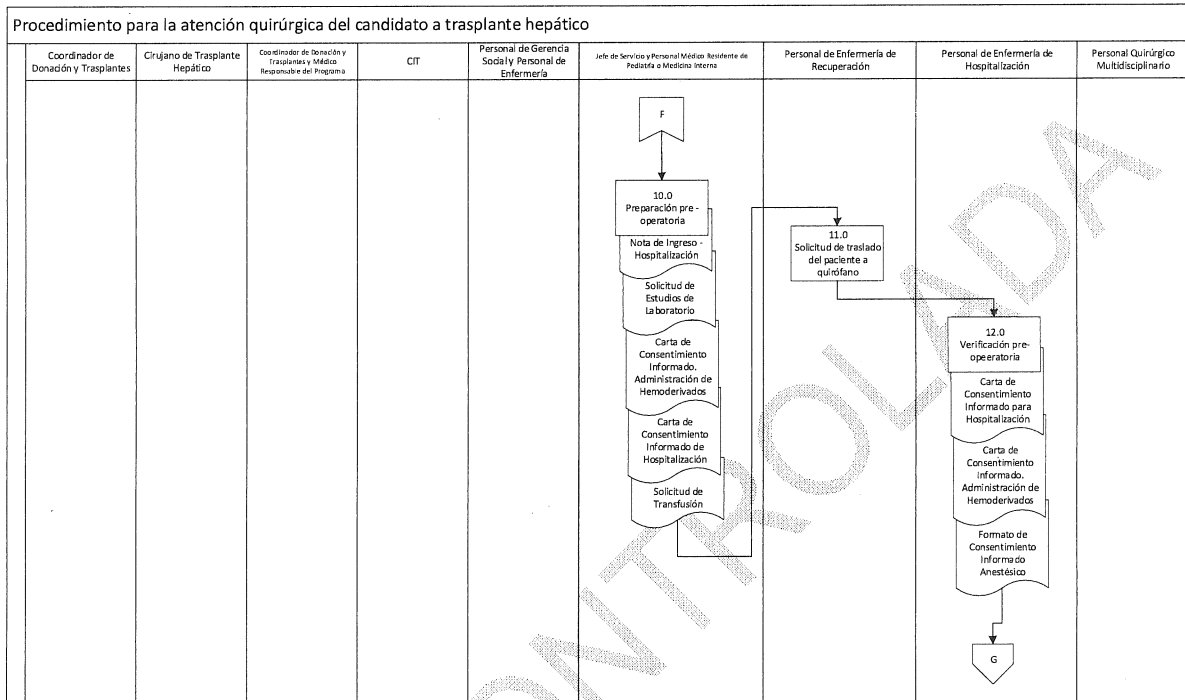
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

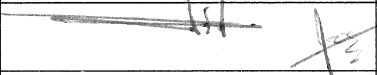
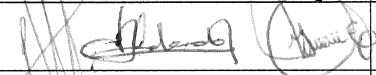
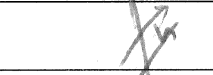
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA			Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO			Hoja: 48 de 74



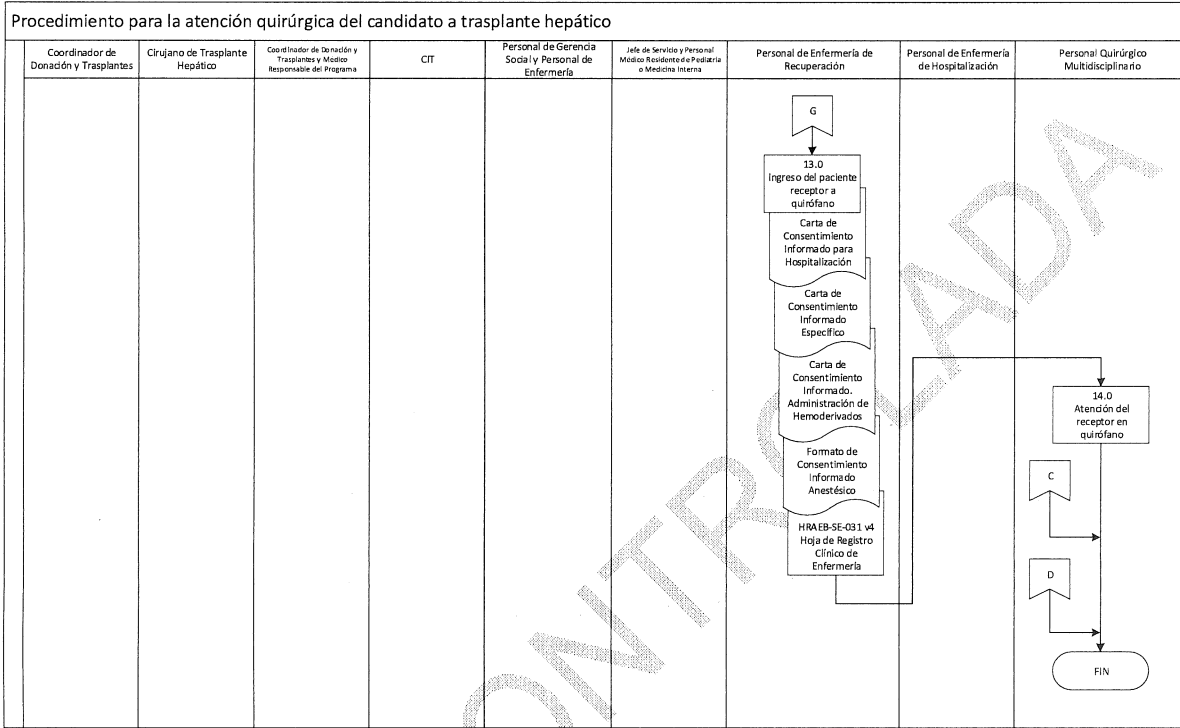
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 49 de 74





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 50 de 74



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 51 de 74

6.0 Documentos de referencia

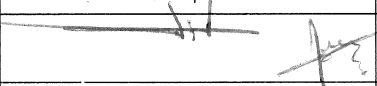
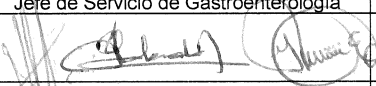
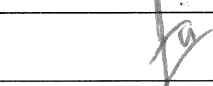
Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Publicado en el D.O.F., el 15 de octubre de 2012.	No Aplica
Ley General de Salud. Publicado en el D.O.F., el 7 de febrero de 1984, hasta su última reforma.	No Aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. Publicado en el D.O.F., el 26 de Marzo de 2014.	No Aplica
Protocolo de Trasplante Hepático. Aprobado por la Dirección General el 18 de febrero de 2020.	No Aplica
Propuesta de criterios para distribución y asignación en trasplante hepático de donante fallecido. Publicado en https://www.gob.mx/cenatra/es/articulos/propuesta-de-criterios-para-distribucion-y-asignacion-en-trasplante-hepatico-de-donante-fallecido?idiom=es	No Aplica



7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Minutas del CIT	5 años	Coordinación de Donación y Trasplantes	No Aplica
Expediente Clínico	Indefinido	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica

8.0 Glosario

- 8.1 Alerta de Donación:** Aviso que da un hospital sobre la existencia de un donante de órganos y/o tejidos.
- 8.2 Antropometría:** Es el tratado de la proporciones y medidas del cuerpo humano.
- 8.3 Compatibilidad:** El grado de semejanza genética entre los individuos que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría o aquellos necesarios, atendiendo al órgano, tejido o célula de que se trate, y al avance científico, previniendo el riesgo de rechazo del órgano, tejido o células trasplantadas.
- 8.4 Expediente Clínico:** Es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular diagnósticos médicos, establecer tratamientos y planificar los cuidados de enfermería.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 52 de 74

- 8.5 Hemoderivados:** Componentes resultantes de procedimientos de extracción, separación, preparación, conservación y transporte de la sangre.
- 8.6 Hoja de Consentimiento informado:** 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.
- 8.7 Hospital de Referencia:** Dícese del hospital que envía a un paciente para su atención a otro hospital de mayor complejidad de atención.
- 8.8 Hospital Donante:** Término dado al hospital donde se genera una donación de órganos y/o tejidos.
- 8.9 Insumos:** Bien de cualquier clase empleado en la producción de otros bienes.
- 8.10 Lista de Espera Quirúrgica (LEQ):** Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico aceptado por el paciente y para cuya realización se tiene prevista la utilización de quirófano.
- 8.11 Organismo Acreditador:** Equipo de expertos en la acreditación de una organización de salud capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional.
- 8.12 Procuración:** Conjunto de prácticas y procedimientos tendientes a contar con órganos y tejidos para ser trasplantados en pacientes que lo necesitan.


