
Al margen Escudo del Estado de México y un logotipo que dice: Estado de México ¡El poder de servir! y una leyenda que dice: issemym.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

FEBRERO DE 2024

© Derechos reservados.

Tercera edición, febrero de 2024.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Finanzas.
Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios.
Av. Miguel Hidalgo Pte. No.600.
Col. La Merced. Toluca,
Estado de México C.P. 50080.

Impreso y hecho en Toluca, México.
La reproducción total o parcial de este documento
podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS	Edición:	Primera
	Fecha:	Febrero de 2024
	Código:	207C0401410000L
	Página:	

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	II
OBJETIVO GENERAL.....	III
IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS.....	IV
RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....	V
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	VI
ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.....	207C0401410000L / 01
SIMBOLOGÍA.....	VII
REGISTRO DE EDICIONES.....	IX
DISTRIBUCIÓN.....	X
VALIDACIÓN.....	XI
CRÉDITOS.....	XII

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración Pública del Estado de México impulsa acciones y resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. La ciudadanía es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de Sistemas de Gestión de Calidad.

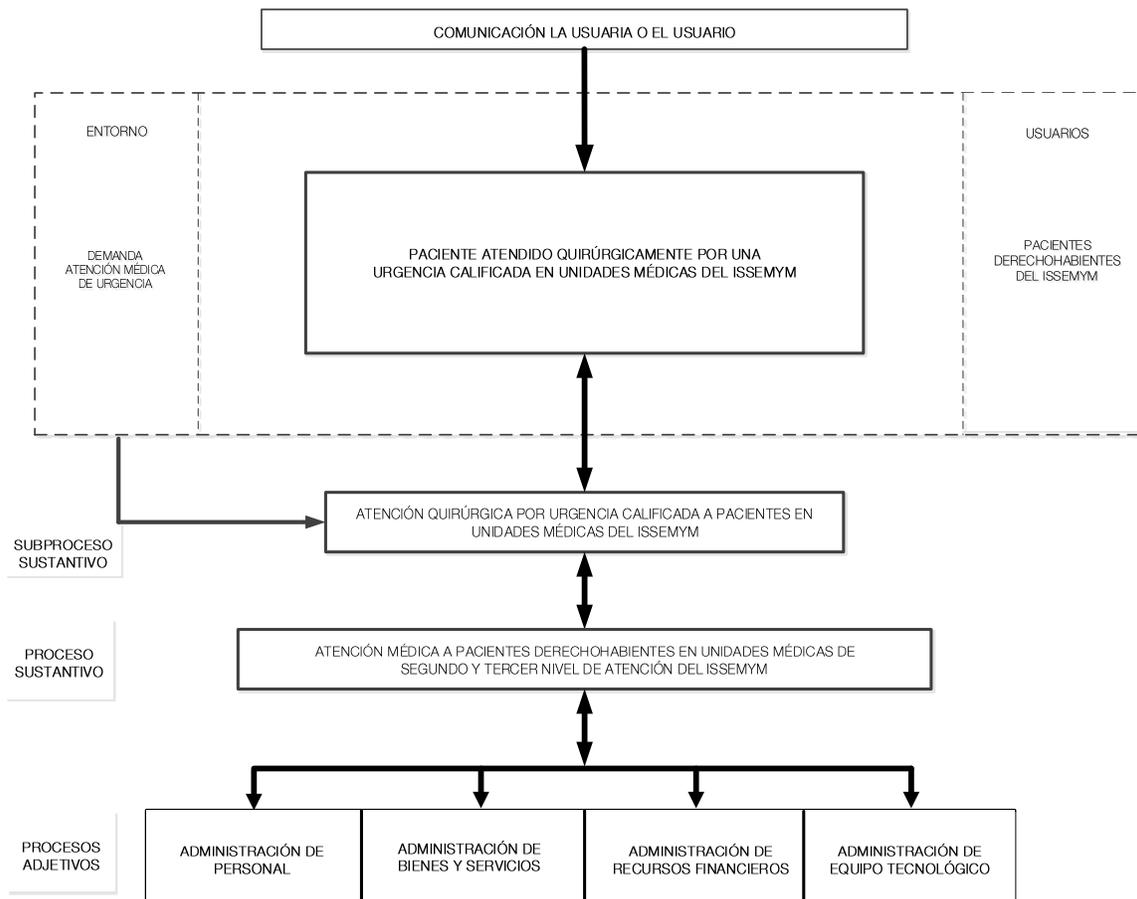
El presente procedimiento administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Coordinación de Servicios de Salud, en materia de atención quirúrgica por urgencia calificada en las unidades médicas del ISSEMYM. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen son algunos de los aspectos que delimitan la gestión administrativa de esta unidad administrativa del Instituto.

Este documento contribuye con la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

OBJETIVO GENERAL

Incrementar la calidad y eficiencia de la atención quirúrgica por urgencia calificada en las unidades médicas que dirige la Coordinación de Servicios de Salud del ISSEMYM, mediante la formalización y estandarización de los métodos de trabajo y el establecimiento de políticas que regulen, orienten y delimiten las actividades de las personas servidoras públicas que las ejecuten.

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS



RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO SUSTANTIVO:

Atención médica a pacientes derechohabientes en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención del ISSEMYM: Del requerimiento de una cirugía a la intervención quirúrgica por urgencia calificada.

Procedimiento:

- Atención Quirúrgica por Urgencia Calificada a Pacientes en Unidades Médicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS	Edición:	Primera
	Fecha:	Febrero de 2024
	Código:	207C0401410000L
	Página:	

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.

OBJETIVO:

Salvaguardar la vida y/o la función de un órgano o alguna parte del cuerpo de la o del paciente, derivada de una enfermedad o lesión por accidente, mediante la atención quirúrgica por urgencia calificada en unidades médicas del ISSEMYM.

ALCANCE:

Aplica al personal médico y de enfermería de las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, encargado de la atención médico-quirúrgica por urgencia calificada a pacientes del ISSEMYM, así como a la o al paciente y/o acompañante que autoriza la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS:

- Ley General de Salud. Título Primero Disposiciones Generales, Capítulo único, Artículo 2, fracción I, II, V. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Diario Oficial de la Federación, 16 de junio de 2023.
- Reglamento de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Artículo 2, apartado VIII, XVIII, XXVII; Artículos 14, 24, 25, 76, 88, 94 y 136. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 24 de junio 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Diario Oficial de la Federación, 23 de marzo de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 8 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Diario Oficial de la Federación, 4 de septiembre de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Diario Oficial de la Federación, 26 de octubre de 2012.
- Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Consejo de Salubridad General, Edición 2017.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 27 de mayo de 2021.

RESPONSABILIDADES:

Las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención del ISSEMYM, dependientes de la Coordinación de Servicios de Salud son responsables de la atención médico-quirúrgica de pacientes, que, por su patología o lesión, requieren de una intervención quirúrgica por urgencia calificada.

El personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización deberá:

- Valorar el estado de salud de la o del paciente y establecer o actualizar diagnóstico.
- Registrar en la "Nota de Evolución" los datos observados, así como la necesidad de la valoración por el Servicio Quirúrgico correspondiente.
- Requisar y firmar el formato "Solicitud de Interconsulta" en original y copia.
- Entregar la "Solicitud de Interconsulta" al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente y presentar el caso de la o del paciente.
- Integrar copia del formato "Solicitud de Interconsulta" con firma del personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico en el Expediente Clínico de la o del paciente.
- Continuar con la atención médica de la o del paciente, en caso de que no requiera la atención quirúrgica por urgencia calificada o de su negativa al procedimiento quirúrgico por urgencia calificada.
- Continuar con la vigilancia médica de la o del paciente, en caso de su consentimiento al procedimiento quirúrgico por urgencia calificada, hasta el momento de su traslado al área de quirófono.
- Realizar el acompañamiento al área de quirófanos en caso de que la o el paciente se encuentre clínicamente inestable o con manejo avanzado de la vía aérea.

El personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente deberá:

- Atender la solicitud de interconsulta del personal Médico del Servicio Tratante y acudir al servicio donde se encuentra la o el paciente.
- Valorar el estado de salud de la o del paciente, establecer el diagnóstico y determinar el requerimiento de una cirugía por urgencia calificada.
- Registrar en la Nota de Interconsulta del Expediente Clínico la interconsulta realizada a la o al paciente e informar al personal Médico del Servicio Tratante, en caso de requerir o no, la atención quirúrgica por urgencia.
- Entregar al personal responsable de la Coordinación Quirúrgica el original del formato "Solicitud de Interconsulta".
- Informar a la o al paciente y/o acompañante sobre la necesidad de la atención quirúrgica por urgencia y explicar los posibles riesgos, beneficios, alternativas e importancia del procedimiento quirúrgico.

- Solicitar a la o al paciente y/o acompañante la aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico por urgencia.
- Registrar en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la o del paciente la negativa de la atención quirúrgica por urgencia, de ser el caso y firmar esta.
- Solicitar a la o al paciente y/o acompañante registrar en la “Nota de Evolución” su negativa al procedimiento quirúrgico y aceptación de la responsabilidad, incluyendo nombre completo, firma, fecha y hora.
- Elaborar el formato “Carta de Consentimiento Informado”, firmar y obtener firma autógrafa o huella dactilar de la o del paciente y/o acompañante y de dos testigos e integrarla en el Expediente Clínico.
- Elaborar y firmar la “Nota Preoperatoria” e integrarla al Expediente Clínico.
- Elaborar y firmar la Nota de Indicaciones Médicas Preoperatorias de la o del paciente y entregarla al personal de Enfermería del Servicio Tratante.
- Requisar el formato “Solicitud de Sala Quirúrgica”, entregarlo y presentar el caso a la jefa, jefe o responsable de Anestesiología para asignación de sala quirúrgica y valoración preanestésica.
- Informar a la o al paciente que no se cuenta con sala quirúrgica disponible y de la necesidad de referirlo a otra unidad médica con mayor capacidad resolutive para la atención quirúrgica por urgencia.
- Realizar la referencia a otra unidad médica e informar a la o al paciente y/o acompañante, en caso de que no se cuente con disponibilidad de sala quirúrgica.
- Registrar en el formato “Nota de Evolución” la decisión de la o del paciente y/o acompañante de la no aceptación de la referencia a una unidad con mayor capacidad resolutive y su decisión de esperar que se disponga de sala quirúrgica.
- Realizar la labor de concientización y sensibilización a la o al paciente y/o acompañante sobre el procedimiento quirúrgico planeado y sobre la importancia del procedimiento anestésico.
- Registrar en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico la negativa de la o del paciente y/o acompañante a la realización del procedimiento quirúrgico y el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia.
- Informar a la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología y al personal Médico del Servicio Tratante sobre la negativa de la o del paciente y/o acompañante a la realización del procedimiento quirúrgico y el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia calificada.
- Informar al personal Médico de Anestesiología la aceptación de la o del paciente y/o acompañante del procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia.
- Acudir a la sala quirúrgica y permanecer a la espera del ingreso de la o del paciente a la sala.
- Elaborar al terminar el procedimiento quirúrgico la “Nota Postquirúrgica” con el resumen de la cirugía de urgencia realizada e integrarla al Expediente Clínico de la o el paciente.
- Informar al acompañante de la o del paciente sobre el procedimiento realizado y el pronóstico esperado.

La jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología deberá:

- Revisar la “Solicitud de Sala Quirúrgica”, analizar el caso médico y las condiciones clínicas de la o del paciente juntamente con el personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente y determinar si es una cirugía por urgencia calificada absoluta o por urgencia calificada relativa.
- Revisar la programación quirúrgica del turno y diferir o suspender la cirugía que se encuentre programada, en caso de una cirugía por urgencia calificada absoluta para la intervención inmediata e informar al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente la sala quirúrgica asignada y la hora para el ingreso de la o del paciente.
- Entregar el primer y segundo original del formato “Solicitud de Sala Quirúrgica”, a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano y al personal Médico de Anestesiología asignado a la sala quirúrgica respectivamente.
- Revisar, en caso de una cirugía por urgencia calificada relativa, la programación quirúrgica y determinar la disponibilidad de quirófanos durante el día.
- Informar cuando no se cuente con disponibilidad de sala quirúrgica al personal Médico Cirujano e indicarle que se le informará en cuanto se pueda disponer de una sala.
- Informar a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano la decisión de la o del paciente a ser referida o referido a otra unidad médica con mayor capacidad resolutive.
- Asignar sala quirúrgica e Informar al personal Médico Cirujano la sala quirúrgica asignada y la hora para el ingreso de la o del paciente, escribir en la “Solicitud de Sala Quirúrgica” su nombre completo, cédula profesional y asentar firma de visto bueno, así como anotar la fecha y hora de la recepción de la solicitud y entregar el primer y segundo original de la solicitud a la Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano y al personal Médico de Anestesiología asignado a la sala quirúrgica respectivamente.
- Informar, en caso de la negativa de la o del paciente a las alternativas anestésicas, la cancelación de la cirugía a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano.

El personal Médico de Anestesiología deberá:

- Realizar la valoración preanestésica a la o al paciente y determinar el procedimiento anestésico a realizar.
- Requisar el formato de “Valoración Anestésica Preoperatoria”.
- Registrar en la “Nota de Evolución”, en su caso, la negativa de la o del paciente y/o acompañante al procedimiento anestésico, adjuntar el formato de “Valoración Anestésica Preoperatoria” e integrarlos al Expediente Clínico.
- Informar verbalmente al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente la negativa de la o del paciente a las alternativas anestésicas para la cirugía por urgencia y entregarle el formato de “Solicitud de Sala Quirúrgica”.
- Elaborar el formato de “Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia” firmar y recabar firma autógrafa o huella dactilar de la o del paciente o acompañante y de dos testigos e integrarla al Expediente Clínico.

