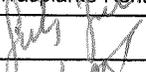
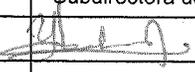


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - SSQ - JSNTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 1 de 31

**PR - DM - SSQ - JSNTR - 02 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 2 de 31

## 1.0 Propósito

1.1 Implementar procedimiento para que guíe el proceso de cirugía ambulatoria en urología, de tal manera que el personal operativo brinde una atención correcta y eficaz al paciente con trastornos Nefro-uroológicos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Atención Hospitalaria y Área de Farmacia Hospitalaria.

2.2 A nivel externo aplica a pacientes del HRAEB, Servicio de Camillería y Almacén del Inversionista Proveedor (IP).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

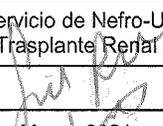
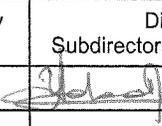
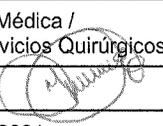
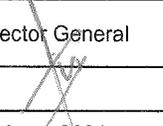
3.1 Los pacientes candidatos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos urológicos de tipo ambulatorio, de acuerdo con la cartera de servicios del HRAEB, deben ser programados en la consulta externa de Nefrología, Urología o Cirugía de Trasplantes, una vez que cuenten con estudios y valoraciones preoperatorios necesarios para cada caso en particular.

3.2 Es responsabilidad de los Médicos adscritos al Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal, explicar detalladamente al paciente los objetivos del procedimiento, así como sus riesgos y posibles eventos adversos, y de generar en el Sistema Clinic las indicaciones médicas precisas para llevar a cabo el procedimiento. Posteriormente se debe firmar la hoja de consentimiento informado por parte del paciente, médico y al menos dos testigo. (Ver Anexo 10.1 Indicaciones Médicas y 10.2 Carta de Consentimiento Informado Específico).

3.3 Es responsabilidad de los médicos adscritos al Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal, generar una hoja de lista de espera quirúrgica (LEQ) al programar al paciente, solicitando los materiales necesarios para el procedimiento, la cual debe ser entregada posteriormente al Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal. (Ver Anexo 10.3 Solicitud de Inclusión en LEQ).

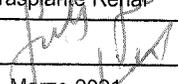
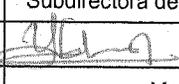
3.4 Es responsabilidad del Jefe de Servicio Nefro-Urología y Trasplante Renal, programar cada caso durante la sesión semanal de programación quirúrgica, de acuerdo con la urgencia del caso y a la disponibilidad de material. Los casos urgentes deben ser programados directamente en la Jefatura de Quirófano.

3.5 Es responsabilidad del Personal de Gerencia Social, contactar vía telefónica a los pacientes una vez programados, e informarles acerca de la fecha y hora de su procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 3 de 31

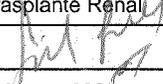
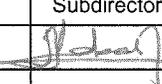
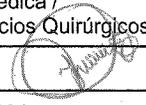
- 3.6 Es responsabilidad del Personal de Gerencia Social, recibir al paciente en la fecha acordada de programación, así como de trasladarlo junto con su expediente clínico e identificación al Área de Urología Ambulatoria, donde se llevará a cabo su procedimiento.
- 3.7 Es responsabilidad del Personal de Enfermería en el Área de Urología Ambulatoria, recibir al paciente, corroborar que esté correctamente identificado, con su expediente clínico completo, así como prepararlo para su evento de cirugía ambulatoria.
- 3.8 Es responsabilidad del Médico Anestesiólogo, explicar al paciente el procedimiento de anestesia que se llevará a cabo, corroborar ayuno requerido para el procedimiento, así como de obtener la firma del consentimiento informado para el procedimiento anestésico. (Ver Anexo 10.4 Hoja de Consentimiento Informado Anestésico).
- 3.9 Es responsabilidad del Personal de Farmacia Hospitalaria y Almacén, entregar los insumos digitados en el sistema con cargo a paciente al área de Urología Ambulatoria de manera oportuna.
- 3.10 Es responsabilidad del Médico adscrito al Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal, que los procedimientos de cirugía ambulatoria se lleven a cabo ese día, así como de informar a los familiares del estado del paciente posterior al evento.
- 3.11 Es responsabilidad de la Enfermera del Área de Urología Ambulatoria, realizar la solicitud, registros y cargos, vía sistema electrónico, de los materiales utilizados en el paciente, previo llenado de los vales correspondientes de manera oportuna, así como recabar las firmas en el formato correspondiente del Médico Intervencionista y Anestesiólogo, para respaldar los cargos realizados. (Ver Anexos 10.5 HRAE-SE-033 V2 Solicitud de Material de Consumo urodinamia).
- 3.12 Es responsabilidad del Personal del Servicio de Anestesiología, decidir el momento en que las condiciones clínicas del paciente permitan que sea egresado a su domicilio.
- 3.13 Es responsabilidad del Médico Tratante, realizar en el sistema Klinik, las indicaciones post procedimiento, nota post operatoria, hoja de egreso y receta, así como de informar al paciente y/o familiares acerca de los cuidados, próxima cita, datos de alarma posteriores al procedimiento quirúrgico y receta médica. (Ver Anexos 10.6 Nota de Egreso, 10.7 Receta médica, 10.9 Hoja Quirúrgica).
- 3.14 Es responsabilidad del Personal de Enfermería del Área de Urología Ambulatoria, realizar el cierre del parte quirúrgico en el sistema electrónico, una vez que se decida el egreso del paciente y la liberación de los cargos de insumos utilizados durante el procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 4 de 31

- 3.15 Es responsabilidad del Personal de Gerencia Social, citar al paciente posteriormente en Consulta Externa de Nefrología, Urología o Cirugía de Trasplantes, para ser revisado por su médico tratante en un periodo de tiempo que el mismo Médico considere apropiado de acuerdo con su padecimiento.
- 3.16 Es responsabilidad del Médico Tratante, generar la solicitud de estudio histopatológico o de laboratorio cuando el procedimiento así lo amerite.
- 3.17 Es responsabilidad del Personal Médico que labora en el Área de Urología Ambulatoria, portar durante su jornada laboral el equipo de protección.

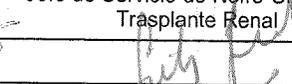
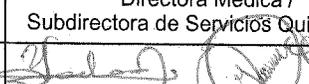
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRAPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 5 de 31

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Programación de evento en Consulta Externa	Responsable: Personal Médico del Servicio
<p>1.1 Valora al paciente, revisa estudios preoperatorios, realiza anamnesis y solicita interconsultas que ameriten de acuerdo con el escenario clínico del paciente.</p> <p>1.2 Programa pacientes candidatos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos urológicos ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).</li> <li>• Indicaciones médicas.</li> </ul> <p>1.3 Obtiene del paciente la firma de consentimiento informado para el procedimiento propuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Consentimiento Informado.</li> </ul>	
Etapa 2.0 Entrega de hoja de LEQ	Responsable: Personal Médico del Servicio
<p>2.1 Entrega la hoja de LEQ al Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)</li> </ul>	
Etapa 3.0 Programación de evento ambulatorio	Responsable: Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal
<p>3.1 Evalúa hoja de LEQ y determina fecha de programación de acuerdo con la urgencia del caso y de la disponibilidad de insumos para que el procedimiento pueda ser llevado a cabo, de acuerdo con las políticas 3.4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).</li> </ul>	
Etapa 4.0 Información de fecha de programación al paciente	Responsable: Personal de Gerencia Social
<p>4.1 Contacta al paciente vía telefónica y le informa de la fecha, hora y lugar en que habrá de realizarse el procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">¿Se logra informar al paciente?</p> <p>Si: Pasa a etapa 5.0.</p> <p>No: Informa a Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal para que se re programe. Regresa a etapa 3.0.</p>	
Etapa 5.0 Recepción del paciente en el Área de Admisión Hospitalaria	Responsable: Personal de Gerencia Social

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 6 de 31

5.1 Recibe al paciente en Área de Admisión Hospitalaria.

5.2 Identifica al paciente con pulsera y ficha de identificación.

- Ficha de identificación.