9.0 Cambios de esta versión

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

10.0 Anexos

10.1 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. Hoja 1 de 2.



gto
gobierno
del estado

Secretaría
de Salud

COORDINACIÓN MÉDICA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE.
 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:			
Nombre:		NSS:	
Sexo: M () F ()	Edad:	Etn. Civil:	Religión:
Servicio:		Número de Cama:	
Diagnóstico ingreso:		Fecha ingreso:	
Diagnóstico pérdida de la vida:			
Fecha y Hora de certificación:			
Caso Médico legal Sí () No ()		Agencia que tomó conocimiento:	
Nombre del agente del MP:			

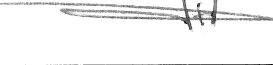


ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	COMENTARIO
Malformaciones congénitas	Sí () No ()
Neoplasias	Sí () No ()
Diabetes	Sí () No ()
Hipertensión	Sí () No ()
Cardiopatías	Sí () No ()
Hematológicas	Sí () No ()
Inmunológicas	Sí () No ()
Otros	



FACTORES DE RIESGO	COMENTARIO
Múltiples parejas sexuales	
Tatuajes o piercings	
Estancia en prisión	
Tabaquismo	
Alcoholismo	
Drogas	
Lugar de trabajo	
Inmunizaciones	

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS			
Neoplasias	Sí () No ()	Hepatitis viral	Sí () No ()
Diabetes mellitus	Sí () No ()	Enf. Respiratoria	Sí () No ()
Hipertensión arterial	Sí () No ()	Infecciones del TMI	Sí () No ()
Hematológicas	Sí () No ()	Enfermedad neurológica	Sí () No ()
Crusos previos	Sí () No ()	Parasitos: O.A., Crías, Escherichia, Giardia, etc.	Sí () No ()
Nefropatía	Sí () No ()	Infección actual del sistema biliar	Sí () No ()
Cardiopatía	Sí () No ()	Ascaridiasis	Sí () No ()
Medicamentos utilizados en los últimos 6 meses:			


Centro Estatal de Trasplantes

Carretera IGE Col. Los Limones C.P. 37440 León, Gto. Tel. (01 477) 369 2478 Fax. (01 477) 072479 transplantes@guanajuato.gob.mx
salud.guanajuato.gob.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

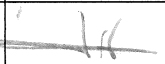
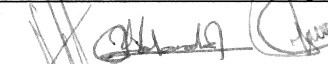

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD GUANAJUATO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 54 de 74



Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. Hoja 2 de 2.


Secretaría de Salud



<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">SOMATOMETRÍA</td></tr> <tr><td>Peso</td><td></td></tr> <tr><td>Talla</td><td></td></tr> <tr><td>P. torácica</td><td></td></tr> <tr><td>P. abdominal</td><td></td></tr> </table>	SOMATOMETRÍA		Peso		Talla		P. torácica		P. abdominal		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">EXAMEN GENERAL ORINA</td></tr> <tr><td>Color</td><td></td></tr> <tr><td>Opacidad</td><td></td></tr> <tr><td>Proteínas</td><td></td></tr> <tr><td>Glucosa</td><td></td></tr> <tr><td>Cetonas</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglobina</td><td></td></tr> <tr><td>Eritrocitos</td><td></td></tr> <tr><td>Leucocitos</td><td></td></tr> <tr><td>Bacterias</td><td></td></tr> <tr><td>Viscosidad</td><td></td></tr> </table>	EXAMEN GENERAL ORINA		Color		Opacidad		Proteínas		Glucosa		Cetonas		Hemoglobina		Eritrocitos		Leucocitos		Bacterias		Viscosidad																																			
SOMATOMETRÍA																																																																			
Peso																																																																			
Talla																																																																			
P. torácica																																																																			
P. abdominal																																																																			
EXAMEN GENERAL ORINA																																																																			
Color																																																																			
Opacidad																																																																			
Proteínas																																																																			
Glucosa																																																																			
Cetonas																																																																			
Hemoglobina																																																																			
Eritrocitos																																																																			
Leucocitos																																																																			
Bacterias																																																																			
Viscosidad																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">SIGNOS VITALES</td></tr> <tr><td colspan="2">Hora:</td></tr> <tr><td>T/A</td><td></td></tr> <tr><td>PMN</td><td></td></tr> <tr><td>FC</td><td></td></tr> <tr><td>FE</td><td></td></tr> <tr><td>TEMP</td><td></td></tr> <tr><td>SAT O2</td><td></td></tr> <tr><td>GU</td><td></td></tr> <tr><td>PMK</td><td></td></tr> </table>	SIGNOS VITALES		Hora:		T/A		PMN		FC		FE		TEMP		SAT O2		GU		PMK		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Gasometría arterial</td></tr> <tr><td colspan="2">Hora:</td></tr> <tr><td>pH</td><td></td></tr> <tr><td>PaCO2</td><td></td></tr> <tr><td>PaO2</td><td></td></tr> <tr><td>HCO3</td><td></td></tr> <tr><td>Pa SaO2</td><td></td></tr> <tr><td>BE (mEq)</td><td></td></tr> </table>	Gasometría arterial		Hora:		pH		PaCO2		PaO2		HCO3		Pa SaO2		BE (mEq)																															
SIGNOS VITALES																																																																			
Hora:																																																																			
T/A																																																																			
PMN																																																																			
FC																																																																			
FE																																																																			
TEMP																																																																			
SAT O2																																																																			
GU																																																																			
PMK																																																																			
Gasometría arterial																																																																			
Hora:																																																																			
pH																																																																			
PaCO2																																																																			
PaO2																																																																			
HCO3																																																																			
Pa SaO2																																																																			
BE (mEq)																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Metabólico</td></tr> <tr><td colspan="2">Hora:</td></tr> <tr><td>Glucosa</td><td></td></tr> <tr><td>Urea</td><td></td></tr> <tr><td>Creatinina</td><td></td></tr> <tr><td>Comentarios:</td><td></td></tr> <tr><td>Albumina</td><td></td></tr> <tr><td>B. total</td><td></td></tr> <tr><td>B. indirecto</td><td></td></tr> <tr><td>C. albumina</td><td></td></tr> <tr><td>TGO</td><td></td></tr> <tr><td>TGP</td><td></td></tr> <tr><td>GGT</td><td></td></tr> <tr><td>CHL</td><td></td></tr> <tr><td>F. albumina</td><td></td></tr> <tr><td>CFM</td><td></td></tr> <tr><td>Fración MG</td><td></td></tr> <tr><td>Triglicéridos</td><td></td></tr> <tr><td>Lactato</td><td></td></tr> </table>	Metabólico		Hora:		Glucosa		Urea		Creatinina		Comentarios:		Albumina		B. total		B. indirecto		C. albumina		TGO		TGP		GGT		CHL		F. albumina		CFM		Fración MG		Triglicéridos		Lactato		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Laboratorio Hematológico</td></tr> <tr><td colspan="2">Hora:</td></tr> <tr><td>Hemoglobina</td><td></td></tr> <tr><td>Hematocrito</td><td></td></tr> <tr><td>V.H.C.</td><td></td></tr> <tr><td>Leucocitos</td><td></td></tr> <tr><td>Seriedades</td><td></td></tr> <tr><td>Utricitos</td><td></td></tr> <tr><td>Serie</td><td></td></tr> <tr><td>Plaquetas</td><td></td></tr> <tr><td>T.P.</td><td></td></tr> <tr><td>T.T.P.</td><td></td></tr> <tr><td>INR</td><td></td></tr> <tr><td>Coagul y RI</td><td></td></tr> </table>	Laboratorio Hematológico		Hora:		Hemoglobina		Hematocrito		V.H.C.		Leucocitos		Seriedades		Utricitos		Serie		Plaquetas		T.P.		T.T.P.		INR		Coagul y RI	
Metabólico																																																																			
Hora:																																																																			
Glucosa																																																																			
Urea																																																																			
Creatinina																																																																			
Comentarios:																																																																			
Albumina																																																																			
B. total																																																																			
B. indirecto																																																																			
C. albumina																																																																			
TGO																																																																			
TGP																																																																			
GGT																																																																			
CHL																																																																			
F. albumina																																																																			
CFM																																																																			
Fración MG																																																																			
Triglicéridos																																																																			
Lactato																																																																			
Laboratorio Hematológico																																																																			
Hora:																																																																			
Hemoglobina																																																																			
Hematocrito																																																																			
V.H.C.																																																																			
Leucocitos																																																																			
Seriedades																																																																			
Utricitos																																																																			
Serie																																																																			
Plaquetas																																																																			
T.P.																																																																			
T.T.P.																																																																			
INR																																																																			
Coagul y RI																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Lípidos y electrolitos</td></tr> <tr><td colspan="2">Hora:</td></tr> <tr><td>Sodio</td><td></td></tr> <tr><td>Potasio</td><td></td></tr> <tr><td>Cloro</td><td></td></tr> <tr><td>Calcio</td><td></td></tr> <tr><td>Fosforo</td><td></td></tr> <tr><td>Magnesio</td><td></td></tr> </table>	Lípidos y electrolitos		Hora:		Sodio		Potasio		Cloro		Calcio		Fosforo		Magnesio		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">CULTIVO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">FECHAS</td><td style="text-align: center;">RESULTADO</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hemocultivo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Urocultivo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Secreciones</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Cerebro</td><td></td><td></td></tr> </table>	CULTIVO			FECHAS	RESULTADO		Hemocultivo			Urocultivo			Secreciones			Cerebro																																		
Lípidos y electrolitos																																																																			
Hora:																																																																			
Sodio																																																																			
Potasio																																																																			
Cloro																																																																			
Calcio																																																																			
Fosforo																																																																			
Magnesio																																																																			
CULTIVO																																																																			
FECHAS	RESULTADO																																																																		
Hemocultivo																																																																			
Urocultivo																																																																			
Secreciones																																																																			
Cerebro																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Panel Viral</td></tr> <tr><td colspan="2">Fecha:</td></tr> <tr><td>VH</td><td>Crías</td></tr> <tr><td>HTLV</td><td>Ort</td></tr> <tr><td>Anticópsic</td><td></td></tr> <tr><td>SIDA</td><td></td></tr> </table>	Panel Viral		Fecha:		VH	Crías	HTLV	Ort	Anticópsic		SIDA																																																								
Panel Viral																																																																			
Fecha:																																																																			
VH	Crías																																																																		
HTLV	Ort																																																																		
Anticópsic																																																																			
SIDA																																																																			