- Informar de manera verbal al personal de Enfermería de Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante) el traslado de la o del paciente al Área de Quirófanos.
- Registrar en la nota postanestésica del Expediente Clínico el ingreso de la o del paciente al Área de Recuperación.
- Generar el alta de la o del paciente del Área de Recuperación cuando cumpla con los críticos clínicos para esta e informar al personal de Enfermería del Área de Recuperación.

La jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano deberá:

- Verificar que la "Solicitud de Sala Quirúrgica" cuente con la rúbrica de la jefa, jefe o responsable de Anestesiología y registrarla en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencias".
- Registrar en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencia", en caso de que no se lleve a cabo la cirugía y resguardar en el área el formato de "Solicitud de Sala Quirúrgica".
- Registrar en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencias" la cancelación de la cirugía de urgencia e informar al personal de Enfermería de Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante) de la cancelación.

El personal de Enfermería del Servicio Tratante deberá:

- Verificar la identidad de la o del paciente de manera verbal y visualmente (pulsera de identificación), brindar cuidados y preparar a la o al paciente conforme a las indicaciones preoperatorias del personal Médico Cirujano.
- Registrar lo realizado en el formato "Hoja de Enfermería-Hospitalización".
- Solicitar por llamada telefónica o voceo apoyo para el traslado de la o del paciente al personal del equipo de Apoyo del traslado.
- Verificar que el Expediente Clínico este completo.
- Entregar a la o al paciente junto con el Expediente Clínico al personal del Equipo de Quirófano.

El personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante) deberá:

- Revisar el formato de "Solicitud de Sala Quirúrgica" y verificar la disponibilidad del material de alta especialidad con el personal de la Central de Esterilización y Equipos, para el procedimiento quirúrgico por urgencia calificada. (Enfermera Instrumentista)
- Requisar y entregar la "Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa" en la C E y E.
- Equipar la sala quirúrgica con los materiales de curación, quirúrgicos y de alta especialidad necesarios para la cirugía de acuerdo con el procedimiento quirúrgico a realizarse. (Enfermera instrumentista y/o Enfermera circulante)
- Retirar el material quirúrgico para la cirugía y liberar la sala, en caso de la cancelación de la cirugía de urgencia. (Enfermera Instrumentista)
- Solicitar al personal de Enfermería de Recuperación de Quirófano el traslado de la o del paciente al área de Quirófanos. (Enfermera circulante).

El personal del Equipo de Apoyo de Traslado deberá:

- Movilizar a la o al paciente a la camilla y trasladarla o trasladarlo al transfer de quirófanos y auxiliar en la movilización a la camilla del área quirúrgica.
- Mantener estable a la o al paciente en el trayecto al transfer del área de quirófanos.
- Entregar a la o al paciente con manejo avanzado de la vía aérea conforme a políticas de entrega recepción.
- Auxiliar en la movilización de la o del paciente a la camilla del área quirúrgica (personal camillero).

El personal del Equipo de Quirófano deberá:

- Trasladar a la o al paciente a la sala quirúrgica asignada.
- Preparar a la o al paciente para el manejo anestésico correspondiente.
- Dar seguimiento a las indicaciones quirúrgicas del personal Médico Cirujano del servicio correspondiente.
- Informar al personal Médico Cirujano del servicio correspondiente sobre la preparación de la o del paciente para el procedimiento quirúrgico.

El personal de la Central de Esterilización y Equipos deberá:

- Preparar el instrumental, material y/o equipo solicitado y entregarlo al personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante).

El personal de Enfermería de Recuperación de Quirófano deberá:

- Solicitar al personal de Enfermería del Servicio Tratante el traslado de la o del paciente al área de Quirófanos.
- Solicitar vía telefónica a la jefa o jefe del Servicio de Hospitalización una cama para ingresar a la o el paciente a hospitalización por alta en el área de recuperación.

DEFINICIONES:

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Hechos u operaciones que permiten una atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos, que minimicen la probabilidad de error

(A S E P):	y maximicen la probabilidad de su impedimento, lo que implica la generación de una cultura de prevención y de gestión de los riesgos. Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente son: 1. Identificación del paciente. 2. Comunicación Efectiva. 3. Seguridad en el proceso de medicación. 4. Seguridad en los procedimientos. 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. 8. Cultura de seguridad del paciente.
Acompañante:	Persona -familiar o no familiar y/o representante legal- que la o el paciente, en su derecho, autoriza de forma implícita o explícita libre y voluntaria para que le asesore y en conjunto decida o, dado el caso que su estado de salud no le permita tomar su propia decisión por sí mismo, será quien decida y acepte en su nombre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que para su atención médica le ofrezca el personal médico tratante.
Atención quirúrgica de urgencia:	Conjunto de actividades realizadas por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, encaminadas a la atención y posible resolución de un problema que ha sido identificado como urgencia calificada y que requiera la realización de un procedimiento quirúrgico de manera mediata o inmediata, valorado previamente por el personal médico especialista correspondiente.
Carta de Consentimiento Informado:	Documento escrito y firmado por el personal médico informante y por la o el paciente, su acompañante y dos testigos, mediante el cual se acepta bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación.
Caso séptico:	Procedimiento quirúrgico, que se realiza a la o al paciente portador de un agente infeccioso, de alto riesgo de contaminación, que pone en peligro la asepsia del quirófano, la seguridad del personal y de la o del paciente.
Central de Esterilización y Equipos (C E y E):	Área de circulación restringida, donde se lavan, preparan, esterilizan, almacenan y distribuyen equipos, materiales, ropa e instrumental esterilizados o sanitizados, que se van a utilizar en los procedimientos médicos o quirúrgicos, tanto en la sala de operaciones como en diversos servicios del hospital.
Clínicamente estable:	Paciente que requiere atención de una enfermedad o agudización de una enfermedad, sin riesgo para la vida o la función, y sin alteración de las constantes vitales (Frecuencia Cardíaca, Saturación de Oxígeno, Tensión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura), en un periodo corto de tiempo (entre 2 y 3 horas) para evitar complicaciones mayores.
Clínicamente inestable:	Individuo que presenta un riesgo potencial de vida por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, con signos y síntomas de hipoperfusión tisular, incluyendo alteraciones sensoriales y/o del estado de consciencia, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado de manera inmediata. Se incluyen a todas y todos los pacientes con alteración de las constantes vitales (Frecuencia Cardíaca, Saturación de Oxígeno, Tensión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura).
Derechos generales de las y los pacientes:	Conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad de las y los pacientes al momento de recibir atención de salud, cuya realización efectiva resulta indispensable para el respeto de sus convicciones personales y morales, que en conjunto constituyen el trato digno.
Equipo quirúrgico:	Personal que participa directamente en el procedimiento quirúrgico y está integrado por personal médico cirujano, primero y segundo ayudante, personal de Anestesiología y de enfermera (Instrumentista y Circulante), personal de ingeniería biomédica o personal técnico de empresa subrogado.
Escala de ASA:	Sistema de clasificación que utiliza la <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados de la o del paciente.
Expediente Clínico:	Conjunto único de información y datos personales de una o un paciente que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los que el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
Manejo de la vía aérea:	Realización de maniobras y la utilización de dispositivos externos que permiten una ventilación adecuada y segura a pacientes que lo necesitan.
Material de curación:	Insumos como dispositivos, materiales y sustancias de un solo uso que se emplean en la atención médica, quirúrgica, procedimientos de exploración, diagnóstico y tratamiento de pacientes, que se apliquen en la superficie de la piel o cavidades corporales y que tengan acción farmacológica o preventiva.
Movilización de la o del paciente:	Técnicas para colocar y mover correctamente a la o al paciente en la cama, así como el movimiento que se deba realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital u otro hospital a través de silla de ruedas, camillas o en la propia cama. Dichos

Personal del equipo de apoyo de traslado:	movimientos deben ser realizados siguiendo las técnicas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer su seguridad. Grupo multidisciplinario integrado por el personal Médico tratante, personal de Inhaloterapia y personal camillero responsable de mantener estable a la o al paciente en el trayecto al transfer de quirófano, cuando se encuentre inestable y requiera manejo avanzado de la vía aérea, así como de la entrega al personal del equipo de quirófano para el procedimiento quirúrgico.
Personal del equipo de quirófano:	Grupo multidisciplinario integrado por el personal Médico de Anestesiología, personal de Enfermería (circulante) y personal camillero del área de quirófano responsable de la recepción de la o del paciente para el procedimiento quirúrgico.
Procedimiento Quirúrgico:	Práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico o terapéutico.
Solicitud de sala quirúrgica:	Formato en el que se registran los datos generales de la o del paciente, el diagnóstico preoperatorio y la cirugía planeada, firmado por el personal médico cirujano que solicita espacio quirúrgico para la realización de la cirugía a la o al paciente.
Transfer:	Área del quirófano que divide el área gris del área negra y la cual se encuentra destinada a la transferencia de pacientes que vienen de otros servicios hospitalarios para ser intervenidos de manera urgente, así como del expediente clínico y de algún otro material y equipo necesario para su atención quirúrgica.
Unidad médica con la capacidad resolutive necesaria:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación, perteneciente al Instituto u otras Instituciones de Salud con convenio, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios, hospitalarios o quirúrgicos referidos de otra unidad médica perteneciente al ISSEMYM, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, que por cualquier situación no hayan podido continuar con su atención en la unidad médica tratante, ya sea por no contar con los recursos necesarios o por saturación en los servicios.
Urgencia Calificada:	Problema de salud que se presenta súbitamente, el cual pone en riesgo la vida, órganos o función de la o del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.
Urgencia Calificada Absoluta:	Cuando la o el paciente presente compromiso agudo de la vía aérea y/o evidencia de sangrado profuso en alguna región del cuerpo que ponga en riesgo su vida, órganos o función y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.
Urgencia Calificada Relativa:	Cuando el problema de salud de la o del paciente no ponga en riesgo inminente su vida, órganos o función sin que se presente compromiso agudo de la vía aérea y/o evidencia de sangrado profuso en alguna región del cuerpo y que, por lo tanto, requiere de una atención médica mediata.
Verbalizar:	Expresar en voz alta y clara los datos de identificación de la o del paciente que será intervenido quirúrgicamente.

INSUMOS:

- Formato "Solicitud de interconsulta" al servicio quirúrgico correspondiente.

RESULTADOS:

- Paciente atendido quirúrgicamente por una urgencia calificada en Unidades Médicas del ISSEMYM.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento inherente a la Atención Médica en el Servicio de Hospitalización.
- Procedimiento inherente a la Atención Médica en el Servicio de Urgencias.
- Procedimiento inherente a la Atención Médica en el Servicio de Terapia Intensiva.
- Procedimiento de Referencia de Pacientes Derechohabientes entre Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Procedimiento inherente a la Programación Quirúrgica en Unidades Médicas del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

1. El personal de las unidades médicas del ISSEMYM deberá aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) y su observancia será de carácter obligatorio; asimismo, deberá asegurar el cumplimiento de los derechos generales de las y los pacientes.