5.3 Traslada al paciente, junto con su expediente clínico hacia el Área de Urología Ambulatoria.

- Expediente Clínico.

Etapa 6.0 Recepción del paciente en Urología Ambulatoria

Responsable:  
Personal de Enfermería

6.1 Solicita los insumos necesarios para el procedimiento, conforme a la política 3.11.

6.2 Recibe al paciente y se presenta con él.

6.3 Confirma identidad del paciente correcto y verifica que su expediente clínico sea el correcto y esté completo.

- Expediente Clínico.

6.4 Verifica preparación física y fisiológica del paciente para el procedimiento.

6.5 Abre y registra la información en hoja de registros clínicos de enfermería.

- HRAEB–SE–030 V2 Hoja de Registro Clínicos de Enfermería. Servicios Ambulatorios.

Etapa 7.0 Preparación del paciente

Responsable:  
Personal de Enfermería

7.1 Informa al paciente sobre la secuencia de los pasos a seguir en el procedimiento y le solicita pasar al área de preparación.

7.2 Coloca bata al paciente.

7.3 Realiza preparación física del paciente para el procedimiento.

7.4 Presenta al paciente con el Médico Anestesiólogo para interrogatorio dirigido.

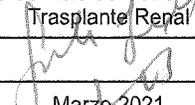
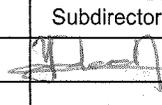
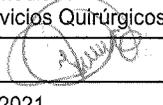
7.5 Conduce al paciente a la sala donde se realizará el procedimiento

Etapa 8.0 Información del procedimiento anestésico

Responsable:  
Personal Médico de Anestesiología

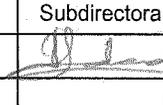
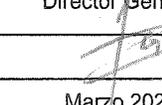
8.1 Informa al paciente acerca del tipo de procedimiento de anestesia a realizar para llevar a cabo su evento, de acuerdo con la política 3.8.

- Formato de consentimiento anestésico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

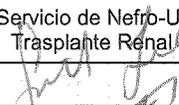
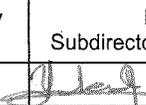
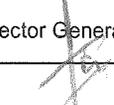
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 7 de 31

<b>Etapa 9.0 Ingreso del paciente a la sala de procedimiento</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería
9.1 Instala al paciente y realiza intervenciones específicas de enfermería de acuerdo con el procedimiento a realizar.	
9.2 Prepara mesa de trabajo con ropa, instrumental e insumos específicos para el procedimiento programado.	
9.3 Informa al Médico Tratante y/o Anestesiólogo que el paciente está listo para el procedimiento.	
9.4 Asiste al Médico Anestesiólogo en la preparación del paciente para el procedimiento anestésico.	
9.5 Asiste al Médico Tratante como Enfermera Instrumentista, cuando el procedimiento así lo requiera.	
<b>Etapa 10.0 Realización del procedimiento urológico ambulatorio</b>	<b>Responsable:</b> Personal Médico del Servicio
10.1 Lleva a cabo el procedimiento programado de acuerdo con las guías de manejo internacionales, nacionales y propias del HRAEB para los diversos padecimientos urológicos.	
10.2 Informa al paciente y/o familiar del resultado del procedimiento.	
<b>Etapa 11.0 Generación de registros médicos</b>	<b>Responsable:</b> Personal Médico del Servicio
11.1 Genera e imprime una nota postoperatoria del paciente en el sistema Klinik. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja Quirúrgica (postoperatoria).</li> </ul>	
11.2 Registra e imprime en el Sistema Klinik las indicaciones pertinentes para el egreso del paciente, conforme a política 3.13. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de egreso.</li> <li>• Receta médica.</li> </ul>	
11.3 Informa al paciente y/o familiar del resultado de la intervención.	
11.4 Informa al paciente y a Personal de Gerencia Social, acerca de la fecha de próxima cita en consulta externa para revisión y seguimiento del paciente.	
<b>Etapa 12.0 Valoración del estado post – procedimiento del paciente</b>	<b>Responsable:</b> Personal Médico de Anestesiología
12.1 Valora, vigila y registra el estado general del paciente durante el procedimiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registro transanestésico.</li> </ul>	
12.2 Decide alta de paciente e informa al Personal de Enfermería.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 8 de 31

<b>Etapa 13.0 Egreso del paciente del servicio</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería
<p>13.1 Notifica al paciente de su egreso.</p> <p>13.2 Realiza anotaciones en la hoja de registros clínicos de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HRAEB–SE–030 V2 Hoja de Registro Clínicos de Enfermería. Servicios Ambulatorios.</li> </ul> <p>13.3 Indica al paciente que pase a colocarse su ropa al área de preparación.</p> <p>13.4 Solicita la presencia de personal de traslados para que conduzca al paciente al Área de Admisión Hospitalaria.</p> <p>13.5 Avisa y entrega al paciente con todos sus documentos incluidos expediente clínico, estudios de imagen o laboratorio, etc., al Personal de Gerencia Social del egreso del paciente para que le indique procedimiento de egreso administrativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico.</li> </ul>	
<b>Etapa 14.0 Registros y actividades finales</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería
<p>14.1 Realiza cargo de material y medicamentos en el sistema electrónico, registra en los vales correspondientes y la libreta de registro de productividad, el número de cargos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vales.</li> <li>• Libreta de registro de productividad.</li> <li>• Sistema electrónico.</li> </ul> <p>14.2 Registra al paciente en la libreta de productividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de registro de productividad.</li> </ul> <p>14.3 Realiza cierre de parte quirúrgico en sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema electrónico.</li> </ul> <p>14.4 Lava instrumental y material.</p> <p>14.5 Equipa sala para el siguiente paciente, con los insumos y materiales necesarios para el estudio.</p>	
<b>Etapa 15.0 Generación de cita para revisión</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Gerencia Social

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

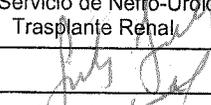
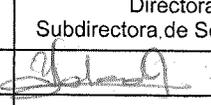
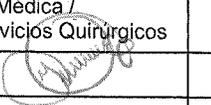
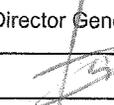
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 9 de 31

15.1 Genera cita subsecuente en consulta externa de Nefrología, Urología o Cirugía de Trasplantes, de acuerdo con la indicación del Médico Tratante, para que el paciente sea revisado.

- Sistema electrónico.