Centro Estatal de Trasplantes
 Maraña 193 Col. Los Limones C.P. 37446, León, Gto. Tel. 01(477) 700 6470 Fax. 01(477) 707 2479 transplantes@guamajusto.gob.mx
 estad.guamajusto.gob.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 55 de 74

10.2 Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 1 de 3.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

NOTA DE INGRESO - HOSPITALIZACIÓN

Nombre del paciente: _____ Número de expediente: _____

Proceso clínico: _____ Fecha y hora: _____

Motivos de ingreso:

Pedidos de estudios:

Antecedentes:

Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso:

SÍGNOS VITALES

Temperatura: _____

Presión arterial: _____

Pulso: _____

Frec. Respiratoria: _____

Peso: _____

Talla: _____

Problemas clínicos:

Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

Diagnóstico presuntivo:
(Diagnóstico Presuntivo)

Plan de manejo y estudios complementarios de ser necesarios:

Tratamiento:


Dieta recomendada:

Pronóstico:

Guías de Práctica Clínica:

AOP.4 EVALUACIÓN DEL DOLOR

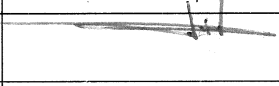
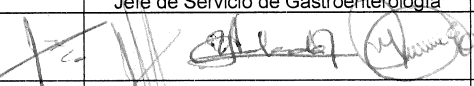
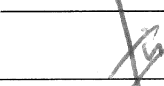
¿Siente dolor?: Si sienta dolor, indique tratamiento y solicite a enfermería evaluación de equívoco

FRECUENCIA/HORA DESCRIPCIÓN TIPO DE DOLOR INTENSIDAD	INTENSIDAD
Dolor 1: _____	
Dolor 2: _____	
Dolor 3: _____	

AOP.6 EVALUACIÓN DE VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS


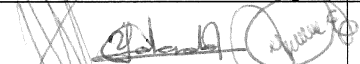

COPIA



COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 2 de 3.


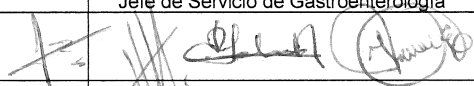

¿Cuál es su religión?			
¿Su religión le exige algún tipo de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	Especifique:	
¿Desea recibir asistencia espiritual?	<input type="checkbox"/>	Especifique:	
¿Tiene alguna costumbre que considere importante que tomemos en cuenta para su atención? <input type="checkbox"/>			
¿Tiene alguna costumbre que considere importante que tomemos en cuenta para su atención?			
AOP.7 EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO			
Violencia:		Depresión:	
Adicción suicida:		Alucinaciones:	
AOP.8 EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO NUTRICIONAL			
Paciente con I.M.C. menor de 20.5 o mayor de 30 kg/m ² (IMC = Peso(kg) / Talla(m) ²)	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ha perdido más del 5 al 10% de su peso en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ha reducido más del 30% de su ingesta en la dieta durante la última semana	<input type="checkbox"/>		
Paciente grave	<input type="checkbox"/>		
Paciente menor de 5 años con perímetro braquial menor a 110 mm	<input type="checkbox"/>		
Paciente recién trasplantado	<input type="checkbox"/>		
Paciente hospitalizado, post-operado de cirugía bariátrica	<input type="checkbox"/>		
Paciente con gastritis	<input type="checkbox"/>		
AOP.9 EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ADICIONAL			
Paciente con fiebre y neutropenia	<input type="checkbox"/>		
Paciente con choque séptico	<input type="checkbox"/>		
Paciente al que se le prescribe cualquier antimicrobiano de uso controlado	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ingresa a terapia intensiva por proceso infeccioso	<input type="checkbox"/>		
Paciente post-trasplantado de órgano sólido o médula ósea que ingresa por proceso infeccioso	<input type="checkbox"/>		
AOP.8 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN			
MEDICAMENTOS PRESCRITOS DE USO CRÓNICO			
¿Uso de medicamentos prescritos para uso crónico? <input type="checkbox"/>			
Principio Activo	Dosis Prescrita	Fecha Inicio	Fecha última Administración
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
AUTOMEDICACIÓN Y MEDICAMENTOS OTC			



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 57 de 74



Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 3 de 3.