2. El personal médico cirujano y el personal Médico de Anestesiología deberá obtener la firma autógrafa o huella dactilar de la o del paciente y/o acompañante y la firma autógrafa de dos testigos en el formato de "Carta de Consentimiento Informado" y "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia", respectivamente.
3. En el caso de una urgencia calificada, el personal responsable de la recepción de la o del paciente en el área de quirófano, por ninguna circunstancia detendrá o negará el ingreso de esta o este a quirófano, a falta del Expediente Clínico de la o del paciente en ese momento, siendo responsabilidad del personal de Trabajo Social y/o Relaciones Públicas entregarlo en el quirófano cuando el personal de Archivo Clínico lo proporcione.
4. En caso de no contar o de no existir, en ese momento, un Expediente Clínico previo, la o el paciente ingresará a quirófano con la documentación que se haya generado.
5. Todo paciente que requiera atención quirúrgica por tratarse de una urgencia calificada absoluta tendrá prioridad ante toda cirugía programada o urgencia calificada relativa, lo cual será determinado por la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología.
6. Todo paciente que requiera cirugía, en caso de una urgencia calificada, ingresará a quirófano de inmediato si hay sala disponible o en cuanto se habilite una sala quirúrgica, previa revisión del caso por la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología y personal Médico Cirujano responsable de la atención quirúrgica de la o del paciente.
7. En caso de una cirugía de urgencia calificada absoluta y de no existir sala quirúrgica disponible de forma inmediata, la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología deberá asignar la primera sala de quirófano que se habilite, difiriendo o suspendiendo la cirugía que se encuentre programada en ese momento.
8. Las salas quirúrgicas destinadas para procedimientos quirúrgicos de urgencia deberán ser respetadas para este tipo de actos quirúrgicos.
9. Si la o el paciente requiere cirugía por urgencia calificada relativa y no hay disponibilidad de quirófanos, el personal Médico Cirujano la o lo deberá remitir mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de una unidad médica de segundo a otra de segundo nivel o a una de tercer nivel de atención, de acuerdo a la ocupación, previa notificación, presentación y aceptación al servicio de cirugía de la unidad médica receptora y, de un tercer a un segundo nivel, siempre y cuando el padecimiento no sea de alta especialidad.
10. En caso de una cirugía de urgencia el Médico Cirujano determinará el material quirúrgico necesario de acuerdo a la disponibilidad del mismo en conjunto con la jefa, jefe o responsable de Enfermería de Quirófano.
11. Queda a criterio del personal Médico de Anestesiología en conjunto con el personal Médico Cirujano ingresar a quirófano a una o un paciente sin valoración preanestésica, siempre y cuando se trate de un caso de cirugía por urgencia calificada absoluta, lo cual deberá ser registrado en el Expediente Clínico dentro de las notas de anestesia y cirugía respectivamente.
12. El personal de Enfermería del servicio tratante deberá solicitar el traslado inmediato de la o del paciente, por urgencia calificada, al personal de camilleros, en cuanto se le informe la disponibilidad de sala quirúrgica.
13. En caso de que la o el paciente no cuente con pulsera de identificación al momento de la entrega-recepción en el transfer de quirófano el personal de enfermería circulante deberá solicitar al personal de enfermería del servicio tratante la realice y entregue para su colocación durante el procedimiento quirúrgico con fin de no retrasar este.
14. El personal Médico Tratante deberá verificar que el Expediente Clínico de la o del paciente contenga los estudios de laboratorio y/o gabinete, antes de solicitar la interconsulta al personal Médico Cirujano, para que este pueda evaluar la pertinencia de la atención quirúrgica por urgencia calificada. En caso de tratarse de una urgencia calificada absoluta podrá omitirse, de manera temporal, total o parcialmente, la realización de estudios auxiliares de diagnóstico con base al criterio médico del personal Médico Cirujano y de Anestesiología.
15. En caso de que el personal Médico Cirujano del servicio correspondiente y/o personal Médico de Anestesiología, no puedan obtener el consentimiento de la o del paciente y que el acompañante no pueda ser contactado por ellos, el personal de Trabajo Social, Relaciones Públicas o personal asignado deberá realizar contacto con el acompañante de la o del paciente para hacerle de conocimiento sobre la intervención quirúrgica y tome esta la decisión.
16. Cuando no sea posible obtener el consentimiento para la realización del procedimiento quirúrgico, por incapacidad de la o del paciente y por ausencia del acompañante, el personal Médico Cirujano y de Anestesiología tomarán la decisión para la intervención quirúrgica de la o del paciente, por máximo beneficio dejando constancia por escrito en el Expediente Clínico.
17. En caso de que por cualquier motivo se difiera el ingreso de la o del paciente a la sala quirúrgica el Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente deberá de acudir a valorar el estado de salud de esta o este cada 30 o 60 minutos, de acuerdo con su evolución y criterio médico, hasta que exista disponibilidad en el quirófano.
18. El personal del equipo de apoyo de traslado deberá realizar la entrega de la o del paciente al personal del equipo de quirófano de acuerdo con lo siguiente:
 - Informar sobre el estado clínico, características de manejo avanzado de la vía aérea, datos relevantes sobre la evolución y tratamiento, en el caso de que la o el paciente se encuentre inestable y requiera manejo avanzado de la vía aérea (personal médico del servicio tratante).
 - Entregar el equipo necesario para el manejo avanzado de la vía aérea de la o del paciente, en el caso de que la o el paciente se encuentre inestable y requiera manejo avanzado de la vía aérea (personal de inhaloterapia).
19. El personal del equipo de quirófano deberá realizar la recepción de la o del paciente de acuerdo con lo siguiente antes de ingresar a la o al paciente a sala quirúrgica:
 - Corroborar los datos de identificación de la o del paciente con el Expediente Clínico y pulsera o pulseras. (personal de Enfermería circulante)
 - Revisar las indicaciones para la cirugía en el Expediente Clínico. (personal de Enfermería circulante)

- Revisar en el Expediente Clínico el Consentimiento Informado y los estudios de laboratorio y gabinete. (personal de Enfermería circulante)
 - Verificar los criterios de seguridad durante las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida de la o del paciente conforme a la "Lista de Verificación de Cirugía Segura".
20. En caso de que la o el paciente fallezca en el servicio tratante, en el trayecto a quirófano, en sala quirúrgica o en recuperación el personal Médico del Servicio Quirúrgico correspondiente deberá realizar las acciones para el manejo y disposición del cadáver en la unidad médica, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

DESARROLLO:**Procedimiento: Atención Quirúrgica por Urgencia Calificada a Pacientes en Unidades Médicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización	Viene de los procedimientos inherentes a la Atención Médica en los Servicios de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización. Valora el estado de salud de la o del paciente, elabora o actualiza diagnóstico, registra en la "Nota de Evolución" los datos observados, así como la necesidad de la valoración por el Servicio Quirúrgico y la integra al Expediente Clínico. Requisita el formato "Solicitud de Interconsulta" en original y copia, asienta su firma autógrafa, entrega la solicitud y presenta el caso médico de la o del paciente al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
2.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe el formato "Solicitud de Interconsulta" en original y copia, se entera del caso médico, firma de recibido en la copia y la entrega al personal Médico del servicio tratante. Resguarda el original de la "Solicitud de Interconsulta" y acude al servicio donde se encuentra la o el paciente.
3.	Personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización	Recibe copia de la "Solicitud de Interconsulta" firmada y la integra al Expediente Clínico de la o del paciente. Espera que se presente el personal Médico Cirujano.
4.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Estando en el servicio donde se encuentra la o el paciente, revisa el Expediente Clínico, valora su estado de salud, establece diagnóstico y determina: ¿Requiere atención quirúrgica por urgencia calificada?
5.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	No requiere atención quirúrgica por urgencia calificada. Registra en la "Nota de Interconsulta" del Expediente Clínico los datos de la evaluación realizada a la o al paciente e informa al personal Médico del servicio tratante que no requiere atención quirúrgica por urgencia calificada. Entrega el original del formato de "Solicitud de Interconsulta" al personal responsable de la Coordinación Quirúrgica. Se conecta con la actividad número 16.
6.	Personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización	Recibe información, se entera que la o el paciente no requiere atención quirúrgica por urgencia calificada, registra en la "Nota de Evolución" del Expediente Clínico lo informado por el personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente y continúa con la atención médica en el servicio tratante. Se conecta con los procedimientos inherentes a la Atención Médica en el Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización.
7.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Sí requiere atención quirúrgica por urgencia calificada. Registra en la "Nota de Interconsulta" del Expediente Clínico los datos de la valoración realizada, informa a la o al paciente y/o acompañante su condición clínica de salud y la necesidad de que reciba atención quirúrgica por urgencia calificada, así como del procedimiento quirúrgico planeado, explica los posibles riesgos, beneficios, alternativas y la importancia de este; solicita su consentimiento para que se practique el procedimiento quirúrgico planeado, asimismo, informa que, en caso de que no se cuente con disponibilidad de sala quirúrgica puede ser referida o referido a otra unidad médica para su atención.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
8.	Paciente y/o acompañante	Recibe información, se entera de su condición clínica y de la necesidad que se le realice procedimiento quirúrgico por urgencia calificada y la explicación de este, los posibles riesgos, beneficios, alternativas e importancia, así como de la posible referencia a otra unidad médica para su atención en el caso de que no se disponga de sala quirúrgica. Expresa sus dudas y/o solicita más información respecto al procedimiento quirúrgico planeado al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
9.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe solicitud, se entera, atiende dudas y amplía la información respecto al procedimiento quirúrgico planeado y solicita a la o al paciente y/o acompañante su decisión.
10.	Paciente y/o acompañante	Recibe información más amplia respecto al procedimiento quirúrgico planeado y las aclaraciones sobre sus dudas. Informa su decisión al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
11.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera de la decisión y determina: ¿La o el paciente y/o acompañante acepta que se practique el procedimiento quirúrgico planeado?
12.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	La o el paciente y/o acompañante no acepta que se practique el procedimiento quirúrgico planeado. Registra en la "Nota de Evolución" del Expediente Clínico que la o el paciente y/o acompañante no acepta que se practique el procedimiento quirúrgico planeado, imprime, escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta firma autógrafa; entrega la nota a la o al paciente y/o acompañante y le solicita que escriba en esta su negativa a que se practique el procedimiento quirúrgico planeado y que acepta la responsabilidad de su decisión, así como las consecuencias de esta, asimismo, le pide que escriba su nombre completo y asiente su firma o imprima su huella dactilar.
13.	Paciente y/o acompañante	Recibe el formato "Nota de Evolución", escribe su negativa a que se practique el procedimiento quirúrgico planeado, así como la aceptación de la responsabilidad que conlleva su decisión y las consecuencias de esta, escribe su nombre completo, asienta su firma y/o imprime su huella dactilar y la entrega al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
14.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe el formato "Nota de Evolución" firmada, la integra al Expediente Clínico e informa al personal Médico del Servicio Tratante la negativa de la o del paciente y/o acompañante al procedimiento quirúrgico planeado por urgencia calificada. Entrega el original del formato de "Solicitud de Interconsulta" al personal responsable de la Coordinación Quirúrgica. Continúa sus actividades en su área de servicio.
15.	Personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización	Recibe información, se entera de la negativa de la o del paciente y/o acompañante al procedimiento quirúrgico planeado por urgencia calificada y continúa con la atención médica en el servicio tratante. Se conecta con los procedimientos inherentes a la Atención Médica en el Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización.
16.	Personal Responsable de la Coordinación Quirúrgica	Recibe el original del formato de "Solicitud de Interconsulta" y la archiva para control interno.
17.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	La o el paciente y/o acompañante si acepta que se practique el procedimiento quirúrgico planeado. Requisita el formato "Carta de Consentimiento Informado", explica los riesgos y beneficios esperados, así como las posibles complicaciones que se puedan presentar, escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta su firma autógrafa, lo entrega a la o al paciente y/o acompañante y solicita que escriba su nombre completo y asiente su firma autógrafa o imprima huella dactilar.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
18.	Paciente y/o acompañante	Recibe el formato "Carta de Consentimiento Informado" y la explicación de los riesgos, beneficios esperados y posibles complicaciones que se pudieran presentar, escribe su nombre completo, asienta su firma autógrafa o imprime huella dactilar y lo regresa al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
19.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe el formato "Carta de Consentimiento Informado" firmado, obtiene en este el nombre completo y firma autógrafa de dos testigos, lo integra al Expediente Clínico de la o del paciente y, en su caso, le solicita a la o al acompañante pasar a la sala de espera y aguarde a recibir información. Elabora la "Nota Preoperatoria" en la que especifica el diagnóstico preoperatorio, tipo de intervención, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorio; escribe su nombre completo, cédula profesional, asienta firma, la integra al Expediente Clínico. Informa al personal Médico del Servicio Tratante el consentimiento de la o del paciente y/o acompañante para que se practique el procedimiento quirúrgico por urgencia calificada. Elabora la "Nota de Indicaciones Médicas Preoperatorias", escribe su nombre completo, cédula profesional, asienta firma autógrafa y la entrega al personal de Enfermería del Servicio Tratante. Requisita en dos originales el formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta firma autógrafa, los entrega a la jefa, jefe o, en su caso, responsable del Servicio de Anestesiología para la asignación de sala quirúrgica y valoración preanestésica y le presenta el caso médico de la o del paciente.
20.	Paciente y/o acompañante	Recibe información, se entera y aguarda en la sala de espera para recibir información. Se conecta con la actividad número 28.
21.	Personal Médico del Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización	Recibe información, se entera del consentimiento de la o del paciente para que se practique el procedimiento quirúrgico planeado por urgencia. Continúa con sus actividades en el servicio tratante. Se conecta con los procedimientos inherentes a la Atención Médica en el Servicio de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización.
22.	Personal de Enfermería del Servicio Tratante	Recibe la "Nota de Indicaciones Médicas Preoperatorias", confirma de manera verbal y visual el nombre completo, así como la fecha de nacimiento en la tarjeta de identificación de la cabecera y en la pulsera de la o del paciente; brinda cuidados y prepara a la o al paciente conforme a las indicaciones preoperatorias del personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente, registra lo realizado en el formato "Hoja de Enfermería – Hospitalización" e integra la "Nota de Indicaciones Médicas Preoperatorias" al Expediente Clínico. Espera llamada telefónica para trasladar a la o al paciente al Área de Quirófanos. Se conecta con la actividad número 78.
23.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Recibe los dos originales del formato de "Solicitud de Sala Quirúrgica", se entera del procedimiento quirúrgico planeado por urgencia calificada y del caso médico de la o del paciente, valora y analiza las condiciones clínicas de la o del paciente en conjunto con el personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente y determina: ¿Es una cirugía por urgencia calificada relativa o absoluta?
24.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Es una cirugía por urgencia calificada relativa. Revisa la programación quirúrgica del turno y determina: ¿Se cuenta con sala quirúrgica disponible?
25.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	No se cuenta con sala quirúrgica disponible. Informa al personal Médico Cirujano que no se cuenta con sala quirúrgica disponible y que le informará en cuanto se pueda disponer de una. Marca en los dos originales del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" el tipo de cirugía, escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta firma de visto bueno, asimismo anota la fecha y la hora de recepción de la solicitud y entrega el primer original del formato al personal Médico Cirujano y el segundo original del formato a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
26.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe el segundo original de la "Solicitud de Sala Quirúrgica" debidamente requisitada, registra los datos de la solicitud en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía por Urgencia" y la resguarda en archivo; espera recibir información respecto a la solicitud. Se conecta con las actividades número 32 y 36.
27.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera que no se cuenta con sala quirúrgica disponible y que se le informará en cuanto se habilite una, asimismo, recibe el primer original de la "Solicitud de Sala Quirúrgica". Informa a la o al paciente y/o acompañante que no se cuenta por el momento con sala quirúrgica disponible y que puede ser referida o referido a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria para la atención quirúrgica por urgencia calificada, le solicita le informe si acepta la referencia.
28.	Paciente y/o acompañante	Recibe información, se entera de que por el momento no se cuenta con una sala quirúrgica disponible y que puede ser referida o referido a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria para la atención quirúrgica por urgencia, decide si acepta la referencia e informa su decisión al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
29.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera de la decisión y determina: ¿La o el paciente y/o acompañante acepta la referencia a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria?
30.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	La o el paciente y/o acompañante sí acepta la referencia a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria. Registra la aceptación de la o del paciente y/o acompañante en la "Nota de Evolución", escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta firma, registra en el apartado de observaciones de la solicitud de sala quirúrgica la referencia y aceptación de la o del paciente, integra la nota junto con la "Solicitud de Sala Quirúrgica" al Expediente Clínico e informa a la jefa, jefe o responsable de Anestesiología. Procede a realizar el seguimiento correspondiente para la referencia. Se conecta con el procedimiento "Referencia de Pacientes Derechohabientes entre unidades médicas del ISSEMYM".
31.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Recibe información, se entera de la referencia de la o del paciente a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria para su atención e informa de esta a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano.
32.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe información, se entera de la referencia de la o del paciente, lo registra en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencia", archiva en el área el segundo original de la "Solicitud de Sala Quirúrgica" y continúa con la programación quirúrgica. Se conecta con el procedimiento inherente a la Programación Quirúrgica en Unidades Médicas del ISSEMYM".
33.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	La o el paciente y/o acompañante no acepta la referencia a otra unidad médica con la capacidad resolutive necesaria. Registra en la "Nota de Evolución" que la o el paciente y/o acompañante no acepta la referencia, escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta firma, asimismo, registra en el apartado de observaciones de la "Solicitud de Sala Quirúrgica" la decisión de la o del paciente y/o acompañante de esperar a que se encuentre disponible una sala quirúrgica. Entrega la "Nota de Evolución" a la o al paciente y/o acompañante y solicita escriba la leyenda "Rechazo referencia y decido esperar a que se encuentre disponible una sala quirúrgica", asienta su firma o imprime su huella dactilar.
34.	Paciente y/o acompañante	Recibe "Nota de Evolución", se entera de la solicitud, escribe la leyenda "Rechazo referencia y decido esperar a que se encuentre disponible una sala quirúrgica", asienta su firma o imprime su huella dactilar y entrega al personal Médico Cirujano del servicio quirúrgico correspondiente.
35.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe la "Nota de Evolución" firmada y la integra junto con la solicitud de sala quirúrgica al Expediente Clínico. Informa a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano la decisión de la o del paciente. Espera información de la disponibilidad de sala quirúrgica.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
36.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe información, se entera que la o el paciente y/o acompañante decide esperar a que se encuentre disponible una sala quirúrgica, lo registra en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencia", asimismo extrae de resguardo el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", registra en el apartado de observaciones que la o el paciente decide esperar se encuentre disponible una sala quirúrgica y la resguarda en archivo de control. Espera que concluya el primer procedimiento quirúrgico en sala.
37.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Concluido el primer procedimiento quirúrgico en sala informa de la disponibilidad de sala quirúrgica a la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología.
38.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Recibe información, se entera de la disponibilidad de sala e informa de esta al personal Médico Cirujano del Servicio Correspondiente.
39.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera de la disponibilidad de sala quirúrgica espera asignación de sala. Se conecta con la actividad número 44.
40.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Viene de la actividad número 23. Es una cirugía por urgencia calificada absoluta. Revisa la programación quirúrgica del turno y determina: ¿Se cuenta con sala quirúrgica disponible?
41.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	No se cuenta con sala quirúrgica disponible. Reprograma la cirugía que se encuentra programada e informa los motivos del diferimiento, así como la hora reprogramada al personal responsable de la Coordinación Quirúrgica y al personal Médico de Anestesiología designado para la cirugía programada. Asimismo asigna e informa al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente la sala quirúrgica asignada y la hora para el ingreso de la o del paciente, marca en los dos originales del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" el tipo de cirugía, escribe su nombre completo, cédula profesional, asienta firma de visto bueno y anota la fecha y la hora de recepción de la solicitud, entrega el primer original a la Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano y el segundo original al personal de Anestesiología. Se conecta con las actividades número 44, 45 y 49.
42.	Personal responsable de la Coordinación Quirúrgica y personal Médico de Anestesiología	Reciben información, se enteran de los motivos del diferimiento de la cirugía programada y de los datos de la reprogramación. Se conecta con el procedimiento inherente a la Programación Quirúrgica en Unidades Médicas del ISSEMYM.
43.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Viene de la actividad número 40. Sí se cuenta con sala quirúrgica disponible. Asigna sala quirúrgica, informa al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente la sala quirúrgica asignada y la hora para el ingreso de la o del paciente, escribe en los dos originales de la "Solicitud de Sala Quirúrgica" su nombre completo, cédula profesional y asienta firma de visto bueno, asimismo anota la fecha y la hora de recepción de la solicitud y entrega el primer original a la Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano y el segundo original al personal Médico de Anestesiología.
44.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera de la sala quirúrgica asignada y la hora para el ingreso de la o del paciente, espera le informen del traslado de la o del paciente al área de quirófanos. Se conecta con la actividad número 77.
45.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe el primer original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" con el visto bueno de la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología, registra los datos de la solicitud en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía por Urgencia" y entrega al personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista).
46.	Personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante)	Recibe el primer original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", se entera del procedimiento quirúrgico por urgencia y archiva en la jefatura de enfermería, requisita debidamente el formato "Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa a CEyE" en original y copia, firma y entrega al personal de la Central de Esterilización y Equipos (C E y E).