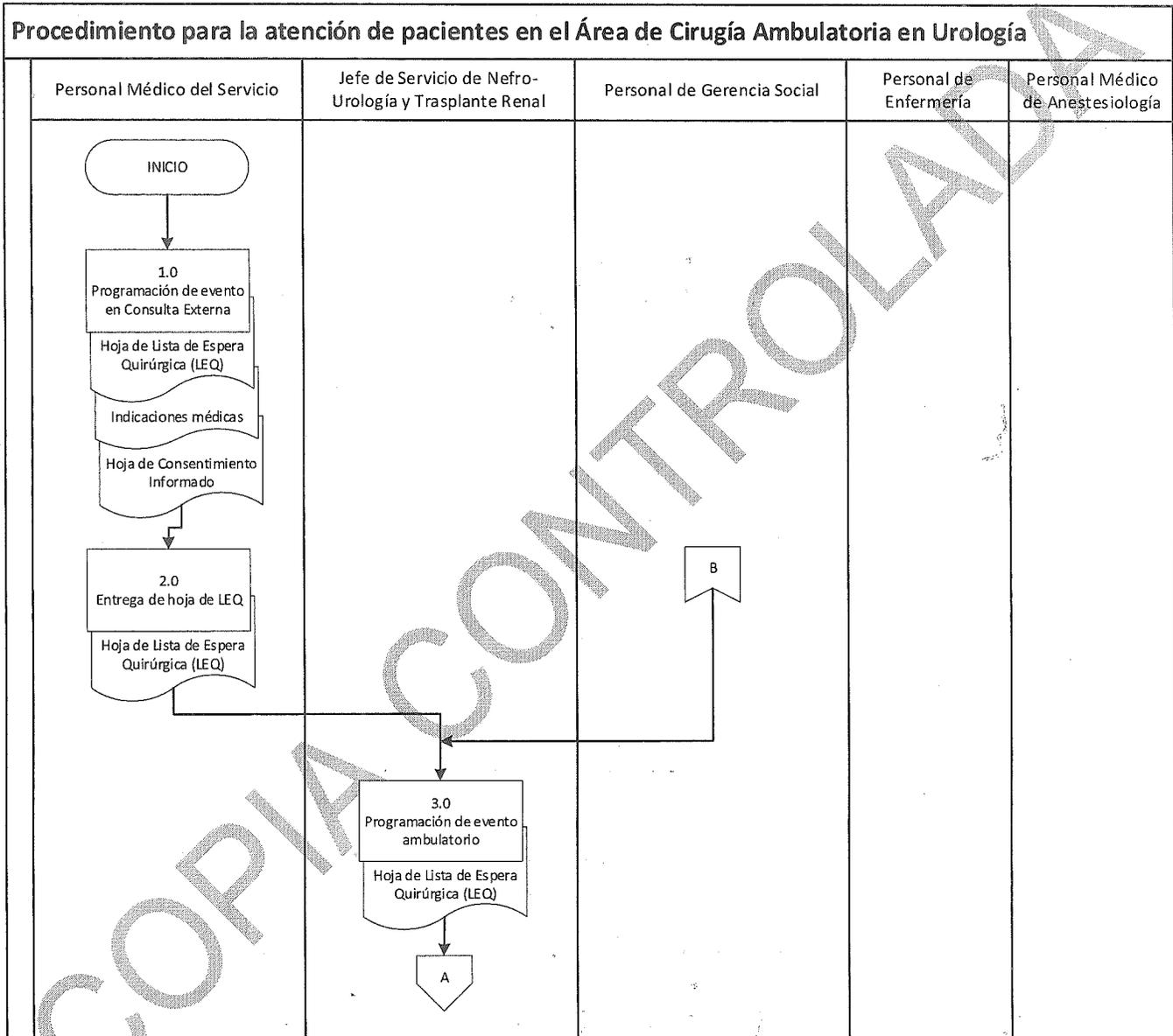
**TERMINA PROCEDIMIENTO**

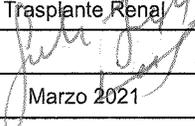
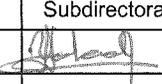
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

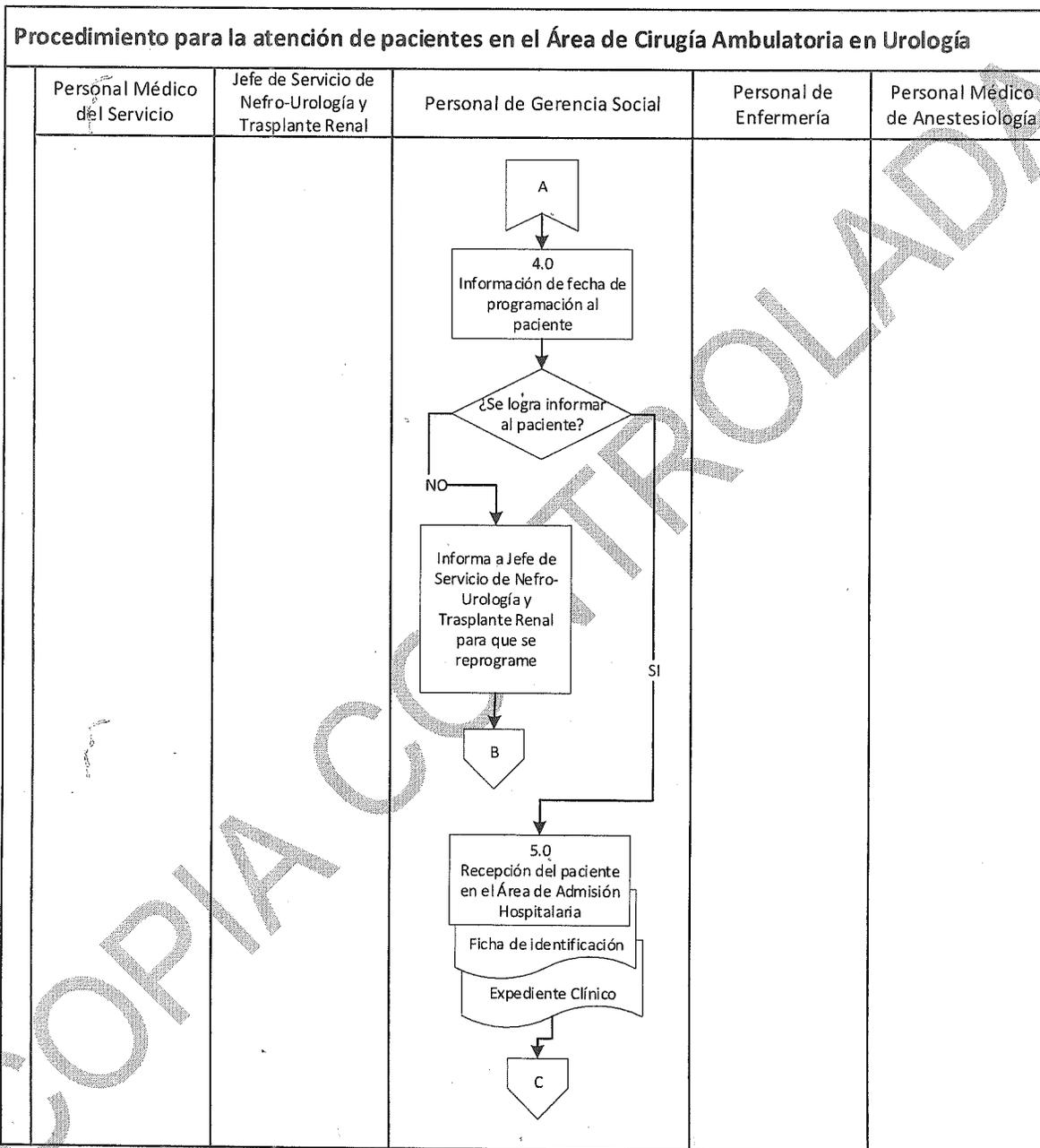
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 10 de 31

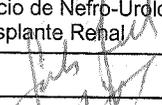
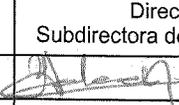
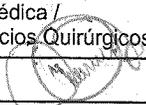
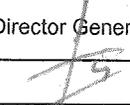
### 5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