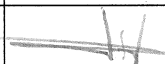
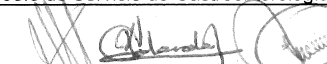

<input type="checkbox"/> Prácticas de automedicación y medicamentos OTC?				
Principio Activo	Nombre de Uso	Dosis Prescrita	Fecha Última Administración	
1.-				
2.-				
3.-				
DROGAS, REMEDIOS HERBOLARIOS, TÉ Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS				
<input type="checkbox"/> Uso de drogas, remedios herbolarios, té y suplementos alimenticios?				
Producto	Motivo de Uso	¿Cumple Tama?	Fecha Inicio	Fecha FIN
1.-				
2.-				
3.-				
Historia Documental: Cédula Médica:				



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 58 de 74

10.3 Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. Hoja 1 de 2.


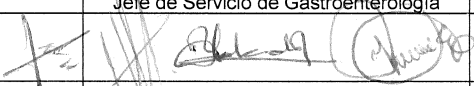

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, ARTÍCULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA3-2017 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1 A LA 10.1.4		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
<p>Manifiesto que este Dr. / Dra. me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi diagnóstico, información que mi diagnóstico de ingreso es:</p> <p>Hospitalización, por lo que es necesario que se me realice:</p> <ol style="list-style-type: none"> La evaluación médica integral (anecdotario y exploración física completa). La colocación de uno o más catéteres venosos para extracciones para exámenes de laboratorio. La punción de vesiga o adenas para toma muestras para exámenes de laboratorio. Colocación de sondas uretral (urinario) en caso de requerirse también por condición clínica o por procedimientos quirúrgicos. Colocación de sonda por nariz a boca que llega al estómago o intestino delgado en caso de requerirse por condición médica o quirúrgica. <p>Manifiesto que yo me he explicado adecuadamente en qué consiste la hospitalización y que durante mi proceso de atención puede participar personal clínico en formación, bajo supervisión estricta del personal adscrito, es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplia consentimiento para la misma, sabiendo que el beneficio de la hospitalización es recibir atención médica de un padecimiento por ser atendido para tratar de aliviar mis síntomas, continuar mi diagnóstico y hacer todo lo posible para curarme o controlar el progreso de mi enfermedad.</p> <p>Adicionalmente, estoy enterado (a) y tengo la comprensión de que la hospitalización implica las siguientes riesgos inmediatos e indirectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Infecciones asociadas al estado de la salud, que pueden ser desde muy leves hasta muy graves con riesgo para la vida. Presentar úlceras por presión en caso de inmovilidad y larga estancia hospitalaria. Padecer un golpe o lesión como consecuencia de una caída. Presentar reacciones adversas a cualquier medicamento a pesar de no tener antecedentes de ello. Presentar complicaciones menores durante los procedimientos realizados: hematoma, equimosis, multiquedados. Desarrollo de infección y/o extensión de lesión que provoque una nueva enfermedad que requiera tratamientos posteriores. Caer torcido, torcido y/o abdominal, sangrado nasal, de estómago y/o intestino, náuseas y vómitos. Muy rara vez perforación de tubo digestivo. <p>Estoy enterado también que el hospital tiene establecidos protocolos preventivos y cuidados para reducir en la medida de la probabilidad de ocurrencia de estas condiciones no deseadas, así como métodos y recursos para identificarlos y tratarlos.</p> <p>Además que el médico me ha explicado que la hospitalización es la mejor alternativa que existe, la otra alternativa sería:</p> <p>_____ con la ventaja de que requiere estar hospitalizado.</p> <p>Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz. Asimismo seguir las indicaciones médicas.</p> <p>Si el médico identifica alguna urgencia derivada del auto diagnóstico, le otorgo mi autorización para que realice el diagnóstico y procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.</p> <p>Reservado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción, todas mis dudas respecto a la hospitalización, 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		
En caso de haber alguna barrera de comunicación, el profesional de la salud explicará el presente documento de tal forma que se		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSG - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 59 de 74


Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. Hoja 2 de 2.


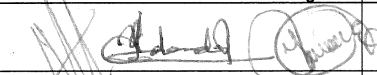

Nombre del familiar, tutor o representante legal del caso consentido:	
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 60 de 74

10.4 Carta de Consentimiento Informado Específico.

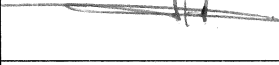


	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAIRÓ CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTICULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTICULOS 86, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-04-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1, A LA 10.1.4		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
Acepto que el/la Dr./Dra. SOSAÑEZ BRAND ALBERTO ANTONIO 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:		
Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento :		
Entiendo que el procedimiento señalado consiste en :		
Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es 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:		
Asimismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones inmediatas o tardías:		
Riesgos más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico):		
Riesgos personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):		
Firmo que el médico me ha explicado que el procedimiento propuesto es la mejor opción que se me puede ofrecer, también que he informado que existen las siguientes opciones:		
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz , así como seguir las indicaciones médicas.		
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.		
Estoy enterado (a) de que no existe garantía sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que no cure mi enfermedad. Asimismo conozco que se pueden presentar las siguientes molestias durante mi recuperación :		
Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
"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."		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 61 de 74

10.5 Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Hoja 1 de 2.


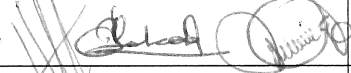
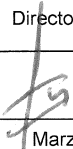
	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, ARTÍCULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
Acepto que el/la Dr./Dra. _____, quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi Diagnóstico de ingreso es: _____ y que para su resolución se requiere de la realización del siguiente Procedimiento : " Administración de Hemoderivados ."		
Sabiendo anticipadamente que el procedimiento señalado consiste en : realizar una técnica de asepsia y antisepsia, selección de una vena para su permeabilidad y canalizarla con un punción o cateter venoso central. A través de esta vena permeable, técnica de asepsia y antisepsia, colocación de un equipo de transfusión sanguínea con filtro para adulto o pediátrico de acuerdo a la edad del paciente, se administre sangre y/o sus derivados sanguíneos".		
Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realice el mismo, sabiendo que los beneficios de dicho procedimiento son : Mejorar las condiciones clínicas del paciente revirtiendo sus niveles sanguíneos bajos y el estado de choque hipovolémico; aumentando los niveles de hemoglobina y hematocrito del paciente, liberación de oxígeno para mantener los órganos vitales, producción de anticuerpos, ayudar a las función de la coagulación, proporcionar agua, proteínas, electrolitos, hidratos de carbono, colesterol, hormonas y vitaminas.		
Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos y complicaciones inmediatas o tardías:		
Posibles Riesgos : Urticaria, anafilaxia, fiebre, hipervolemia, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar agudo, toxicidad al citrato, hemólisis, sensibilización a antígenos, enfermedad injerto contra huésped, púrpura posttransfusional, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y muy raramente transmisión de enfermedades infecciosas y sepsis.		
Riesgos personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente): Anemia, enfermedad cardiovascular, inmunosupresión.		
Afirmo que el médico me ha explicado sobre mi derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes de la intervención y que existen los siguientes procedimientos alternativos : En caso de pérdida aguda y profusa de sangre del paciente, la única alternativa de apoyo al tratamiento será la administración de sangre y sus derivados. En casos de pacientes estables (no emergentes) se puede administrar parenteral o intramuscular líquidos, ringier lactato, haemacel, eritrocaytina y fibrin dextran .		
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.		
Si el médico identifica algún padecimiento diferente o no sospechado o alguna urgencia derivado del acto médico señalado, le "Otorgo Mi Autorización" para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, otorgando al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.		
Estoy enterado (a) de que "No Existe Garantía Ni Seguridad Sobre Los Resultados Del Procedimiento" y que es posible que pueda no curar mi enfermedad o presentar los siguientes Problemas Durante Mi Recuperación : Mareo, náuseas, fiebre, rash cutáneo, urticaria.		
Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento prescrito por mi médico tratante, otorgo y firmo el presente consentimiento:		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
<i>"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."</i>		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD HIDALGO</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 62 de 74


Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Hoja 2 de 2.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 63 de 74