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
47.	Personal de la Central de Esterilización y Equipos	Recibe "Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa a C E y E" en original y copia debidamente requisitada, prepara el instrumental, material y/o equipo solicitado y lo entrega al personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante), junto con la copia del formato "Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa a C E y E" y archiva el original en el Área del Servicio de la Central.
48.	Personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante)	Recibe instrumental, material y equipo para la cirugía, así como la copia del formato "Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa a C E y E" y la archiva en la jefatura del área de enfermería, equipan la sala quirúrgica y espera indicaciones para solicitar el traslado de la o del paciente a quirófano. Se conecta con la actividad número 75.
49.	Personal Médico de Anestesiología	Recibe el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", se entera de la cirugía por urgencia calificada, acude al servicio donde se encuentra la o el paciente; realiza la valoración preanestésica, requisita en original y copia el formato de "Valoración Anestésica Preoperatoria" escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta su firma autógrafa. Explica a la o al paciente y/o acompañante los riesgos que implica el procedimiento anestésico por su condición clínica, comorbilidades, tipo de anestesia y los riesgos inherentes a la misma, así como los beneficios y le solicita que exprese sus dudas e informe si acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia.
50.	Paciente y/o acompañante	Recibe información sobre la valoración preanestésica, los riesgos que implica el procedimiento anestésico por su condición clínica, comorbilidades, tipo de anestesia, los riesgos inherentes, así como los beneficios; expresa dudas y/o solicita más información respecto al procedimiento anestésico al personal Médico de Anestesiología.
51.	Personal Médico de Anestesiología	Recibe solicitud, proporciona más información respecto al procedimiento o alternativas anestésicas, en caso de existir, atiende dudas y le solicita a la o al paciente y/o acompañante su decisión.
52.	Paciente y/o acompañante	Recibe más información respecto al procedimiento o alternativas anestésicas y la aclaración de sus dudas, informa su decisión al personal Médico de Anestesiología.
53.	Personal Médico de Anestesiología	Se entera de la decisión de la o del paciente y determina: ¿La o el paciente y/o acompañante acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia?
54.	Personal Médico de Anestesiología	La o el paciente y/o acompañante no acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Registra en la "Nota de Evolución" la negativa al procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta su firma autógrafa, adjunta a la nota el formato de "Valoración Anestésica Preoperatoria" y los integra al Expediente Clínico; acude al servicio quirúrgico correspondiente e informa verbalmente al personal Médico Cirujano la negativa de la o del paciente y/o acompañante al procedimiento anestésico, le entrega el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" y se retira.
55.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", se entera de la negativa de la o el paciente y/o acompañante al procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia, informa y explica nuevamente a la o al paciente y/o acompañante los riesgos y beneficios esperados con el procedimiento quirúrgico planeado y la importancia del procedimiento anestésico.
56.	Paciente y/o acompañante	Recibe información sobre el procedimiento quirúrgico planeado y sobre la importancia del procedimiento anestésico, así como los riesgos y beneficios esperados; expresa dudas y/o solicita más información al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.

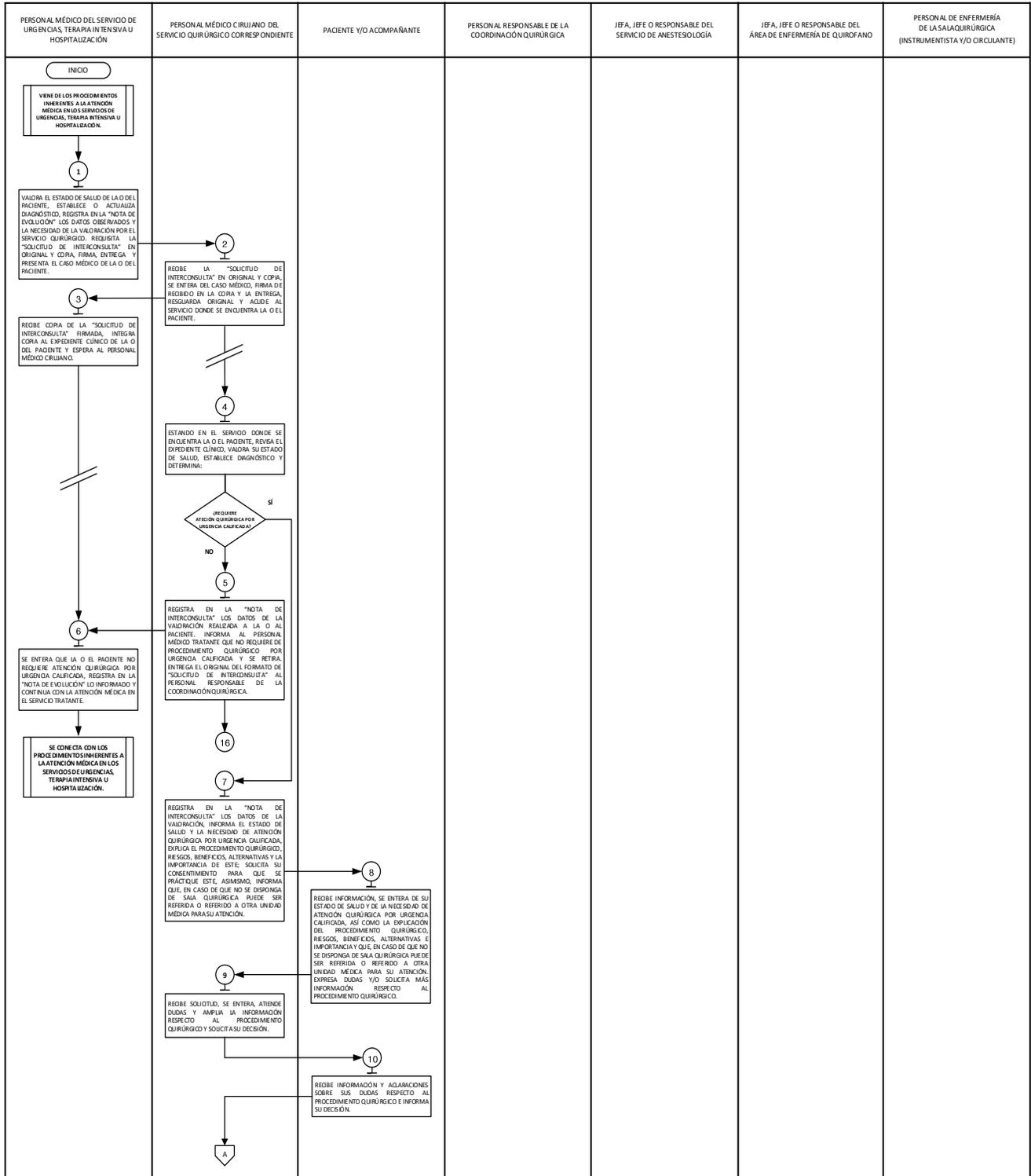
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
57.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe solicitud y proporciona más información respecto al procedimiento quirúrgico planeado y la importancia del procedimiento anestésico, atiende dudas y solicita a la o al paciente y/o acompañante su decisión.
58.	Paciente y/o acompañante	Recibe más información respecto al procedimiento quirúrgico planeado y la importancia del procedimiento anestésico, así como la aclaración de sus dudas, informa su decisión al personal Médico Cirujano.
59.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe información, se entera de su decisión y determina: ¿La o el paciente y/o acompañante acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia?
60.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	La o el paciente y/o acompañante no acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Registra en la "Nota de Evolución" del Expediente Clínico y en el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" en el apartado de observaciones la negativa a la realización del procedimiento quirúrgico y el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia, escribe en la nota su nombre completo, cédula profesional y asienta su firma autógrafa; la entrega a la o al paciente y/o acompañante y le solicita que escriba en esta la negativa al procedimiento anestésico y la aceptación de la responsabilidad de su decisión, asimismo, le solicita que escriba su nombre completo y asiente su firma autógrafa y/o imprima su huella dactilar.
61.	Paciente y/o acompañante	Recibe la "Nota de Evolución", escribe la negativa al procedimiento quirúrgico planeado y procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia, así como la aceptación de la responsabilidad derivada de su decisión, escribe su nombre completo, asienta su firma y/o imprime su huella dactilar y la entrega al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente.
62.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	Recibe la "Nota de Evolución", adjunta el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" y los integra al Expediente Clínico. Informa a la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología y al personal Médico del servicio tratante la negativa de la o del paciente y/o acompañante al procedimiento quirúrgico y anestésico para la cirugía por urgencia y se retira.
63.	Personal Médico del Servicio Tratante	Recibe información, se entera de la negativa al procedimiento quirúrgico y procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Continúa con la atención médica de la o del paciente en el servicio tratante. Se conecta con los procedimientos inherentes a la Atención Médica en los Servicios de Urgencias, Terapia Intensiva u Hospitalización.
64.	Jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología	Recibe información, se entera de la negativa de la o del paciente al procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia, informa a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano la cancelación de la cirugía. Continúa con sus actividades en el servicio.
65.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe información, se entera de la cancelación de la cirugía por urgencia), registra en la "Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencias" la cancelación de la cirugía y resguarda. Informa de la cancelación al personal de Enfermería de Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante).
66.	Personal de Enfermería de Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante)	Recibe información, se entera de la cancelación de la cirugía por urgencia, retira el material quirúrgico y libera la sala. Regresa el primer original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" a la jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano.
67.	Jefa, jefe o responsable del Área de Enfermería de Quirófano	Recibe el primer original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica", anota en el apartado de observaciones la cancelación de la cirugía de urgencia y lo archiva en el área. Continúa con la programación quirúrgica. Se conecta con el procedimiento inherente a la Programación Quirúrgica en Unidades Médicas del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
68.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	<p>Viene de la actividad número 59. La o el paciente y/o acompañante sí acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Informa a la o al paciente y acompañante que dará aviso al personal Médico de Anestesiología para que continúe con la preparación para el procedimiento quirúrgico correspondiente. Informa al personal Médico de Anestesiología que la o el paciente y acompañante aceptó el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Espera el traslado de la o del paciente al área de quirófanos.</p>
69.	Paciente y/o acompañante	Recibe información se entra y espera al personal Médico de Anestesiología.
70.	Personal Médico de Anestesiología	<p>Viene de la actividad número 53. La o el paciente y/o acompañante si acepta que se realice el procedimiento anestésico para la cirugía por urgencia. Elabora el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia" en original, escribe su nombre completo, cédula profesional y asienta su firma, la entrega a la o al paciente y/o acompañante y le solicita que escriba su nombre completo y asiente su firma autógrafa o imprima huella dactilar.</p>
71.	Paciente y/o acompañante	Recibe el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia", escribe su nombre completo, asienta su firma autógrafa o imprime su huella dactilar y lo entrega al personal Médico de Anestesiología.
72.	Personal Médico de Anestesiología	Recibe el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia", solicita el nombre y la firma autógrafa o impresión de huella dactilar de dos testigos y entrega el formato.
73.	Testigo	Recibe el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia" escribe su nombre completo, asienta su firma autógrafa o imprime su huella dactilar y lo entrega al personal Médico de Anestesiología.
74.	Personal Médico de Anestesiología	<p>Recibe el formato "Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia", lo integra junto con el segundo original del formato "Solicitud de Sala Quirúrgica" y el original del formato de "Valoración Anestésica Preoperatoria" al Expediente Clínico. Archiva la copia de la "Valoración Anestésica Preoperatoria" en la Jefatura de Anestesiología, solicita de manera verbal al personal de Enfermería de Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante) el traslado de la o del paciente al Área de Quirófanos, se dirige al transfer del área de quirófanos y espera para recibir a la o al paciente con el personal del equipo de quirófano.</p> <p>Se conecta con la actividad número 80.</p>
75.	Personal de Enfermería de la Sala Quirúrgica (Instrumentista y/o Circulante)	Recibe solicitud, se entera del traslado y solicita al personal de Enfermería de Recuperación de Quirófano el traslado de la o del paciente al área de quirófanos.
76.	Personal de Enfermería de Recuperación de Quirófano	Recibe solicitud, se entera y solicita vía telefónica al personal de Enfermería del Servicio Tratante donde se encuentra la o el paciente el traslado de esta o este al área de quirófanos, así mismo informa al personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente del traslado de la o del paciente al área de quirófanos.
77.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	<p>Recibe información, se entera del traslado de la o del paciente al Área de Quirófanos, acude a la sala quirúrgica y espera el ingreso de la o del paciente a la sala.</p> <p>Se conecta con la actividad número 81.</p>