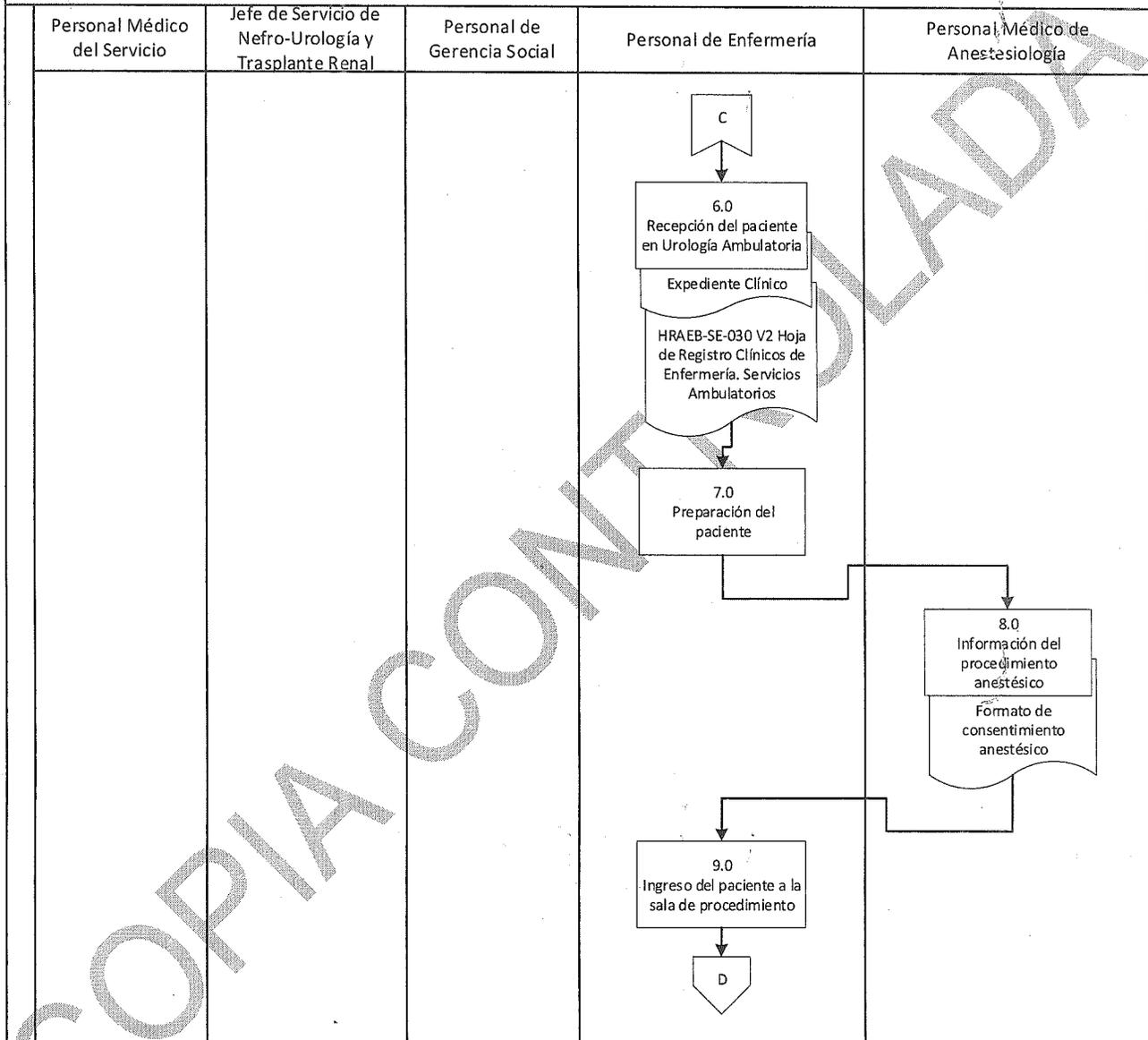
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 11 de 31

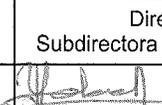
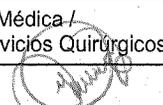
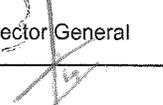


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 12 de 31

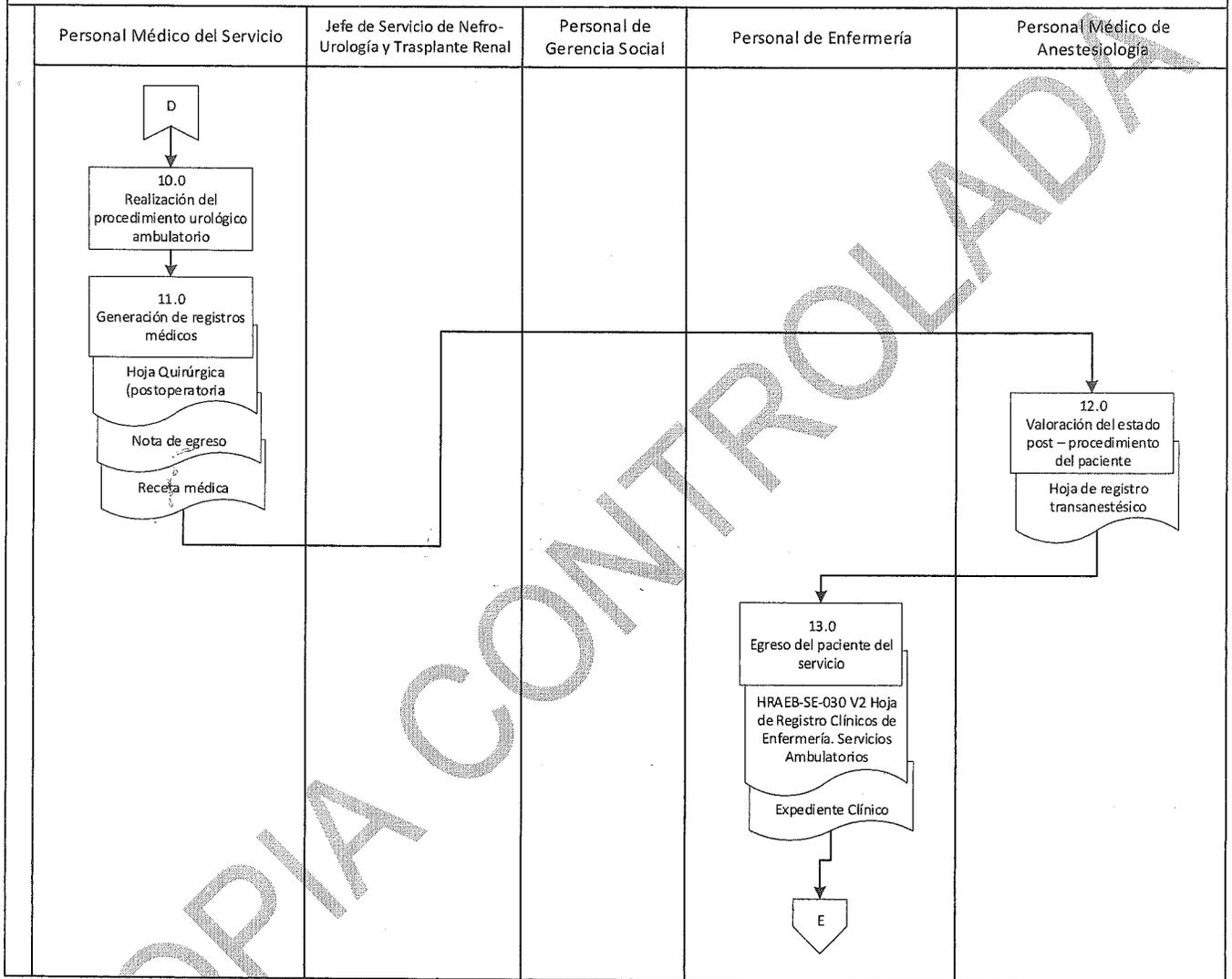
**Procedimiento para la atención de pacientes en el Área de Cirugía Ambulatoria en Urología**



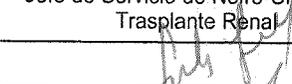
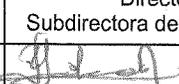
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 13 de 31