10.6 Solicitud de Transfusión



No. 10252

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
Milenio No. 130 Col San Carlos la Roca, León, Gto.
Tel (477) 267 2000

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Expediente: _____ Sexo: _____
 Servicio: _____ Hospital Cerna: _____ Tipo de Sangre: _____
 Diagnóstico: _____ Dx. Admítico: SI
 Sitio de Sengrado: _____ S. Vitales: TA _____ Pulso _____ Temp. _____
 Tipo de Cirugía: _____ Transfusiones previas: si no última: _____
 Reac. posttransfusionales: Si No Embarazos Previos: Si No último
 Anticuerpos Anti VIH: Fecha: _____
 Laboratorio HGB/HTC: TP _____ TTP _____ PLQ _____ Fibrinógeno _____
 Solicita (No. unidades) CE _____ PFC _____ CP _____ Crio _____
 Nombre completo de quien solicita: _____ Fecha y Hora: _____
 Recibió Solicitud: _____ Fecha y Hora: _____
 Creel/Banco de Sangre HRAEB-DCp-03-A-20x

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
Milenio No. 130 Col San Carlos la Roca, León, Gto.
Tel. (477) 267 2000

Paciente: _____
 Hospital: _____ No. 10252

Unidad o Volumen transfundido de:
 1. CE _____ 4. Aféresis _____
 2. PFC _____ 5. Crio _____
 3. CP _____

REACCIONES (Señale con una cruz)
 Grado 0 (Ninguna) _____
 Grado I (Urticaria) _____
 Grado II (Fiebre) _____
 Grado III (Escalofrío intenso) _____
 Grado IV (Colapso, planea, disnea, dolor) _____
 T. inicial: _____ T. final: _____
 Firma del Médico o Enfermera: _____

Devolver a Banco de Sangre HRAEB-DCp-07-B

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Nombre del Paciente: _____ Tipo de Sangre: _____

	Folio Unidad	Producto	Volumen	Grupo Sanguíneo	Nombre Donador	Resultado

Autocentro: _____ Realiza Pruebas de Compatibilidad: _____
 Fecha y Hora: _____ HRAEB-DCp-07-A-10x

DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES PARA DESECHO

FECHA: ____/____/____ HORA: ____/____

TIPO DE COMPONENTE:
 CE _____ PFC _____ Plaquetas _____

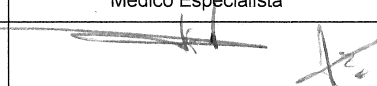
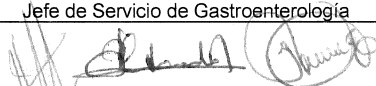

FOLIO DEL COMPONENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____



SERVICIO QUE DEVUELVE: _____

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN:
 Indispensable el llenado completo para su aceptación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

COPIA


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD LA HABANA	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 64 de 74

10.7 Formato de Consentimiento Anestésico.



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 pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a los médicos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajo para la administración de los medicamentos y la realización de las maniobras necesarias sobre el cuerpo para producir y mantener el estado de anestesia, después de que se me ha explicado lo suficiente para entender el evento y aceptar la realización de uno o más de los procedimientos que se describen a 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 localizada del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios, el cual permite el procedimiento quirúrgico evitando 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, ojos, oídos, garganta u otra parte del cuerpo con invasión mínima y la administración adecuada de sedantes.

Existe conciencia que la administración de anestésicos conlleva efectos secundarios ocasionales, tales como: náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de espalda, adormecimiento transitorio y protegido de alguna parte del cuerpo, rozadura, dolor de garganta, dolor de los músculos del cuerpo e inestabilidad de los tejidos blandos. Incluso la cirugía denominada como de mínima invasión puede llevar consigo anestésicos graves o imprevistos.

Algunas otras complicaciones mayores de acuerdo al procedimiento anestésico-quirúrgico, como pueden ser: daño en los ojos, boca, dientes, cuerdas vocales, neumonías, sensibilidad permanente de alguna zona anestesiada, recuerdo de eventos durante la operación, lesiones en los vasos y arterias del cuerpo, trastornos en la función de riñón y alérgicas severas a los medicamentos empleados. En casos severos puede haber daño cerebral permanente, ataque al corazón, aspiración de material de contenido en estómago e incluso la muerte.

Los riesgos mencionados dependen principalmente de la salud de la persona y de la magnitud de la operación y pueden ocurrir en cualquier tipo de anestesia.

Después que he sido debidamente informado y ayudado por el anestesiólogo, he informado que:

1. Todas las enfermedades que he tenido.
2. Todas las anestésicas recibidas y el curso de las mismas.
3. Cualquier alergia.
4. Todos los medicamentos que he recibido los últimos tres meses.
5. Todo lo que se me ha preguntado lo he contestado con la verdad.

He cumplido el acuerdo indicado en el caso de que mi operación sea programada.

En caso de estar embarazada, entiendo que los anestésicos afectan la placenta y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi embarazo e incluso provocar un parto prematuro.

Existe la posibilidad de que mi operación se retrase o incluso se suspenda por causas propias a la dinámica del quirófano o causas de fuerza mayor (emergencia).

Después de que se me explicó con claridad y entendiendo los riesgos y posibles complicaciones anestésicas, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y entendimiento.

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



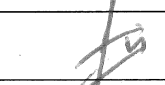
Nombre del Paciente o persona responsable:



Firma:

Testigo:

Genero Documento:




Cédula Médico:



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 65 de 74

Anexo 10.8 Hoja de Consumo en Quirófano. Hoja 1 de 2.