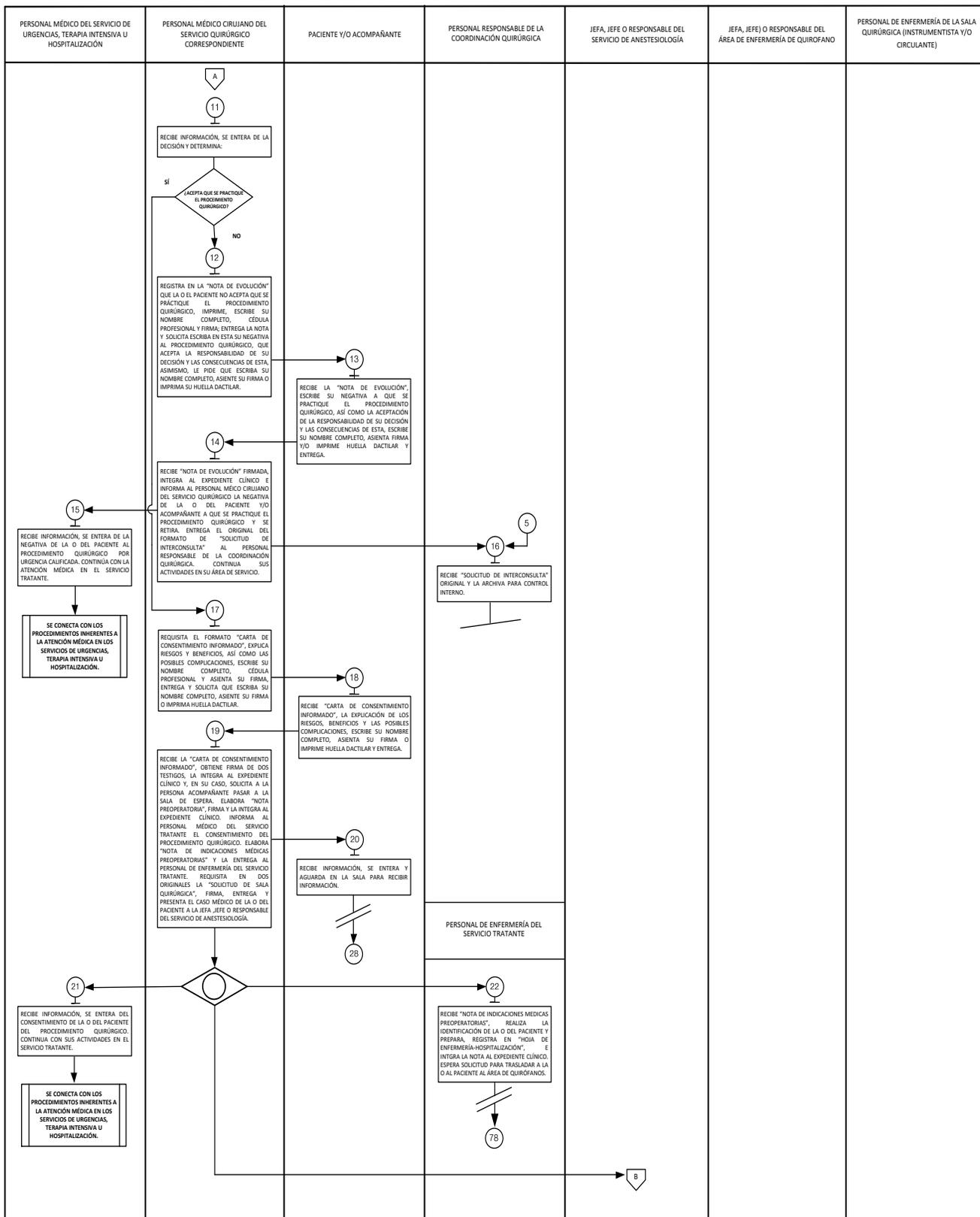
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
78.	Personal de Enfermería del Servicio Tratante	<p>Recibe solicitud del traslado de la o del paciente al área de quirófanos, solicita por llamada telefónica o voceo apoyo para trasladar y asistir a la o al paciente en el trayecto al transfer del área de quirófanos al personal del equipo de apoyo de traslado. Acude con la o el paciente corrobora que el expediente clínico esté completo. Se dirige al transfer del área de quirófanos con el personal del equipo de apoyo de traslado.</p> <p>En el transfer del área de quirófanos se presenta con el personal del equipo de quirófano y entrega a la o al paciente y el Expediente Clínico conforme a política número 18 de entrega recepción. Concluida la entrega de la o del paciente se retira y continúa sus actividades en su servicio.</p>
79.	Personal del equipo de apoyo de traslado	<p>Reciben solicitud por llamada telefónica o voceo, acuden al servicio donde se encuentra la o el paciente la o lo moviliza a la camilla y traslada. mantiene estable en el trayecto al transfer del área de quirófanos, con el personal de Enfermería del servicio tratante.</p> <p>En el transfer del área de quirófanos se presenta con el personal del equipo de quirófano y entrega a la o al paciente conforme a política número 18. Concluida la entrega de la o del paciente se retiran y continúan sus actividades en su servicio.</p>
80.	Personal del equipo de quirófano	<p>Recibe a la o al paciente conforme a la política número 19, traslada a la sala quirúrgica asignada, prepara a la o al paciente para el manejo anestésico correspondiente y da seguimiento a las indicaciones quirúrgicas e Informa sobre la preparación de la o del paciente al personal Médico Cirujano del servicio correspondiente.</p>
81.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	<p>Recibe información, se entera de la preparación de la o del paciente de acuerdo con el procedimiento quirúrgico y en conjunto con el personal Médico y de Enfermería proceden a realizar el procedimiento quirúrgico planeado.</p> <p>Se conecta con los instructivos de trabajo inherentes a los procedimientos de cirugía, anestesia y enfermería.</p>
82.	Personal Médico Cirujano del Servicio Quirúrgico correspondiente	<p>Al finalizar el procedimiento quirúrgico, elabora la "Nota Postquirúrgica" con el resumen de la cirugía por urgencia realizada, escribe su nombre completo, cédula profesional, asienta firma y la integra al Expediente Clínico. Acude al área de informes quirúrgicos e informa a la o al acompañante sobre el procedimiento realizado y el pronóstico esperado.</p>
83.	Paciente y/o acompañante	<p>Recibe información del procedimiento realizado y el pronóstico esperado para la o el paciente y permanece a la espera de información del personal de Trabajo Social o Relaciones públicas.</p> <p>Se conecta con el procedimiento inherente a la Atención Médica en el Servicio de Hospitalización.</p>
84.	Personal Médico de Anestesiología	<p>Al finalizar el procedimiento quirúrgico, registra en la "Nota Postanestésica" del Expediente Clínico el ingreso de la o del paciente a recuperación y al cumplir los criterios clínicos genera el alta e informa al personal de Enfermería del Área de Recuperación. Continúa con sus actividades en el servicio tratante.</p>
85.	Personal de Enfermería del Área de Recuperación	<p>Recibe información, se entera del alta del área de recuperación y solicita vía telefónica a la jefa o al jefe del Servicio de Hospitalización, cama para ingresar a la o al paciente.</p> <p>Se conecta con el procedimiento inherente a la Atención Médica en el Servicio de Hospitalización.</p>

DIAGRAMACIÓN:

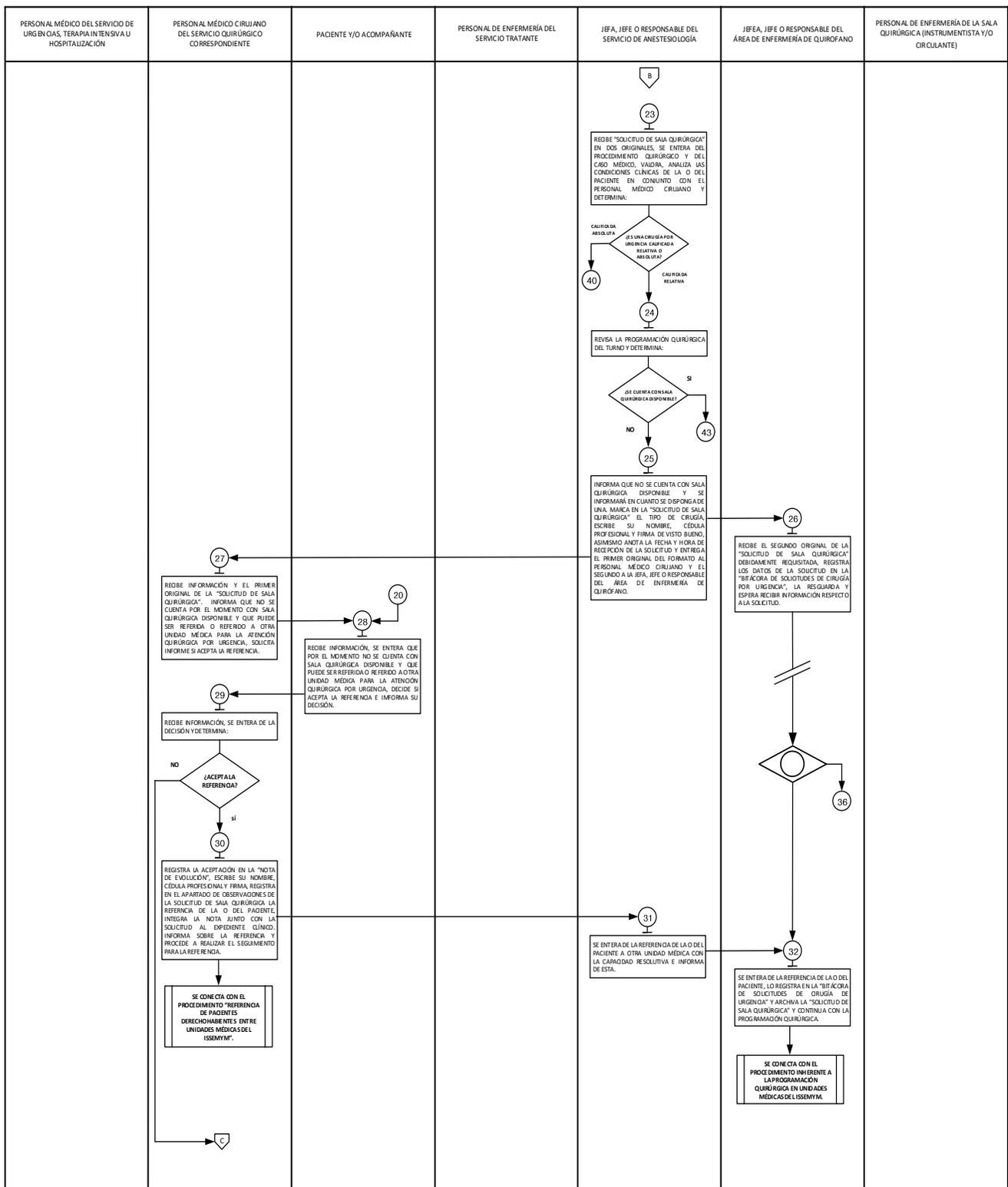
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