**Procedimiento para la atención de pacientes en el Área de Cirugía Ambulatoria en Urología**

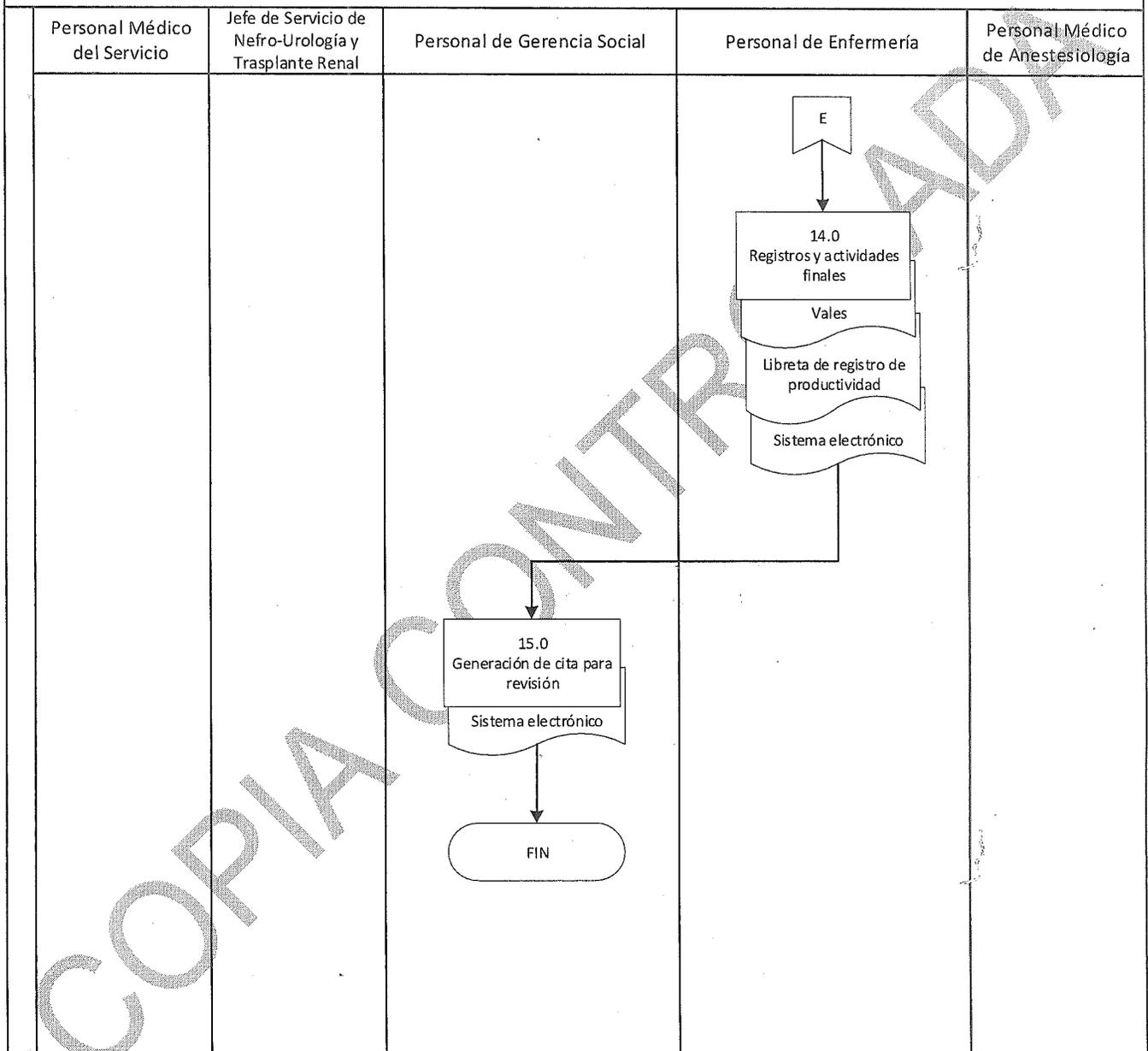


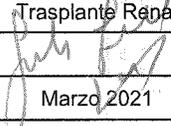
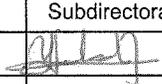
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 14 de 31

### Procedimiento para la atención de pacientes en el Área de Cirugía Ambulatoria en Urología



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 15 de 31

## 6.0 Documentos de referencia

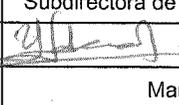
Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manual de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	POP – DDO – PO – 005 – 02
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el D.O.F., el 15 de Octubre del 2012.	No Aplica
NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el D.O.F., el 16 de agosto de 2010.	No Aplica
NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Publicada en el D.O.F., el 23 de marzo de 2013.	No Aplica
NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Publicada en el D.O.F., el 07 de agosto de 2012.	No Aplica
Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, tres indicadores de aplicación hospitalaria. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería (2003). Recuperado el 19 de enero de 2021, de <a href="http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7500.doc">www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7500.doc</a> .	No Aplica
DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Publicada en el D.O.F., el 29 de noviembre de 2019	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	5 años	Área de Archivo Clínico / Subdirección de Tecnologías de Información	No Aplica

## 8.0 Glosario

**8.1 Hoja de LEQ (Lista de Espera Quirúrgica):** Hoja de programación y solicitud de material necesario para el evento quirúrgico que el médico tratante genera para someter el caso en particular al comité de programación quirúrgica y definir su fecha de realización de cirugía.

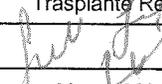
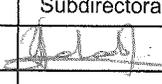
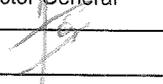
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 16 de 31

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Marzo 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se eliminaron las políticas 3.16, 3.17 y 3.18 las cuales estaban relacionados con gastos para el paciente y con el Seguro Popular.</li> <li>Se eliminó en la política 3.20 la necesidad de dosímetro personal y se sustituyó por portar equipo de protección personal.</li> <li>Se cambió el término Servicio de urología ambulatoria por el de área de urología ambulatoria.</li> <li>Se cambio el nombre de Kewan por el de sistema electrónico</li> <li>Se agregaron el anexo 10.9 (Hoja quirúrgica) y el anexo 10.10 (Hoja de registro transanestésico)</li> </ul>

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 17 de 31

**10.0 Anexos**

**10.1 Indicaciones médicas.**



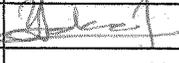




**Órdenes Médicas - No Medicación**

Paciente:	Fecha:
Servicio:	Prescripción:
México:	1992

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE - MILANO - T.X.A. - LEON - GRANADILLA - WWW.HRASALUD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD B A J I O	Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 18 de 31

10.2 Carta de Consentimiento Informado Específico. (Hoja 1 de 2).

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

**CISTOSCOPIA MAS RETIRO DE CATÉTER DOBLE J**

CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, ARTICULO 77 BIS, 3º 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, 6.1A, 10.1.1



Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:	

Acepto que el Dr/Dña. SANCHEZ LOPEZ HECTOR MANUEL quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, su familia, cara y contenido mi procedimiento, informándome que mi diagnóstico presuncional es: **nefrosis**.

Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento: **Cistoscopia más retiro de catéter doble J**.

Entiendo que la cistoscopia más retiro de catéter doble J consiste en revisión endoscópica de la uretra y la vejiga y la extracción del catéter doble J bajo visión directa.

Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste la **cistoscopia más retiro de catéter doble J**, es que 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 retiro del catéter y eliminación de las molestias relacionadas con el catéter**.

Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que la **cistoscopia más retiro de catéter doble J** implica los siguientes riesgos y complicaciones inmediatas o tardías:

**Riesgos más frecuentes:** Síndrome de reabsorción líquida, debido al traspaso leve/leve del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es subyacente. Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles. Perforación uretral con riesgo de sangrado. Infección. Reabsorción de líquidos, todos ellos de consecuencias imprevisibles. Perforación uretral con riesgo de manipulación. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos suaves), pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos del hospital donde se realizará estarán disponibles para intentar solucionarlos.

**Riesgos personales:** (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):

**Riesgos Generales:** Se me ha informado de manera clara que, por encontrarme en un ambiente hospitalario, en donde se reciben diferentes tipos de pacientes, con diversas patologías, diagnósticas y no diagnósticas, y en particular por la actual contingencia pandémica, existe el riesgo de contagio del virus SARS-CoV2 y/o desarrollo de la enfermedad denominada COVID-19, de la cual el tiempo para desarrollar síntomas va desde entre 2 hasta 14 días, siendo así que el contagio pudiera ser antes o después de mi estancia dentro del hospital. Los riesgos y/o consecuencias de contraer dicha infección y/o desarrollar COVID-19 pueden ir desde algo muy leve hasta algo muy grave y agravarse por alguna condición o enfermedad preexistente, que se han asociado a un peor pronóstico al desarrollar COVID-19, algunas de ellas son: hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, alguna enfermedad respiratoria o cardíaca, inmunosupresión y edad avanzada.

Estoy enterado también que el hospital tiene establecidas medidas preventivas y protocolos para reducir en lo posible la probabilidad de ocurrencia de estas condiciones no deseadas, así como métodos y recursos para detectarlas y tratarlas.

Afirmo que el médico me ha explicado que la **cistoscopia más retiro de catéter doble J** es la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen las siguientes opciones: **Ninguna**.

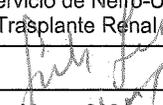
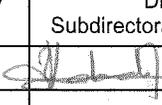
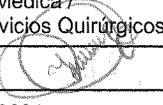
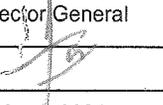
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.

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 prescripcional 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. Al mismo tiempo que se pueden presentar las siguientes molestias durante mi recuperación: Molestias tipo cólico pero oncosal, molestias en la uretra o sacrocaudal (hematuria) entre otras.