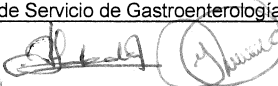
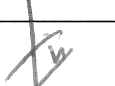
SALUD		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA		HOJA DE CONSUMO EN QUIROFANO	
Quirófano Central <input type="checkbox"/>	Cirugía Ambulatoria <input type="checkbox"/>	Sala _____	Fecha _____	Expediente _____	
Nombre del Usuario: _____		Edad _____	Ingresó a Sala _____		
Diagnóstico Médico: _____		Inicia Anestesia _____		Salida de sala _____	
Procedimiento: _____		Termina Anestesia _____		Termina cirugía _____	
Número de Pedido: _____		Inicia Cirugía _____		Termina cirugía _____	
0000	0000	0000	0000	0000	0000
0001	0001	0001	0001	0001	0001
0002	0002	0002	0002	0002	0002
0003	0003	0003	0003	0003	0003
0004	0004	0004	0004	0004	0004
0005	0005	0005	0005	0005	0005
0006	0006	0006	0006	0006	0006
0007	0007	0007	0007	0007	0007
0008	0008	0008	0008	0008	0008
0009	0009	0009	0009	0009	0009
0010	0010	0010	0010	0010	0010
0011	0011	0011	0011	0011	0011
0012	0012	0012	0012	0012	0012
0013	0013	0013	0013	0013	0013
0014	0014	0014	0014	0014	0014
0015	0015	0015	0015	0015	0015
0016	0016	0016	0016	0016	0016
0017	0017	0017	0017	0017	0017
0018	0018	0018	0018	0018	0018
0019	0019	0019	0019	0019	0019
0020	0020	0020	0020	0020	0020
0021	0021	0021	0021	0021	0021
0022	0022	0022	0022	0022	0022
0023	0023	0023	0023	0023	0023
0024	0024	0024	0024	0024	0024
0025	0025	0025	0025	0025	0025
0026	0026	0026	0026	0026	0026
0027	0027	0027	0027	0027	0027
0028	0028	0028	0028	0028	0028
0029	0029	0029	0029	0029	0029
0030	0030	0030	0030	0030	0030
0031	0031	0031	0031	0031	0031
0032	0032	0032	0032	0032	0032
0033	0033	0033	0033	0033	0033
0034	0034	0034	0034	0034	0034
0035	0035	0035	0035	0035	0035
0036	0036	0036	0036	0036	0036
0037	0037	0037	0037	0037	0037
0038	0038	0038	0038	0038	0038
0039	0039	0039	0039	0039	0039
0040	0040	0040	0040	0040	0040
0041	0041	0041	0041	0041	0041
0042	0042	0042	0042	0042	0042
0043	0043	0043	0043	0043	0043
0044	0044	0044	0044	0044	0044
0045	0045	0045	0045	0045	0045
0046	0046	0046	0046	0046	0046
0047	0047	0047	0047	0047	0047
0048	0048	0048	0048	0048	0048
0049	0049	0049	0049	0049	0049
0050	0050	0050	0050	0050	0050
0051	0051	0051	0051	0051	0051
0052	0052	0052	0052	0052	0052
0053	0053	0053	0053	0053	0053
0054	0054	0054	0054	0054	0054
0055	0055	0055	0055	0055	0055
0056	0056	0056	0056	0056	0056
0057	0057	0057	0057	0057	0057
0058	0058	0058	0058	0058	0058
0059	0059	0059	0059	0059	0059
0060	0060	0060	0060	0060	0060
0061	0061	0061	0061	0061	0061
0062	0062	0062	0062	0062	0062
0063	0063	0063	0063	0063	0063
0064	0064	0064	0064	0064	0064
0065	0065	0065	0065	0065	0065
0066	0066	0066	0066	0066	0066
0067	0067	0067	0067	0067	0067
0068	0068	0068	0068	0068	0068
0069	0069	0069	0069	0069	0069
0070	0070	0070	0070	0070	0070
0071	0071	0071	0071	0071	0071
0072	0072	0072	0072	0072	0072
0073	0073	0073	0073	0073	0073
0074	0074	0074	0074	0074	0074
0075	0075	0075	0075	0075	0075
0076	0076	0076	0076	0076	0076
0077	0077	0077	0077	0077	0077
0078	0078	0078	0078	0078	0078
0079	0079	0079	0079	0079	0079
0080	0080	0080	0080	0080	0080
0081	0081	0081	0081	0081	0081
0082	0082	0082	0082	0082	0082
0083	0083	0083	0083	0083	0083
0084	0084	0084	0084	0084	0084
0085	0085	0085	0085	0085	0085
0086	0086	0086	0086	0086	0086
0087	0087	0087	0087	0087	0087
0088	0088	0088	0088	0088	0088
0089	0089	0089	0089	0089	0089
0090	0090	0090	0090	0090	0090
0091	0091	0091	0091	0091	0091
0092	0092	0092	0092	0092	0092
0093	0093	0093	0093	0093	0093
0094	0094	0094	0094	0094	0094
0095	0095	0095	0095	0095	0095
0096	0096	0096	0096	0096	0096
0097	0097	0097	0097	0097	0097
0098	0098	0098	0098	0098	0098
0099	0099	0099	0099	0099	0099
0100	0100	0100	0100	0100	0100

CONTROL DE EMISIÓN			
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 67 de 74

10.9 Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 1 de 2.


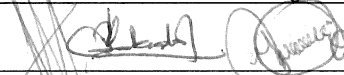
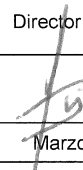
REGISTRO DE CALIBRO		GRADUACIÓN: 00.0001	SERVICIO: G.
TÍTULO:		FECHA DE TÍTULO:	
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO		US. 06.17	
NOMBRE: _____			
EDAD: _____	SEXO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	FOLIO: _____
SERVICIO DE REFERENCIA: _____ DIR: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
TIPO DE IGUESTIA: _____			
FECHA Y HORA DE TOMA: _____		FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____	
TOMÓ LA MUESTRA: _____		RECIBIDO POR: _____	
HEMATOLOGÍA		ENZIMOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA <input type="checkbox"/> FÓRMULA A COLOR <input type="checkbox"/> FÓRMULA BLANCA <input type="checkbox"/> REPTILICITOSIS <input type="checkbox"/> RECHENTACIÓN GLOBLAR <input type="checkbox"/> TIPO DE HEMOCITO Y HEM <input type="checkbox"/> HEMATO CRÍTICO <input type="checkbox"/> CÁLCULO DE PLAZO DE HEMATO <input type="checkbox"/> AL. DE BATERIAS		<input type="checkbox"/> AMILASA <input type="checkbox"/> UREASA <input type="checkbox"/> FOSFATASA ACIDA <input type="checkbox"/> FOSFATASA ACIDA FRACC. PROSTATICA <input type="checkbox"/> GAMA GLUTAMIL TRANSFERASIS <input type="checkbox"/> ECHESTERASA <input type="checkbox"/> ALDOLASIS	
COAGULACIÓN		FUNCIÓN HEPÁTICA	
<input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBOLITINA <input type="checkbox"/> FIBRINÓGENO <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TRONEMINA <input type="checkbox"/> FIBRINÓGENO <input type="checkbox"/> FIBRINA		<input type="checkbox"/> TGO/ALT <input type="checkbox"/> TGO/ALT <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA DIRECTA <input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL	
QUÍMICA CLÍNICA		GENÉTICA	
<input type="checkbox"/> GLUCOSA <input type="checkbox"/> UREA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> ÁCIDOS ÚNICOS <input type="checkbox"/> GLUCOSA PORTEMORAL <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA <input type="checkbox"/> ALBUMINEMIA <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> VLDL		<input type="checkbox"/> CAROTENO <input type="checkbox"/> CROMATINA SÉRICA <input type="checkbox"/> SÍNDROME MARSHALLER <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO PRENATAL	
INFERIAS		ELECTROLITOS	
<input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> HEMOCITO <input type="checkbox"/> ANFOTERINA <input type="checkbox"/> OPACIDAD <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> CATECOLAMINAS		<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> ELECTROLITO EN LÍQUIDO	
MARKADORES TUMORALES		ASÍMPTOMAS INDOCLINICA	
<input type="checkbox"/> ANTICUERPO PROSTATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO CARCINOMATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> BETA HCG <input type="checkbox"/> ALFA FETO PROTEINA		<input type="checkbox"/> CREATININEMIA <input type="checkbox"/> UREA <input type="checkbox"/> BILIRUBINEMIA <input type="checkbox"/> ALBUMINEMIA <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS EN URINA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA <input type="checkbox"/> ELECTROLITOS EN URINA	
MARKADORES TUMORALES		EXAMEN FECAL	
<input type="checkbox"/> ANTICUERPO PROSTATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO CARCINOMATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> BETA HCG <input type="checkbox"/> ALFA FETO PROTEINA		<input type="checkbox"/> COPROPARASITOSCOPICO X 1 <input type="checkbox"/> COPROPARASITOSCOPICO X 2 <input type="checkbox"/> CITOCOLÓRICO DE MODO PAPAN <input type="checkbox"/> COPROLOGICO <input type="checkbox"/> AMBA EN FIEBRE <input type="checkbox"/> GERMENES EN HECEAS <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS	
MARKADORES TUMORALES		GENÉTICA	
<input type="checkbox"/> ANTICUERPO PROSTATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO CARCINOMATICO <input type="checkbox"/> ANTICUERPO <input type="checkbox"/> BETA HCG <input type="checkbox"/> ALFA FETO PROTEINA		<input type="checkbox"/> CROMATINA SÉRICA <input type="checkbox"/> SÍNDROME MARSHALLER <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO PRENATAL	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 2 de 2.