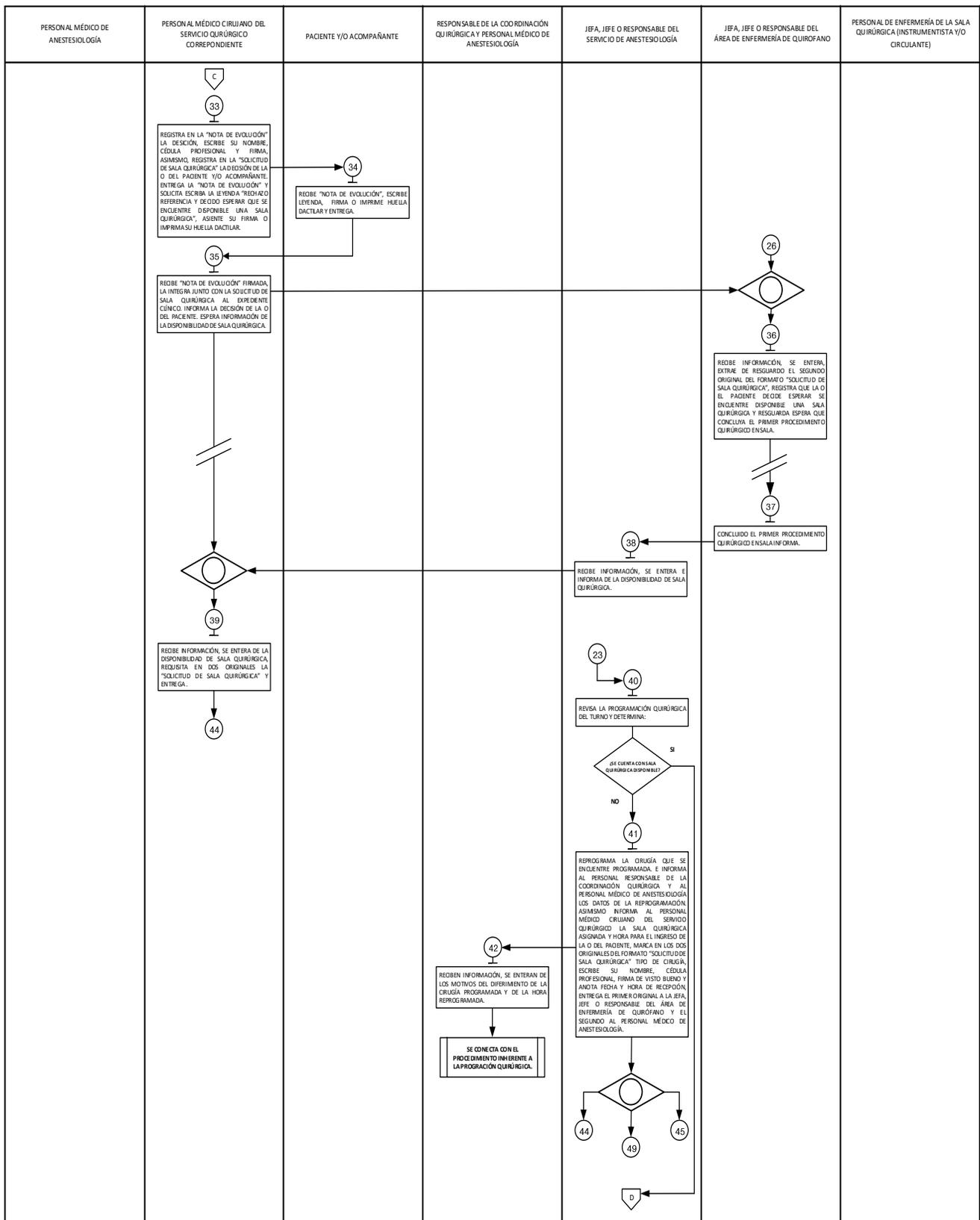
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



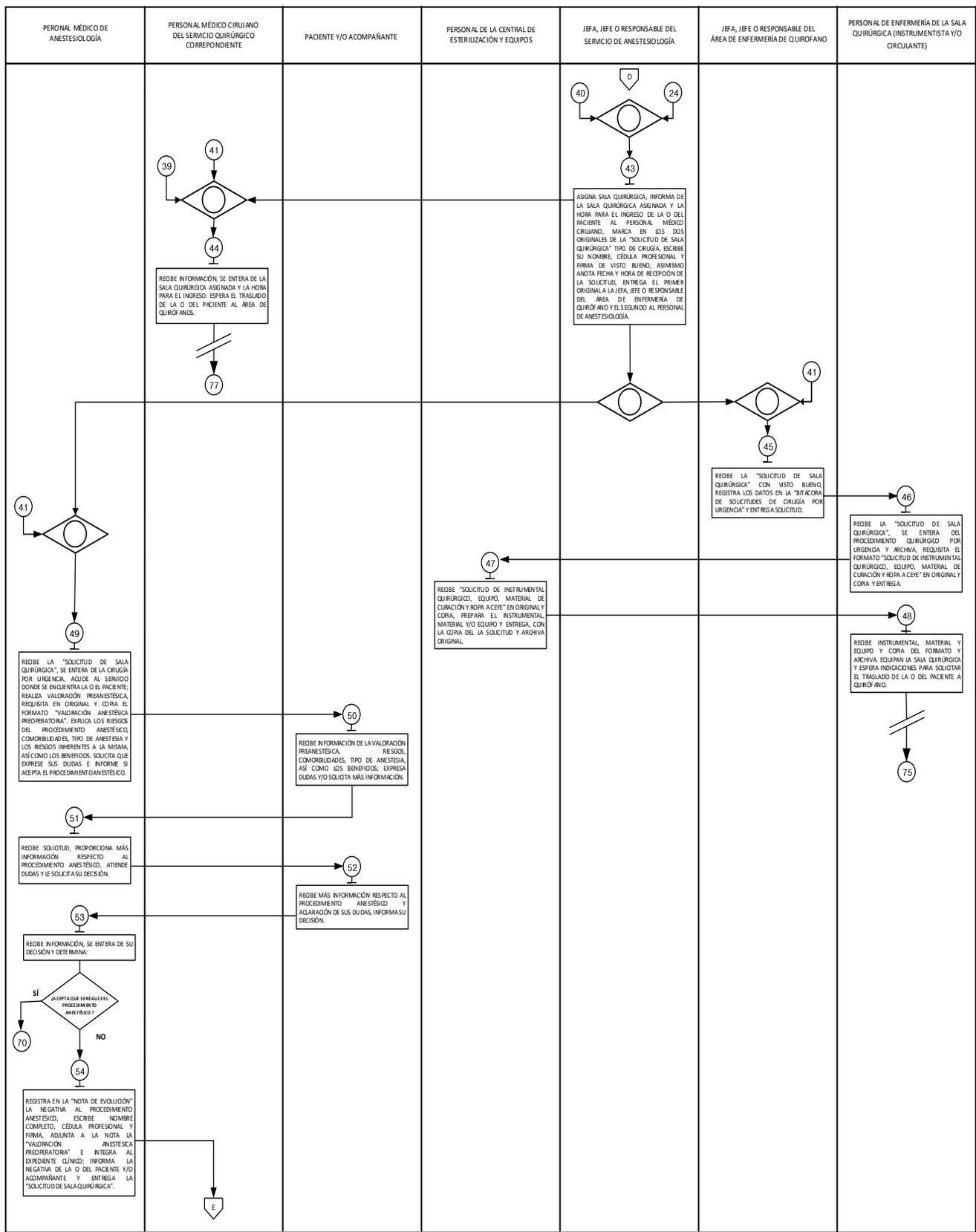
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



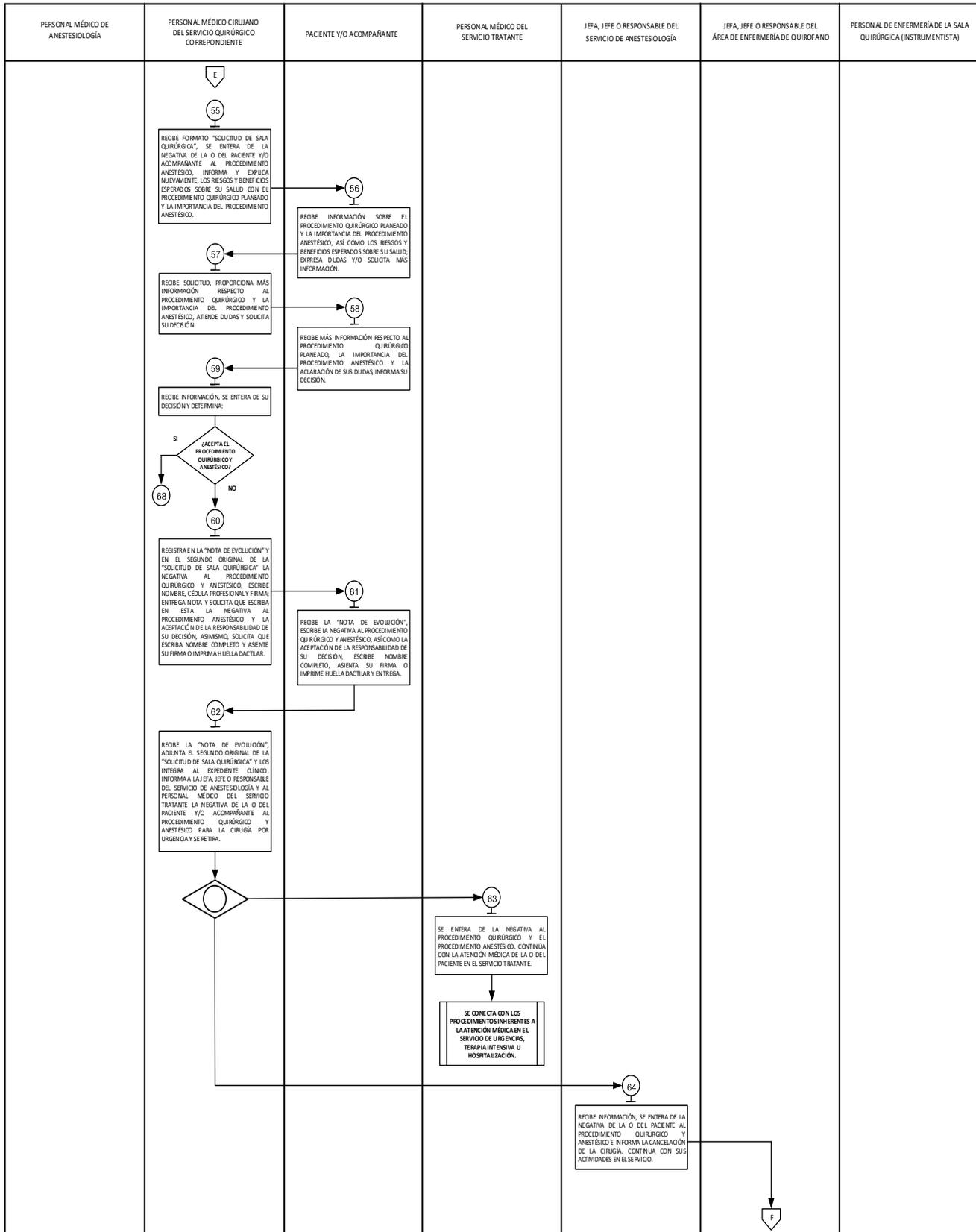
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