Entiendo (a) de todo lo anterior y una vez que me han informado a mi entera satisfacción todo me da el respecto a la **cistoscopia más retiro de catéter doble J** propuesta por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE	SANCHEZ LOPEZ, HECTOR MANUEL 8935603 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
--	---

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA		Hoja: 19 de 31

Hoja de consentimiento informado (Hoja 2 de 2).

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

*"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

14/01/2021 01:41 p.m

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 20 de 31

### 10.3 Solicitud de inclusión en LEQ.




**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO**

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN LEQ**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Expediente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Núm. de afiliación:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** Calle: No. Colonia: C.P. Teléfono: \_\_\_\_\_

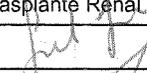
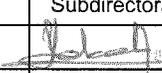
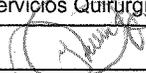
**Institución de procedencia:** \_\_\_\_\_  
**Servicio peticionario:** \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_  
**Intervención:** \_\_\_\_\_  
**Detalle de intervención:** \_\_\_\_\_

**Prioridad clínica:** \_\_\_\_\_ **Tipo de cirugía:** \_\_\_\_\_ **Tipo de anestesia:** \_\_\_\_\_  
**Radiología intraoperatoria:** \_\_\_\_\_ **Biopsia intraoperatoria:** \_\_\_\_\_  
**Pedido de sangre:** \_\_\_\_\_ **Unidades:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_ **Factor RH:** \_\_\_\_\_  
**Listado de materiales:** \_\_\_\_\_

**Confirmación**

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

**Genero Documento:** \_\_\_\_\_  
**Cédula Médico:** \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB – PR – SSSQ – JSNTR – 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 21 de 31

10.4 Hoja de Consentimiento Anestésico. (Hoja 1 de 2)

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD**

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

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO**

CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, ARTICULO 17 BIS, 37 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-054-S5A3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1, A LA LEY 1-A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-056-S5A3-2011 PARA LA PRACTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA.

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

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

Algunas de las complicaciones mayores de acuerdo al procedimiento anestésico que pueden ser, dañan los ojos, oídos, cuerdas vocales, neumonías, inflamación permanente del riñón, como anestésicos, reducción de eventos durante la operación, lesiones en los brazos y piernas, se puede presentar en la función de ligados y después de tener a los medicamentos anestésicos. En todos los casos puede haber daño cardíaco permanente, ataque al corazón, liberación 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.

Declaro que he sido debidamente informado y explicado por el anestesiólogo lo he comprendido de:

1. Todas las enfermedades que he tenido.
2. Todas las enfermedades actuales 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 si he compartido con la verdad.
6. Cumpliré el ayuno indicado en el caso de que mi operación sea programada.

En caso de estar embarazada, entiendo que los anestésicos pueden dañar al feto y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi embarazo e incluso provocar un parto prematuro.

Entiendo la posibilidad de que mi operación se realice o incluso se suspenda por causas propias a la dinámica del quirófano o cambios de fuerza mayor (urgencias).

Después de que he sido explicado con claridad y he entendido los riesgos y posibles complicaciones anestésicas, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y conocimiento.

Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes del inicio de la anestesia que se me ofrece.

En pleno uso de mis facultades, manifiesto, sujeción a los médicos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajas, la administración de los medicamentos y la realización de las maniobras necesarias sobre mi cuerpo para producir y mantener el estado de anestesia, después de que se me ha explicado lo suficiente para entender el evento y ACERTO la realización de uno o más de los procedimientos que se describen a continuación, como lo más adecuado para mi caso.

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

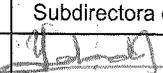
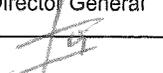
**ANESTESIA REGIONAL:** Es la anestesia de una parte localizada del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios. El cual permite el procedimiento quirúrgico evitando el dolor. Además de eliminar el riesgo de complicaciones y proporcionar alivio del dolor adicional.

**ANESTESIA LOCAL:** Anestesia de cualquier parte de la piel, ojos, oídos, garganta u otra parte del cuerpo con inyección intravascular y la administración adicional de esteroides.

Dado que el consentimiento de administración de anestésicos conlleva efectos secundarios ocasionales tales como: náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de articulaciones, prurito, eritema y picazón de alguna parte del cuerpo, náuseas, dolor de garganta, dolor de los músculos del cuerpo o hinchazón de las piernas. También, cualquier complicación denominada como de mínimo a moderado puede tener colapso arterial con graves o mortales resultados.

Algunos síntomas de que se informó de manera clara que, así, encontrarme en un ambiente hospitalario, en donde se reciben pacientes con los síntomas con distintos patrones, diagnósticos y no diagnósticos, y en particular por la actual contingencia sanitaria, ante el riesgo de transmisión del virus SARS-CoV2 y/o desarrollo de la enfermedad denominada COVID-19, de la cual el tiempo para desarrollar síntomas varía entre 5 hasta 14 días, siendo así que el contagio pudiera ser antes o después de mi estancia dentro del hospital, las medidas y/o precauciones de control dicha infección y/o desarrollar COVID-19 pueden y desde algo más leve hasta algo

13/01/2021 02:35 p.m.

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 22 de 31

Hoja de Consentimiento Anestésico. (Hoja 2 de 2).

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

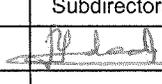
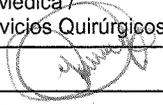
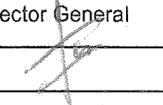
Muy grave y a menudo por alguna condición o enfermedad preexistente, que se han asociado a un peor pronóstico al desarrollar COVID-19 algunas de ellas son: hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, alguna enfermedad respiratoria o cardíaca, inmunosupresión y edad avanzada.

Estoy enterado/enterada que el hospital tiene algunas medidas preventivas y cuidados para reducir en la medida de la probabilidad de ocurrencia de estos coronavirus no documentados, así como métodos y recursos para identificarlos y tratarlos.

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

Género Documentar: \_\_\_\_\_  
 Cédula Médica: \_\_\_\_\_

13/01/2021 02:18 p

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

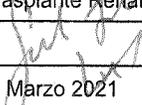
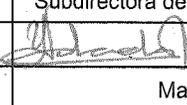
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB – PR – SSG – JSNTR – 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 23 de 31