<p>BIOLOGÍA MOLECULAR</p> <p><input type="checkbox"/> CARIOTIPO VH</p> <p><input type="checkbox"/> CARIOTIPO CROMOSOMAL</p> <p><input type="checkbox"/> CARIOTIPO NEUROFIBROSINOMIOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> PCR PARA TUBERCULOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> PCR PARA VIRUS DEL HEPATOMA HUMANOS</p> <p><input type="checkbox"/> PCR PARA HERPESIS</p> <p><input type="checkbox"/> PCR PARA HERPESIS 8</p>	<p>SEROLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI ANIDA (SERUMINA)</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEPATITIS A VIRUS (HEPATITIS A)</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEPATITIS B VIRUS (HEPATITIS B)</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEPATITIS C VIRUS</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEPATITIS E VIRUS (HEPATITIS E)</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI VIRUS DEL HEPATOMA HUMANOS (COMPACT)</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 2</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 1</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 2</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 1</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 2</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 1</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 2</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 1</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIC. ANTI HEMOCROMATOSIS 2</p>	
<p>IMUNOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> PROTEINA C REACTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> VSG</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINA</p> <p><input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP II</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP III</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP IV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP V</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP VI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP VII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP VIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP IX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP X</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XIV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XVI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XVII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XVIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XIX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXIV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXVI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXVII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXVIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXIX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXIV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXVI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXVII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXVIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XXXIX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XL</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLIV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLV</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLVI</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLVII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLVIII</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP XLIX</p> <p><input type="checkbox"/> ANTI-CCP L</p>	<p>HORMONAS</p> <p><input type="checkbox"/> T4</p> <p><input type="checkbox"/> T4 LIBRE</p> <p><input type="checkbox"/> T3</p> <p><input type="checkbox"/> T3 LIBRE</p> <p><input type="checkbox"/> TSH</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 2</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 3</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 4</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 5</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 6</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 7</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 8</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 9</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 10</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 11</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 12</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 13</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 14</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 15</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 16</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 17</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 18</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 19</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 20</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 21</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 22</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 23</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 24</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 25</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 26</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 27</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 28</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 29</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 30</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 31</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 32</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 33</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 34</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 35</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 36</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 37</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 38</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 39</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 40</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 41</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 42</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 43</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 44</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 45</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 46</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 47</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 48</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 49</p> <p><input type="checkbox"/> TSH SUPRESION 50</p>	
<p>OTROS ESTUDIOS</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 2</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 3</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 4</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 5</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 6</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 7</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 8</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 9</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 10</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 11</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 12</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 13</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 14</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 15</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 16</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 17</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 18</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 19</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 20</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 21</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 22</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 23</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 24</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 25</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 26</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 27</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 28</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 29</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 30</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 31</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 32</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 33</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 34</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 35</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 36</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 37</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 38</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 39</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 40</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 41</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 42</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 43</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 44</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 45</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 46</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 47</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 48</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 49</p> <p><input type="checkbox"/> ALFA-FETOPROTEÍNA 50</p>		
JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD		

LABORATORIO
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO TEL: FAX: (977) 267 20 00 EXT. 1817 Y TEL: 772 51 27
LABORATORIO ACREDITADO EN ANEX-EC-1578-BMC-2013/ NO 1578-2012 ACREDITACION NO. CL-003

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 69 de 74

10.10 HRAEB-SE-031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos.
Hoja 1 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Hoja de Registro Clínico de Enfermería
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN: Fecha: _____ Cama: _____ Servicio: Quirófano Central Cúspide Ambulatorio

Nombre: _____ Expediente: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____ Talla: _____ Superficie corporal: _____ Sexo: Femenino Masculino Escolaridad: _____ Religión: _____

Barriers para la comunicación y el aprendizaje: No SI Especialidad: _____

Antecedentes de importancia: _____ Alergias: _____

Diagnóstico médico: _____ Especialidad: _____

Cirugía programada: _____ Egreso a cama He: _____

Hora de ingreso a recuperación: _____ Paso a sala m.: _____ Hora de regreso a recuperación: _____ Hora de egreso de recuperación: _____

RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO: Horas de ayuno: _____ Hora de última dopa: _____

Preparación psico-educativa Preparación fisiológica Preparación física Bata limpia

Ausencia de jeringas Vaciamiento intestinal Colocación de tórax Limpieza en general del cuerpo

Ausencia de silajes Vaciamiento de vejiga Compresión de miembros inferiores Ausencia de rano interior

Compresores aspiradores disponibles Material y medicamentos disponibles Equipo e instrumental disponible y funcional

VALORACIÓN DE RIESGOS Y VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO:

ÁREA	RIESGO	VERIFICACIÓN	CONSEJO	CONFORMACIÓN
Alimentación	Factores de riesgo presentes:	Nivel de riesgo:	Factores de riesgo presentes:	Nivel de riesgo:
Medicación	<input type="checkbox"/> Estado mental alterado	<input type="checkbox"/> Bajo riesgo	<input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física	<input type="checkbox"/> Bajo riesgo
Fluidos	<input type="checkbox"/> Farmacología de riesgo	<input type="checkbox"/> Alto riesgo	<input type="checkbox"/> Estado nutricional deficiente	<input type="checkbox"/> Medio riesgo
Temperatura	<input type="checkbox"/> Limitación física		<input type="checkbox"/> Exposición a la humedad	<input type="checkbox"/> Alto riesgo
Saturación O2	<input type="checkbox"/> Edad < de 5 ó > de 80 años		<input type="checkbox"/> Indicación de espesor absoluto	
Respiración	<input type="checkbox"/> Presencia de comunicación		<input type="checkbox"/> Limitación en la actividad física	
Cirugía			<input type="checkbox"/> Participación sensorial limitada	
Perímetros				

DISPOSITIVOS Y ACCESOS: Fecha de instalación: _____ Hora: _____ Salvo: _____ Riesgo de infección: _____ Responsables de la instalación: _____

SOLUCIONES VALIENTALES: Medicamentos: _____

COMPONENTES SANITARIOS: Observaciones: _____



CONTROL DE ESTADÍSTICAS: Notas clínicas de evolución y observaciones: _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

HRAEB-SE-031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos. Hoja 2 de 4.