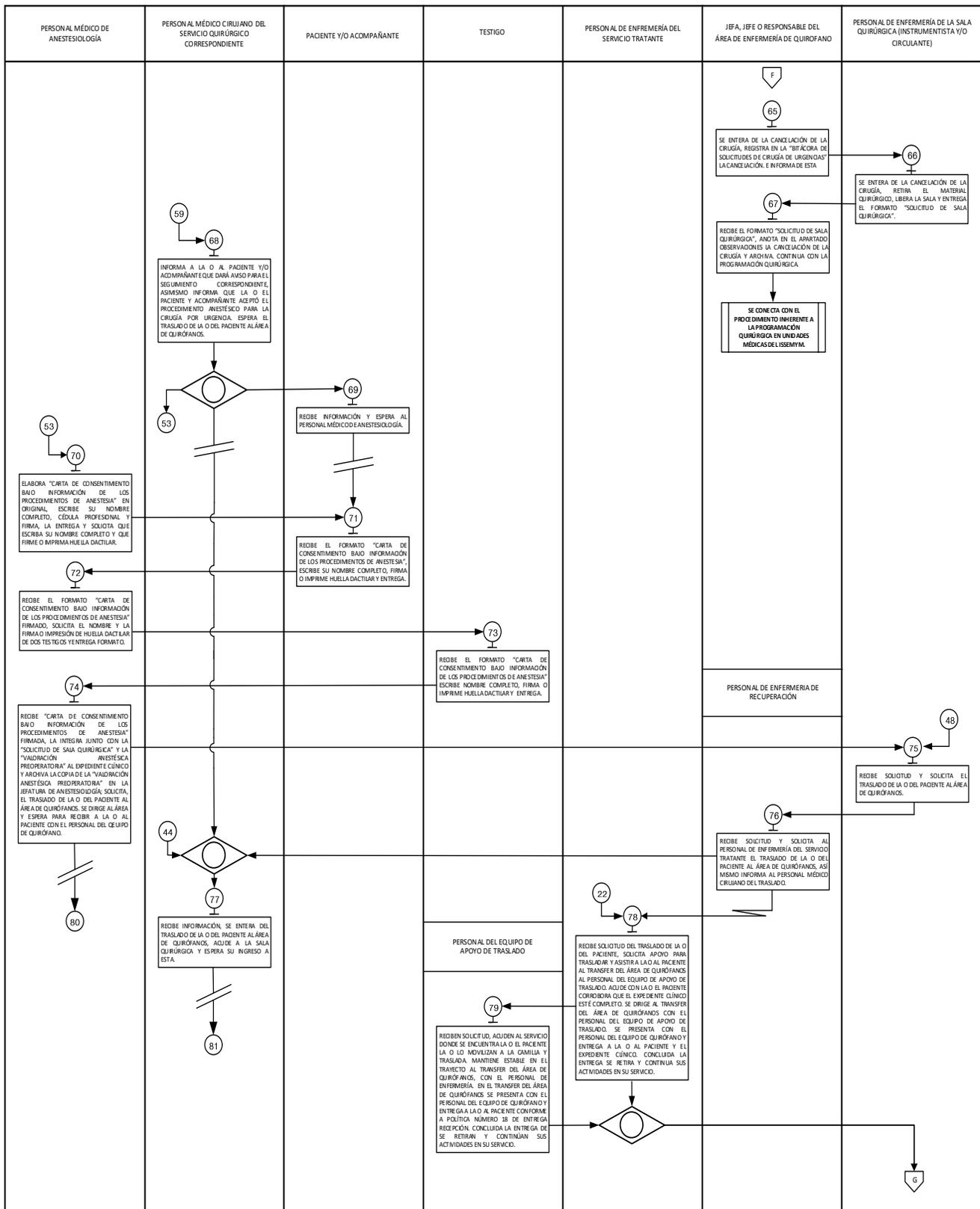
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



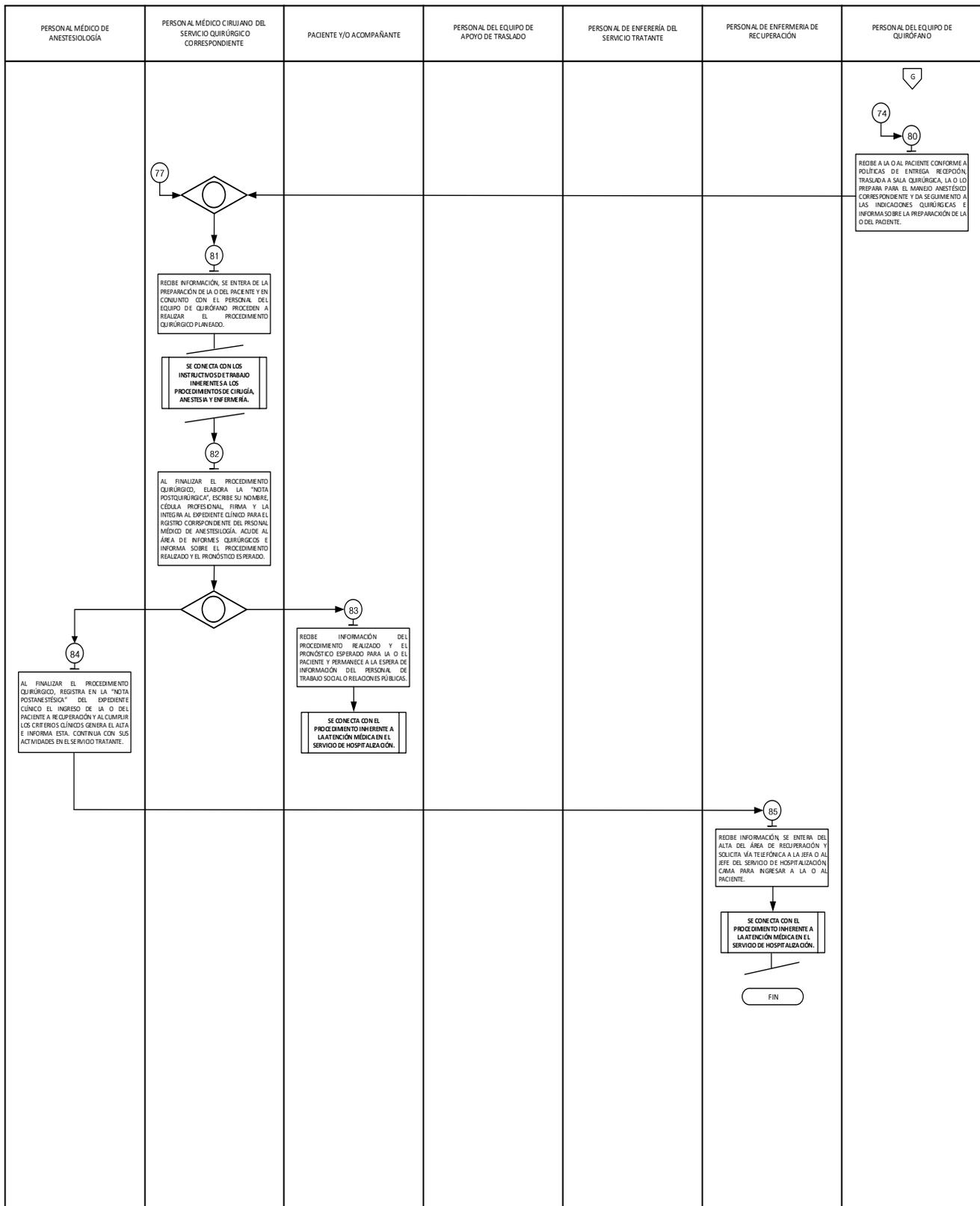
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la intervención quirúrgica por urgencia calificada a la o al paciente, en las unidades médicas del ISSEMYM.

$$\frac{\text{Número mensual de pacientes intervenidos quirúrgicamente por urgencia calificada}}{\text{Número mensual de pacientes que requieren intervención quirúrgica por urgencia calificada}} \times 100 = \text{Porcentaje mensual de pacientes intervenidos quirúrgicamente por urgencia calificada}$$

Registro de Evidencias:

La atención quirúrgica por urgencia calificada queda registrada en las notas médicas del Expediente Clínico de la o del paciente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

Nombre del Formato	Clave
Nota de Evolución	14 000 00L/005/24
Solicitud de Interconsulta	14 000 00L/044/24
Carta de Consentimiento Informado	14 000 00L/130/24
Hoja de Enfermería – Hospitalización	14 000 00L/037/23
Solicitud de Sala Quirúrgica	14 000 00L/003/24
Solicitud de Instrumental Quirúrgico, Equipo, Material de Curación y Ropa a CEyE	14 000 00L/785/23
Valoración Anestésica Preoperatoria.	14 000 00L/138/24
Carta de Consentimiento Bajo Información de los Procedimientos de Anestesia	14 000 00L/116/24
Lista de Verificación de Cirugía Segura	14 000 00L/562/23
Nota Postquirúrgica	14 000 00L/099/24
Bitácora de Solicitudes de Cirugía de Urgencia	14 000 00L/136/24

Instructivo para llenar el formato: Nota de Evolución.		
Objetivo: Registrar de forma sistemática y cronológica la información sobre la evolución del estado de salud de la o del paciente, con la finalidad de realizar las observaciones correspondientes y revisar la respuesta a la terapéutica empleada en la atención médica.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra en el expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/005/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NÚM. DE HOJA	Registrar el número consecutivo de la hoja, según corresponda.
2	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica en donde se otorga la atención médica.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica en donde se otorga la atención médica.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y estado) de la unidad médica en la que se brinda la atención médica.
5	SERVICIO MÉDICO	Escribir el nombre completo del servicio médico que otorga la atención médica. Ejemplo: Terapia Intensiva.
6	NOMBRE COMPLETO DE LA O EL PACIENTE	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
7	CLAVE ISSEMYM	Registrar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente, incluyendo el tipo de derechohabiente. Ejemplo: 9872609-04
8	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el sexo de la o del paciente, H para hombre o M para mujer.
9	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente.
10	EDAD	Anotar con número la edad en años cumplidos de la o del paciente.
11	ESTADO DE SALUD DE LA O DEL PACIENTE	<p>Registrar en el apartado correspondiente los signos vitales, datos antropométricos, la fecha (día, mes y año), la hora (en formato de 24 horas) del estado de salud de la o del paciente y describir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); • Signos vitales, según se considere necesario. • Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente. • Diagnósticos o problemas clínicos. • Pronóstico. • Tratamiento e indicaciones médicas; en caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad. <p>Asimismo, anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y número de cédula profesional de la médica o del médico que otorga la atención médica y realiza la nota de evolución.</p>



Coordinación de Servicios de Salud

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

1/ NÚM. DE FOLIO:

2/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		3/ CLUES:		4/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):	
5/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA (CALLE, NÚM. EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD Y MUNICIPIO):					
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:				7/ CLAVE ISSEMYP:	
8/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		9/ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO		10/ EDAD:	
11/ NÚM. DE CAMA:					
12/ DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA INTERCONSULTA:					
13/ NOMBRE COMPLETO DEL ÁREA O SERVICIO SOLICITANTE:			14/ ESPECIALIDAD QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:		
15/ NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO SOLICITANTE:			16/ NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO SOLICITANTE:		
17/ SOLICITUD DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE (ESPECIALIDAD):				18/ TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> ORDINARIA	
19/ PROBABLE DIAGNÓSTICO:					
20/ ESTUDIOS CON LOS QUE CUENTA EL O LA PACIENTE					
<input type="checkbox"/> CLÍNICOS		<input type="checkbox"/> LABORATORIO		<input type="checkbox"/> RAYOS X	
<input type="checkbox"/> OTROS					
ESPECIFICAR:					
21/ FIRMA DE LA MÉDICA O EL MÉDICO SOLICITANTE:				22/ FECHA DE PRÓXIMA CITA EN ESTE SERVICIO	
				DÍA	
				MES	
				AÑO	

14 000 00L/044/24

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Interconsulta.

Objetivo: Solicitar la participación de otro profesional de la salud, para la valoración de la o del paciente que permita brindar un tratamiento integral.

Distribución y destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se entrega a la o al paciente para que gestione su cita (en caso de encontrarse hospitalizado(a) la o el paciente, se entregará a la médica o al médico que otorgará la interconsulta) y la copia se integra en el expediente clínico de la o del paciente.

Clave: 14 000 00L/044/24.

Núm.	Concepto	Descripción
1	NÚM. DE FOLIO	Anotar el número de folio consecutivo, según corresponda.
2	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la Unidad Médica.
3	CLUES	Anotar la Clave Única de Establecimientos de Salud correspondiente.
4	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.

5	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA (CALLE, NÚM. EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD Y MUNICIPIO)	Anotar el domicilio completo de la Unidad Médica que solicita la interconsulta (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, localidad y municipio).
6	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la o del paciente.
7	CLAVE ISSEMYM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
8	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la o del paciente, H para hombre o M para mujer, según corresponda.
9	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente.
10	EDAD	Anotar con número la edad de la o del paciente en años cumplidos, en caso de tratarse de pacientes menores de un año, se deberá registrar la edad en días o meses cumplidos según corresponda.
11	NÚM. DE CAMA	Registrar el número de cama en la que se encuentra hospitalizado(a) la o el paciente.
12	DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA INTERCONSULTA	Registrar el diagnóstico clínico de presunción, que motiva la solicitud de interconsulta.
13	NOMBRE COMPLETO DEL ÁREA O SERVICIO SOLICITANTE	Anotar el nombre completo del área o servicio que solicita la interconsulta.
14	ESPECIALIDAD QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA	Escribir la especialidad que solicita la interconsulta.
15	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO SOLICITANTE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la médica o del médico que solicita la interconsulta.
16	NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO SOLICITANTE	Registrar el número de cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la o del médico que solicita la interconsulta.
17	SOLICITUD DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE (ESPECIALIDAD)	Registrar el servicio y especialidad a la cual se le solicita la interconsulta.
18	TIPO DE ATENCIÓN	Marcar en el recuadro correspondiente el tipo de atención que se realizará a la solicitud.
19	PROBABLE DIAGNÓSTICO	Registrar el diagnóstico de presunción, que motivo la solicitud de interconsulta.
20	LA O EL PACIENTE TIENE ESTUDIOS	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de estudios con los que cuenta la o el paciente, en caso de seleccionar otros, favor de especificar .
21	FIRMA DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO SOLICITANTE	Asentar la firma autógrafa de la médica o del médico que solicita la interconsulta.
22	FECHA DE PRÓXIMA CITA EN ESTE SERVICIO	Anotar la fecha (día, mes y año) en que será la próxima cita en este servicio, para aquellos pacientes en los cuales se solicitó interconsulta en el servicio de consulta externa.