10.5 HRAE – SE – 033 V2 Solicitud de Material de Consumo en urodinamia.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO														
Solicitud de Material de Consumo urodinamia														
Nombre del usuario: _____											Fecha: _____			
Procedimiento: _____											Solicitud: (Sol) <input type="checkbox"/>			
Servicio: _____											Devolución: (Dev) <input type="checkbox"/>			
											Expediente No.: _____			
Código	Descripción	Sol	Sort	Devol	Código	Descripción	Sol	Sort	Devol	Código	Descripción	Sol	Sort	Devol
1043	Agujas 18 X 38				1381	Guante no Esteril Med				251	Sutura sede 2/0 c/a Ahusada			
17	Agujas 20 X 32				190	Guante esteril Med				247	Sutura Nylon 3/0 c/a Rev cortante			
3915	Agujas 21 X 32				184	Guante Qx 6 1/2				391	Sutura prolene 2/0 c/a Ahusada			
684	Agujas 22 X 32				185	Guante Qx 7					Tubo radiotraqueal No. FR			
19	Agujas 25 X 32				186	Guante Qx 7 1/2								
31	Aposito transparente 10 X 12				187	Guante Qx 8								
382	Aposito transparente 4 X 4				201	Hoja de Bisturi No. 11					ESPECÍFICO			
322	Aposito transparente 8 X 8 7 Ped				203	Hoja de Bisturi No. 35				1581	Asa			
318	Aposito transparente 7 X 8 5 Indeter				220	Jeringa 1 cc para insulina				221	Aguja Magnum Morada 16"			
	Bolsa p/Asp secreciones cc				215	Jeringa 10 cc				637	Bolsa de glicina			
43	Bolsa recolectora de orina 2000 cc				638	Jeringa 3 cc				76	Cateter JJ 6x24 sin gula			
	Canal craniarraigado guedel				211	Jeringa 3 cc				703	Cateter para nefrostomia			
708	Cateter p/suministro de O2 adulto				221	Jeringa 5 cc				1347	Circuito de anestesia adulto			
2882/326	Cateter p/suministro de O2 ped				517/514	Llave de 3 vias con extensión				1346	Circuito de anestesia ped.			
125	Cateter p/venoclisis 14 GA				3905	Llave de 3 vias sin extensión				2075	Cuchillas			
126	Cateter p/venoclisis 16 GA				403	Mascarilla c/Reservorio Ped				2696	Eq en Y			
128	Cateter p/venoclisis 18 GA				401	Mascarilla c/Reservorio Adult				719	Equipo de cateter JJ 6 Fr x 0.70			
129	Cateter p/venoclisis 20 GA				1347	Maq Circuito de Anestesia Adult				3256	Fijación para sonda Foley			
130	Cateter p/venoclisis 22 GA				1346	Maq Circuito de Anestesia Ped				637	Glicina bolsa			
65	Cateter p/venoclisis 24 GA				0 009	Montaja chica				1126	Mariposa			
1063/1525	Electrodo Adult				0 005	Mortaja grande				2112	Medio de contraste ultra vel 100 ml			
832	Electrodo Ped				995	Pañal adulta				1421	Placa para electrocauterio			
208	Eq. Microgotero				785	Pañal pediátrico					Sonda Foley fr			
209	Eq. Normogotero				235	Rastrillo desechable				144	Sonda Foley 18 fr			
169	Eq. para Bomba				475	Sonda p/Asp de secreciones 14 FR				1767	Tapon sellador p/ cistoscopio no esteril			
170	Eq. c/Bureta 100 ml				111	Sonda p/Asp de secreciones 10 FR				1184	Tapon sellador p/ cistoscopio transparente			
171	Eq. c/Bureta 100 ml para Bomba									1183	Tapon sellador p/ ureteroscopio ped			
3904	Transductor de urodinamia													
3534	SV de Infusión para urodinamia													
3533	Manguera de conector urodinamia													
3451	Cateter abdominal urodinamia													
3452	Cateter doble lumen urodinamia													
3453	Electrodo urodinamia													

Nota: Especifique con una N cuando el material utilizado es Nuevo o con una R cuando el material sea Reesterilizado.  
Anexar empaque o etiquetado del producto de alto costo nuevo que utilice.

HRAE-SE-033.3.1

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 24 de 31

10.6 Nota de Egreso.




HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO  
**NOTA DE EGRESO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Afiliación: \_\_\_\_\_ Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento - Edad: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Intervención: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_\_ Días de Estancia: \_\_\_\_\_

Diagnósticos Ingreso: \_\_\_\_\_

Diagnósticos Finales: \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIP: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

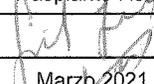
Atención de Factores de Riesgo: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

En Caso de Defunción Diagnóstico Acorde al Certificado: \_\_\_\_\_

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

Cédula Médica: \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJIO</small>	Código: <b>HRAEB - PR - SSQ - JSNTR - 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 25 de 31

10.7 Receta Médica.




HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO  
**RECETA DIGITAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Número de afiliación: \_\_\_\_\_ Vigencia de póliza: \_\_\_\_\_

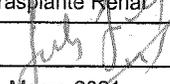
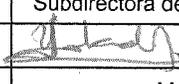
**Diagnósticos:** \_\_\_\_\_

**Prescripción:** \_\_\_\_\_

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

**Médico:** \_\_\_\_\_  
**Cédula Médica:** \_\_\_\_\_

Bvda. 100000 150 Col. San Carlos de Roricha, León, Guanajuato, CP. 37160

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

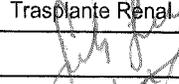
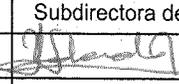
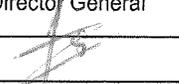


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB - PR - SSQ - JSNTR - 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 27 de 31

HRAE-SE-030 V2 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Servicios Ambulatorios. Hoja 2 de 2.

MATERIAL DE ALTO COSTO UTILIZADO			
PLAN DE CUIDADOS		MUESTRA PATOLÓGICA	
Valoración	Hora		
		-Se etiquetó la muestra correctamente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		-Se envió a: Patología <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Imagenología <input type="checkbox"/>	
		NOTAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA / OBSERVACIONES	Hora
Diagnósticos de Enfermería			
	Hora		
1) Ansiedad / Temor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2) Dolor agudo:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3) Riesgo de caídas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4) Riesgo de infección:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5) Riesgo de evento adverso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN AL USUARIO	
Intervenciones / Actividades			
	Hora	Firma de usuario/paciente informado:	
		EGRESO DEL USUARIO	
		- El equipo ha detectado problema específico durante la intervención: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		- Se ha registrado el procedimiento y la información necesaria del paciente para la continuidad de los cuidados. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		- El paciente recibe por escrito: Procedimiento realizado, Instrucciones de Autocuidado, Fecha, Hora y Lugar de próxima cita, Signos de Alarma. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		- Existieron Eventos Adversos? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Resultados esperados:			
	Hora / Alcance		
1) Mejora del nivel de Ansiedad			
2) Mejora del nivel de Dolor		EQUIPO DE SALUD EN EL PROCEDIMIENTO	
3) Prevención de la Caída		Realiza el procedimiento:	
4) Prevención de infección		Acreditado(a):	
5) Prevención de eventos adversos		Enfermera(o):	
		Enfermera(o):	

HRAE-SE-030 REV V2

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 28 de 31

10.9 Hoja Quirúrgica. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD




**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO**

**HOJA QUIRÚRGICA.**

Nombre del paciente:	Número de expediente:	Fecha de intervención:
Sexo:	Edad:	Fecha de la solicitud:

Servido:

Diagnóstico preoperatorio:	Operación planeada:
Diagnóstico posoperatorio:	Procedimiento(s):

Temperatura:

Presión Sistólica:

Presión Diastólica:

Pulso:

Frec. Respiratoria:

Peso:

Talla:

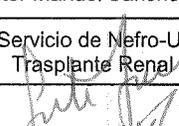
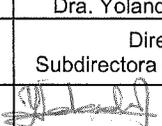
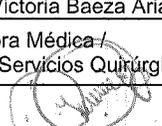
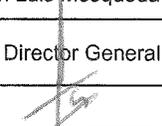
Descripción de la técnica:

Hallazgos transoperatorios:

Reporte de Gasas y Compresas:

Incidentes y Accidentes:

Cuantificación de Sangrado:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – SSQ – JSNTR – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 29 de 31

Hoja quirúrgica. Hoja 2 de 2.

**Resultados de Estudios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento Transoperatorios:**

**Personal:**

Cirujano Principal:

Cirujano Ayudante:

Anestesiólogo:

Instrumentista:

Circulante:

**Estado Posquirúrgico Inmediato:**

**Plan de Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:**

**Pronóstico:**

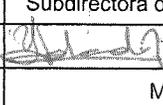
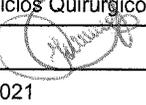
**Envío de Piezas para Histopatología:**

**Otros Hallazgos de Importancia:**

**Guías de Práctica Clínica:**

**Nombre y firma del responsable de la cirugía:**

25/01/2023 01:07 p.m.