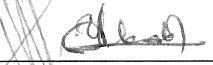
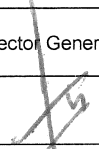
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO																																																																																																											
El paciente ha sido informado:																																																																																																											
Su identidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		El día que operará: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		El procedimiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Su consentimiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																					
Adaptación del día: No Aplicado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Riesgo de hemorragia > 50 ml en adultos y 2 ml/kg en niños? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																					
¿Pulso periférico (carotídeo y femoral): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Crisis de sangre y hemodinámicas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																					
¿Es nuevo el paciente alérgico conocido? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y periférico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																					
PRUEBA QUIRÚRGICA Y TIEMPO DE OPERACIÓN: Antes de la Prueba quirúrgica																																																																																																											
¿Está el cirujano, anestesiólogo y enfermera confirmados verbalmente que se trata del: <input type="checkbox"/> Paciente correcto <input type="checkbox"/> Sólo quirúrgico correcto <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto					¿El equipo de enfermería confirma verbalmente con el resto del equipo:																																																																																																						
¿El cirujano repasa con el equipo los pasos críticos e imprescindibles, la duración del procedimiento y la pérdida de sangre prevista: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿El paciente del procedimiento realizado:																																																																																																						
¿Anestesiólogo revisa si el paciente presenta algún problema: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿Que el recuento de instrumentales, tijeras y agujas es correcta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
¿El equipo de enfermería revisa si se ha confirmado la seguridad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿Que el etiquetado de la muestra sea correcta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
¿El instrumental y equipo médico es adecuado para el procedimiento que se ha programado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿Se generó algún problema relacionado con el instrumental y equipos utilizados? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
¿Se ha verificado que la administración de fármacos se ha realizado en los últimos 30 minutos?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿El cirujano, el anestesiólogo y enfermera confirman las principales aspectos relacionados con la recuperación del paciente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
¿Se han podido visualizar las imágenes diagnósticas mandadas?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					¿Existieron eventos adversos?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA TRANS-QUIRÚRGICA																																																																																																											
Entrada a sala:		Inicio anestesia:		Inicio procedimiento:		Finalización del caso:																																																																																																					
Salida de sala:		Termina anestesia:		Termina procedimiento:		Tipo de anestesia:																																																																																																					
Tiempo en Circulación extracorpórea: Inicia:		Termina:		Tiempo en quirófano: Inicia:		Termina:																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SIGNOS VITALES</th> <th colspan="2">Respiración</th> <th colspan="2">Frecuencia cardíaca</th> <th colspan="2">Presión arterial</th> <th colspan="2">Temperatura</th> <th colspan="2">Oxigenación</th> </tr> <tr> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TA Sistólica</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>TA Diastólica</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>TA Media</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>F. Cardíaca</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>F. Respiratoria</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Saturación</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										SIGNOS VITALES	Respiración		Frecuencia cardíaca		Presión arterial		Temperatura		Oxigenación		Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	TA Sistólica											TA Diastólica											TA Media											F. Cardíaca											F. Respiratoria											Temperatura											Saturación										
SIGNOS VITALES	Respiración		Frecuencia cardíaca		Presión arterial		Temperatura		Oxigenación																																																																																																		
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final																																																																																																	
TA Sistólica																																																																																																											
TA Diastólica																																																																																																											
TA Media																																																																																																											
F. Cardíaca																																																																																																											
F. Respiratoria																																																																																																											
Temperatura																																																																																																											
Saturación																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOLUCIONES PARENTERALES</th> <th colspan="2">Inicio</th> <th colspan="2">Subtotal</th> <th colspan="2">Resta</th> <th colspan="2">Debe verificarse</th> <th colspan="2">MEDICAMENTOS</th> <th colspan="2">Dosis</th> <th colspan="2">Vía</th> <th colspan="2">Hora</th> <th colspan="2">Debe verificarse</th> </tr> <tr> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										SOLUCIONES PARENTERALES	Inicio		Subtotal		Resta		Debe verificarse		MEDICAMENTOS		Dosis		Vía		Hora		Debe verificarse		Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final																																																													
SOLUCIONES PARENTERALES	Inicio		Subtotal		Resta		Debe verificarse		MEDICAMENTOS		Dosis		Vía		Hora		Debe verificarse																																																																																										
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">COMPONENTES SANGUÍNEOS</th> <th colspan="2">Tiempo sanguíneo:</th> <th colspan="2">IN:</th> <th colspan="2">Tiempo fuera:</th> <th colspan="2">Fracción:</th> <th colspan="2">Observaciones:</th> </tr> <tr> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										COMPONENTES SANGUÍNEOS	Tiempo sanguíneo:		IN:		Tiempo fuera:		Fracción:		Observaciones:		Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final																																																																													
COMPONENTES SANGUÍNEOS	Tiempo sanguíneo:		IN:		Tiempo fuera:		Fracción:		Observaciones:																																																																																																		
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DISPOSITIVOS FACILADOS</th> <th colspan="2">Modelo:</th> <th colspan="2">Código:</th> <th colspan="2">Responsable de la instalación:</th> <th colspan="2">Observaciones:</th> </tr> <tr> <th>Modelo</th> <th>Código</th> <th>Modelo</th> <th>Código</th> <th>Modelo</th> <th>Código</th> <th>Modelo</th> <th>Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										DISPOSITIVOS FACILADOS	Modelo:		Código:		Responsable de la instalación:		Observaciones:		Modelo	Código	Modelo	Código	Modelo	Código	Modelo	Código																																																																																	
DISPOSITIVOS FACILADOS	Modelo:		Código:		Responsable de la instalación:		Observaciones:																																																																																																				
	Modelo	Código	Modelo	Código	Modelo	Código	Modelo	Código																																																																																																			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 71 de 74



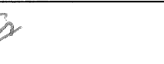
HRAEB-SE-031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos. Hoja 3 de 4.



CONTROL DE FLUIDOS											
FLUIDOS	Excreta:										
	Sud.										
	Urop.										
	Urop. Sangreoso										
SECRETOS	Medicamentos										
	Albúmina										
	Exudación										
	Secreción										
	Pequeño										
	Sangrado										
	Drenaje										
Total Ingresos:			Total de egresos:			Balance al final del procedimiento:					
CUENTA DE TEXTILES						MUESTRAS PATOLÓGICAS / LABORATORIO					
Textil / Material	Unidad	Agregada	Verde	Especimen:			Enviada a:				
Gasas											
Compresas											
Extensibles											
Otros:											
Breviquitariente											
Estado de la cuenta textil:											
MATERIAL DE ALTO COSTO UTILIZADO											
<i>(Empty grid for high cost materials)</i>											
NOTAS CLÍNICAS						OBSERVACIONES					
<i>(Empty grid for notes and observations)</i>											
Equipo quirúrgico:	Esterilización:					Esterilización:					
	Esterilización:					Esterilización:					
	Esterilización:					Esterilización:					
	Esterilización:					Esterilización:					
	Esterilización:					Esterilización:					

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020




HRAEB-SE-031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos. Hoja 4 de 4.




VALORACIÓN PRELIMINAR DEL PACIENTE		ESTADO DE CONCIENCIA		PULSO		COLORACIÓN		ACRUCIO		CONFIUSIÓN		CONFORMACIÓN			
		Alerta	Confuso	Normal	Frío	Rojo	Blanco	Forzado	Normal	Normal	Normal	Buena	Mala		
VALORACIÓN PRELIMINAR DEL PACIENTE V.A. Bradicardia T.A. Hipotensión F. Cardíaca R. Respiración Temperatura Sat. márg. O ₂ Reactivos Perimetria Glasgow M. Vent. márg. P.T. O ₂		VALORACIÓN DEL RIESGO CAUSAS: Factores de riesgo: <input type="checkbox"/> Antecedente de caídas <input type="checkbox"/> Estado mental alterado <input type="checkbox"/> Farmacología de riesgo <input type="checkbox"/> Limitación física <input type="checkbox"/> Edad < 45 ó > 80 años <input type="checkbox"/> Problema al caminar		Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		P.P. Factores de riesgo: <input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física <input type="checkbox"/> Estado nutricional deficiente <input type="checkbox"/> Exposición a la humedad <input type="checkbox"/> Incontinencia de heces o orina <input type="checkbox"/> Limitación en la actividad física <input type="checkbox"/> Prescripción semiautónoma		Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Medio riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		PLAN DE CUIDADOS EN EL POST-QUIRÚRGICO: Limitación presente para: <input type="checkbox"/> Alimentarse <input type="checkbox"/> Uso de sanitario <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Dependiente en alguna función <input type="checkbox"/> Independiente en sus funciones		DATOS SIGNIFICATIVOS Hora:		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Hora:	
SOLUCIONES FARMACÉUTICAS: Dosis: ml / lit. Hora: Debe verificarse:		MEDICAMENTOS: Dosis: Via. Hora Debe verificarse:		COMPONENTES SANGUÍNEOS: Componente: Falso Grupo sanguíneo: Rh: Fleming fuera Volumen: Hémico Titulado: Área de estudio:		INTERVENCIONES / ACTIVIDADES Hora:		RESULTADOS LOGRADOS Hora / alcance:		NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES		EDUCACIÓN AL USUARIO Y FAMILIAR / PLAN DE ALTA Hora:			
Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		CONTROL DE LIQUIDOS Nombre: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ureos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Evaluación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sedimentación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Hemograma: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Serología: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cultivos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Otros: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Presión arterial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Temperatura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia cardíaca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Frecuencia respiratoria: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Saturación de oxígeno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de hidratación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de movilidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estado de bienestar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSG – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO		Hoja: 73 de 74

10.11 Solicitud de ingreso hospitalario

  	
Solicitud de Ingreso Hospitalario	
NHC:	Área:
Paciente:	Centro: H. Regional de Alta Especialidad del
Fecha de	
Diagnóstico:	
Código:	Solicitado por:
Entidad:	Prioridad:
Plaza:	Fecha Prevista:
DNI:	
Episodio	Solicitud
Servicio	
PRUEBAS SOLICITADAS	
OBSERVACIONES	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Martín Cano Rosas	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Médico Especialista	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Gastroenterología	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020