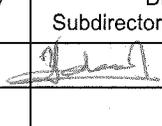
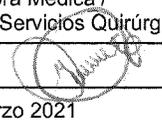
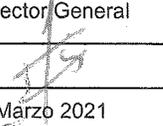
<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB - PR - SSQ - JSNTR - 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN UROLOGÍA</b>		Hoja: 30 de 31

10.10 Hoja de registro transanestésico. Hoja 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO		SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA REGISTRO TRANSANESTÉSICO				SERVICIO QUIRÚRGICO			FECHA											
Nombre		Registro	Sexo	Edad	Peso	Talla	Sala	Cama												
Diagnóstico preoperatorio		Diagnóstico preoperatorio	PA	FC	FR	Temp	SpO2	ASA												
Código Programada		Código programada	Hb	Hto	Tp	TdT	Gpc	RH												
Agencias		<b>DOSIS Y HORA</b>							TOTAL o FINAL											
Origen																				
MACo ( )																				
Fármacos de la A - H																				
SpO2																				
ETCO2 mmHg																				
TGF % BIS																				
Ingreso Paciente 1	°C	240																		
		41																		
Inicia Anestesia 2		40																		
		38																		
Inicia Cirugía 3		38																		
		37																		
Termina Cirugía 4		36																		
		35																		
Termina Anestesia 5		34																		
		33																		
Salida Paciente 6		32																		
		31																		
Inicia Isquemia		100																		
		90																		
Termina Isquemia		80																		
		70																		
Presión Arterial X		60																		
		50																		
Frec Cardiaca +		40																		
		30																		
Frec Respiratoria		20																		
		10																		
Tiempo del 1 al 6																				
Posición del paciente																				
VENTILACIÓN E A C M																				
Fármacos		Ventilación		Cirugía Realizada			Cirujano-Ayudante													
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	VC	FR	PP	PLT	PEEP	P.E	PiO2	Técnica Anestésica		Instrumentista-cirulante	
																		Tiempo Ax	Tiempo OX	Tiempo Isq
																		PASA A		Nombre y firma del anestesiólogo
																		UCPA	UCI	PISO

COPY

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021

Hoja de registro transanestésico. Hoja 2 de 2

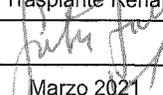
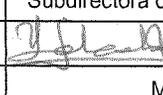
Balance de líquidos						TIPO DE ANESTESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Egresos	1	2	3	4	5	Total	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Inducción</td><td>GENERAL</td><td>IV</td><td>INH</td><td>BALANCEADA</td><td>MIXTA</td> </tr> <tr> <td>Mascarilla facial</td><td colspan="4"></td><td>Inhalatoria</td><td></td> </tr> <tr> <td>Canula</td><td>Faríngea</td><td>Nasal</td><td>LMA</td><td> Tipo</td><td> Num.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de tubo</td><td>Murphy</td><td>Armado</td><td>Otro</td><td> D.I.</td><td>Oral</td><td>Nasal</td> </tr> <tr> <td>Aire en globo (ml)</td><td colspan="2">Laringoscopia</td><td>Directo</td><td>Indirecto</td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Hoja Num.</td><td> Tipo</td><td colspan="4">No. De intentos intubación</td> </tr> <tr> <td>Fibrotoroscopia</td><td colspan="5">Comack</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>Otra técnica de intubación</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Traqueostomía</td><td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>REGIONAL</td><td>Neuroaxial</td><td>BSA</td><td>BPD</td><td>Caudal</td><td>Mixto</td><td>Nivel</td> <td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Via Media</td><td>Via Lateral</td><td colspan="2">Num de intentos</td><td colspan="3">Latencia</td> <td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Tipo y calibre de aguja</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Fármaco 1</td><td colspan="2">Dosis</td><td colspan="3">Volumen</td> </tr> <tr> <td>Fármaco 2</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Fármaco 2</td><td colspan="2">Dosis</td><td colspan="3">Volumen</td> </tr> <tr> <td>Fácil</td><td>Difícil</td><td>Cateter</td><td>SI</td><td>No</td><td>Salida de LCR</td><td>SI</td><td>No</td> <td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Bromasa</td><td>100%</td><td>66%</td><td>33%</td><td>0%</td><td colspan="2">Parche hormonal</td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Plexo Braquial</td><td>Via</td><td colspan="4">Plexo Lumbar</td><td colspan="6"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nervio (s) Periferico(s)</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Long de aguja (cm)</td><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Técnica (s)</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Num. de intentos</td><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Neuroestimulador</td><td>SI</td><td>No</td><td>Corriente Inicial</td><td colspan="3">Final</td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Tipo de Respuesta</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Intensidad de Respuesta</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td colspan="2">Latencia</td> </tr> <tr> <td>Fármaco 1</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Fármaco 1</td><td colspan="2">Dosis</td><td colspan="3">Volumen</td> </tr> <tr> <td>Fármaco 2</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">Fármaco 2</td><td colspan="2">Dosis</td><td colspan="3">Volumen</td> </tr> <tr> <td>Calificación de bloqueo</td><td colspan="2">Insuficiente</td><td colspan="2">Suficiente</td><td>Fácil</td><td>Difícil</td><td colspan="5"></td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="14">Complicaciones/Observaciones de la técnica</td> </tr> </table>												Inducción	GENERAL	IV	INH	BALANCEADA	MIXTA	Mascarilla facial					Inhalatoria		Canula	Faríngea	Nasal	LMA	Tipo	Num.	Tipo de tubo	Murphy	Armado	Otro	D.I.	Oral	Nasal	Aire en globo (ml)	Laringoscopia		Directo	Indirecto			Hoja Num.	Tipo	No. De intentos intubación				Fibrotoroscopia	Comack					1	2	3	4	Otra técnica de intubación						Traqueostomía						REGIONAL	Neuroaxial	BSA	BPD	Caudal	Mixto	Nivel								Via Media	Via Lateral	Num de intentos		Latencia										Tipo y calibre de aguja						Fármaco 1		Dosis		Volumen			Fármaco 2						Fármaco 2		Dosis		Volumen			Fácil	Difícil	Cateter	SI	No	Salida de LCR	SI	No								Bromasa	100%	66%	33%	0%	Parche hormonal									Plexo Braquial	Via	Plexo Lumbar												Nervio (s) Periferico(s)						Long de aguja (cm)								Técnica (s)						Num. de intentos								Neuroestimulador	SI	No	Corriente Inicial	Final										Tipo de Respuesta						Intensidad de Respuesta		0	1	2	3	Latencia		Fármaco 1						Fármaco 1		Dosis		Volumen			Fármaco 2						Fármaco 2		Dosis		Volumen			Calificación de bloqueo	Insuficiente		Suficiente		Fácil	Difícil								Complicaciones/Observaciones de la técnica													
Inducción	GENERAL	IV	INH	BALANCEADA	MIXTA																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Mascarilla facial					Inhalatoria																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Canula	Faríngea	Nasal	LMA	Tipo	Num.																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tipo de tubo	Murphy	Armado	Otro	D.I.	Oral	Nasal																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Aire en globo (ml)	Laringoscopia		Directo	Indirecto																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Hoja Num.	Tipo	No. De intentos intubación																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Fibrotoroscopia	Comack					1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Otra técnica de intubación						Traqueostomía																																																																																																																																																																																																																																																																																								
REGIONAL	Neuroaxial	BSA	BPD	Caudal	Mixto	Nivel																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Via Media	Via Lateral	Num de intentos		Latencia																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Tipo y calibre de aguja						Fármaco 1		Dosis		Volumen																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Fármaco 2						Fármaco 2		Dosis		Volumen																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Fácil	Difícil	Cateter	SI	No	Salida de LCR	SI	No																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Bromasa	100%	66%	33%	0%	Parche hormonal																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Plexo Braquial	Via	Plexo Lumbar																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Nervio (s) Periferico(s)						Long de aguja (cm)																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Técnica (s)						Num. de intentos																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Neuroestimulador	SI	No	Corriente Inicial	Final																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Tipo de Respuesta						Intensidad de Respuesta		0	1	2	3	Latencia																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Fármaco 1						Fármaco 1		Dosis		Volumen																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Fármaco 2						Fármaco 2		Dosis		Volumen																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Calificación de bloqueo	Insuficiente		Suficiente		Fácil	Difícil																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Complicaciones/Observaciones de la técnica																																																																																																																																																																																																																																																																																														

Balance de líquidos						
Egresos	1	2	3	4	5	Total
Metabolitos						
Ayuno						
TDx						
Cirujía						
Sangrado						
Ureña						
Egresos						
Ingresos	1	2	3	4	5	

Valoración de la recuperación anestésica					
Parámetros	Al Sarx	0'	30'	60'	120'
Actividad	Frec				
Ventilación	Puntaje				
Circulación	TA				
Conciencia	Puntaje				
Coloración					
Puntuación total					

Nota de alta de recuperación

Nombre y firma del médico que otorga el alta

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Marzo 2021	Marzo 2021	Marzo 2021