Coordinación de Servicios de Salud

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:	2/ CLUES:	3/ HORA:	4/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):
5/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:	7/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	8/ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ DÍA MES AÑO	9/ EDAD:
10/ CLAVE ISSEMYM:		11/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE:	
12/ LA PERSONA RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE ES: <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> OTRO		ESPECIFIQUE:	
13/ NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO HOSPITALARIO:		14/ DIAGNÓSTICO MÉDICO:	
15/ YO EN PLENA CAPACIDAD DE MIS FACULTADES COMO: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE 16/ AUTORIZO A: _____ MÉDICA O MÉDICO TRATANTE QUE ATIENDE MI PADECIMIENTO ACTUAL Y AL PERSONAL MÉDICO QUE DECIDA INVOLUCRARSE EN MI TRATAMIENTO, PARA QUE SE ME PRACTIQUE(N) EL(LOS) 17/ PROCEDIMIENTO(S) MÉDICO-QUIRÚRGICO(S) QUE SE DESCRIBE(N) A CONTINUACIÓN: _____ _____ _____ 18/ QUE CONSISTE(N) EN: _____ _____ _____ LO ANTERIOR CON FINES DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DEL PADECIMIENTO QUE AFECTA Y QUE DEBE CONSTAR EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 51 BIS 1 y BIS 2 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 80, 81, 82 Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN VIGOR. ASIMISMO, AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS Y URGENCIAS DERIVADAS DEL ACTO, ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE LIBERTAD PRESCRIPTIVA. MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADA(O) CLARAMENTE DE LOS FINES DE ESTE DOCUMENTO Y DEL ACTO MÉDICO QUE SE ME PROPONE, ASÍ TAMBIÉN, DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS INHERENTES AL MISMO, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES: 19/ BENEFICIOS: _____ _____ _____ 20/ RIESGOS: _____ _____ _____			

POR LO QUE, DECLARO MI CONFORMIDAD CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

21/ AUTORIZÓ PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE	22/ INFORMÓ Y RECABÓ MÉDICA O MÉDICO TRATANTE
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
_____ HUELLA DACTILAR	
23/ TESTIGO	23/ TESTIGO
_____ NOMBRE COMPLETO, PARENTESCO Y FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO, PARENTESCO Y FIRMA

Instructivo para llenar el formato: Carta de consentimiento informado.		
Objetivo: Obtener de la o del paciente, familiar en vínculo más cercano, tutor o representante legal, la autorización para que le sea practicado el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) correspondiente(s), con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, previa información y explicación otorgada sobre los posibles riesgos y beneficios esperados para la o el paciente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra en el expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/130/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la unidad médica donde se realiza el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) a la o al paciente.
2	CLUES	Anotar la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) de la unidad médica.
3	HORA	Registrar la hora y minutos en la que se informa del(los) procedimiento médico-quirúrgico(s) a la o al paciente o persona responsable.
4	FECHA (DÍA, MES, AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) en que se informa del(los) procedimiento médico-quirúrgico(s) a la o al paciente o persona responsable.
5	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Asentar el domicilio completo donde se ubica la unidad médica, calle, número interior y/o exterior, colonia, código postal, municipio, entidad federativa y colindancias o referencias.
6	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Especificar apellido paterno, materno y nombre(s) de la o del paciente.
7	SEXO	Marcar con una X en el recuadro que corresponda al sexo de la o del paciente, H para hombre o M para mujer.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Escribir la fecha de nacimiento (día, mes y año) de la o del paciente.
9	EDAD	Anotar con número la edad en años cumplidos de la o del paciente.
10	CLAVE ISSEMYM	Registrar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
11	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE	Asentar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona responsable de la o del paciente.
12	LA PERSONA RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, quién es la persona responsable de la o del paciente, en caso de marcar la opción OTRO , favor de especificar.
13	NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO HOSPITALARIO	Escribir el nombre completo del servicio hospitalario donde se encuentra la o el paciente.
14	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Indicar el diagnóstico médico y/o padecimiento identificado por el cual se hospitaliza a la o al paciente.
15	YO EN PLENO USO DE MIS FACULTADES COMO	Marcar con una X en el recuadro según corresponda a la persona que otorga la autorización para realizar el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) descritos.
16	AUTORIZO A	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la médica o del médico tratante que se autoriza para que se practiquen el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) correspondiente(s).
17	PROCEDIMIENTO(S) MÉDICO-QUIRÚRGICO(S) QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN	Anotar el nombre completo del(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) al(los) que se someterá a la o al paciente.
18	QUE CONSISTE EN	Describir brevemente, en que consiste el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) que se le realizará(n) a la o al paciente.
19	BENEFICIOS	Anotar los principales beneficios que obtendrá la o el paciente al someterse al(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) descritos.
20	RIESGOS	Escribir los riesgos que podrá sufrir el paciente al someterse al(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s).
21	PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y colocar la huella dactilar (dedo índice o pulgar derecho) de la o del paciente o persona responsable, que autoriza se le realice(n) el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) correspondientes, previa información otorgada sobre los posibles riesgos y beneficios.
22	INFORMA LA MÉDICA O EL MÉDICO TRATANTE	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la médica o del médico tratante, que informa los riesgos y beneficios del(los) procedimiento(s) médico-quirúrgico(s) a realizar y recaba el consentimiento para el acto específico que es otorgado.
23	TESTIGO	Registrar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, parentesco que tiene con la o el paciente y asentar la firma autógrafa de la persona que atestigua la información proporcionada en el formato.

HORA	25/ MICROINYECCIONES	26/ INGRESOS													27/ EGRESOS																							
		MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES													SECRETIONES	URINAS	EVACUACIONES	PERDIDAS INSPIRATORIAS	EMESIS	DRENAJE 1	DRENAJE 2	DRENAJE 3	OTROS	TOTAL														
														COMPONENTES SANGUINEOS	ENJAMBLE # (D.A.S)	VIA ORAL	OTROS	TOTAL																				
08:00																																						
09:00																																						
10:00																																						
11:00																																						
12:00																																						
13:00																																						
14:00																																						
15:00																																						
16:00																																						
17:00																																						
18:00																																						
19:00																																						
20:00																																						
21:00																																						
22:00																																						
23:00																																						
00:00																																						
01:00																																						
02:00																																						
03:00																																						
04:00																																						
05:00																																						
06:00																																						
07:00																																						

28/ BALANCE DE LIQUIDOS					
TURNO	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	24 HORAS	ACUMULADO
INGRESOS					
EGRESOS					
TOTAL					

29/ SOLUCIONES PARENTERALES		
TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO

Instructivo para llenar el formato: Hoja de enfermería - hospitalización.		
Objetivo: Documentar la condición y evolución de la o del paciente, así como la atención que proporciona el personal de enfermería, para el seguimiento correspondiente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra en el expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/037/23.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se brinda atención médica a la o al paciente.
2	NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO	Registrar el nombre completo del servicio hospitalario donde se encuentra la o el paciente.
3	NÚM. DE CAMA	Escribir el número asignado a la cama que ocupa la o al paciente.
4	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
5	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Asentar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
6	CLAVE ISSEMYM	Escribir la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
7	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la o del paciente, H para hombre y M para mujer.
8	NÚM. DE HOJA	Escribir el número de hoja en orden progresivo.
9	FECHA DE NACIMIENTO	Especificar la fecha de nacimiento (día, mes y año) de la o del paciente.
10	EDAD	Anotar con número los años cumplidos de la o del paciente. En caso de menores de un año o recién nacidos anotar meses o días, según corresponda.
11	GRUPO Y Rh	Asentar el grupo sanguíneo y factor Rh de la o del paciente.
12	PESO	Especificar en kilogramos (kg) el peso actual de la o del paciente.
13	TALLA	Anotar la talla de la o del paciente en centímetros (cm).
14	FECHA DE INGRESO (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) de ingreso de la o del paciente a la unidad médica.
15	NÚM. DE DÍAS DE ESTANCIA	Escribir el número de días de hospitalización de la o del paciente, empezando el primer día de internamiento con el número 0.
16	SUPERFICIE CORPORAL	Asentar en m ² el resultado del cálculo de la fórmula correspondiente a cada paciente: Pacientes menores de 10 kg: $SC = (\text{Peso} \times 4 + 9) / 100$
17	COMORBILIDADES	Especificar la(s) comorbilidad(es) que tiene la o el paciente.
18	DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INGRESO	Anotar el(los) diagnóstico(s) médico(s) de la o del paciente a su ingreso.
19	ALERGIAS	Registrar con letras mayúsculas las alergias a medicamentos, alimentos o sustancias de la o del paciente.
20	DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUALIZADO	Escribir el(los) diagnóstico(s) médico(s) actual(es) de la o del paciente.
21	CONSTANTES VITALES	Asentar la cifra obtenida de la medición de las constantes vitales en un minuto, así como del perímetro cefálico y abdominal; y en los espacios correspondientes con la gráfica de: * Frecuencia cardiaca: Indicar con un punto de tinta color negro la cantidad de pulsaciones identificadas al colocar los dedos sobre las arterias de la o del paciente.

		* Temperatura: Asentar con punto de tinta color rojo el resultado de la medición de la temperatura corporal de la o del paciente.
22	VALORACIÓN PUPILAR	Escribir respuesta y tamaño de ambas pupilas (Reactivas R, No reactivas NR).
23	PARÁMETROS VENTILATORIOS	Indicar en los rubros que corresponda de acuerdo con la fase ventilatoria en que se encuentra la o el paciente el dispositivo y los parámetros establecidos (Modalidad FIO2, V.C., PIM, PEEP, presión soporte y flujo).
24	ESCALAS	Asentar en el horario en que son valoradas, el resultado obtenido de las escalas evaluadas en la o el paciente.
25	MICRONEBULIZACIONES	Especificar en el espacio del horario correspondiente, el nombre del medicamento de las micronebulizaciones administradas a la o al paciente.
26	INGRESOS	Anotar el nombre y cantidad en mililitros en los cuales se administran los medicamentos y soluciones parenterales a la o al paciente, así como la cantidad (en la misma unidad de medida) de los componentes sanguíneos, enjuague del equipo antes o después de la administración de medicamentos, ingresos por vía oral, otro tipo de ingresos oral o parenterales, así como el total de líquido ingresado.
27	EGRESOS	Registrar la cantidad en mililitros (ml) de secreciones, orina, evacuaciones, emesis (vómito) drenajes o cualquier otro tipo de egreso y el total del líquido egresado del paciente.
28	BALANCE DE LÍQUIDOS	Escribir por turno la cantidad total de ingresos y egresos de líquidos, así como el balance total y en 24 horas.
29	SOLUCIONES PARENTERALES	Indicar en el recuadro del turno correspondiente, el contenido de las soluciones parenterales de base, indicadas en la prescripción médica.
30	DISPOSITIVOS INVASIVOS	Asentar de acuerdo con el número consecutivo: el nombre del dispositivo, calibre, nombre de la persona que realiza la instalación, la fecha de instalación, los días de permanencia y localizarlos en el esquema conforme el numeral correspondiente; asimismo, registrar la fecha de retiro del dispositivo
31	REACTIVOS	Especificar los resultados obtenidos de la aplicación de tiras reactivas en orina o evacuaciones para identificar: leucocitos, sangre, bilirrubina, cetonas, proteínas, PH, glucosa y densidad urinaria; así como glucometrías.
32	DIETA	Anotar por turno los alimentos ingeridos por la o el paciente.
33	VALORACIÓN	Registrar el turno, la hora, el patrón alterado y la alteración identificada en la o el paciente, conforme la valoración de los 11 patrones funciones de Marjory Gordon.
34	DIAGNÓSTICO	Escribir el turno, la hora y la etiqueta diagnóstica de enfermería identificada en la o el paciente de acuerdo con la valoración realizada.
35	PLANEACIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Indicar los rubros que evaluará la escala Diana de acuerdo con el resultado esperado, así como el valor numérico al que se pretende aumentar o mantener, el puntaje alcanzado y la hora en la que se evalúan los resultados alcanzados.
36	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Asentar la etiqueta de la intervención de enfermería realizada a la o al paciente y la hora en que ésta se llevó a cabo.
37	ORIENTACIÓN A LA O AL PACIENTE Y FAMILIAR	Marcar con una X en el recuadro la opción según corresponda, en el caso de dar continuidad con cuidados en casa, especificar cuáles.
38	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA APLICADAS	Marcar con una X en el recuadro la opción correspondiente. Anotar la clave de la guía de práctica clínica aplicada con base en el catálogo maestro de guías de práctica clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
39	OBSERVACIONES	Registrar los eventos importantes de la o del paciente que se presentaron durante el turno, nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa y número de cédula profesional de la enfermera o del enfermero que elabora el formato, según corresponda.



Coordinación de Servicios de Salud

SOLICITUD DE SALA QUIRÚRGICA

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		2/ CLUES:		3/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):	
4/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:					
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:				6/ CLAVE ISSEMYM:	
7/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		8/ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO		9/ EDAD:	
10/ NÚM. DE CAMA:					
11/ NOMBRE COMPLETO DE LA ESPECIALIDAD DE:					
12/ TIPO DE CIRUGÍA: <input type="checkbox"/> ELECTIVA <input type="checkbox"/> CALIFICADA ABSOLUTA <input type="checkbox"/> CALIFICADA RELATIVA			13/ FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZARÁ LA CIRUGÍA: ____ / ____ / ____ A LAS ____ HORAS		
14/ DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:					
15/ CIRUGÍA PROYECTADA					
16/ GRADO DE RIESGO OPERATORIO:			17/ POSICIÓN QUIRÚRGICA:		
18/ DURACIÓN APROXIMADA DE LA CIRUGÍA:			19/ TIPO DE ANESTESIA QUE SE APLICARÁ		
20/ GRUPO SANGUÍNEO:		21/ FACTOR RH:		22/ ¿CASO SÉPTICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
23/ SE REQUIERE DURANTE LA CIRUGÍA, DE LA COLABORACIÓN DEL SERVICIO DE:					
24/ AGRÉGUENSE AL INSTRUMENTAL:					
25/ OBSERVACIONES:					
26/ REALIZÓ LA SOLICITUD PERSONAL MÉDICO CIRUJANO			27/ Va. Bn. JEFA, JEFE O RESPONSABLE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA		
_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL			_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL		

28/ FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL FORMATO:

____ / ____ / ____ : ____

DÍA MES AÑO HORA MINUTOS

14 000 00L/003/24

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de sala quirúrgica.		
Objetivo: Tener registro de la identificación correcta de la o del paciente, del personal médico especialista, la infraestructura física e instrumental quirúrgico que se requiere para realizar la cirugía, con la finalidad de brindar seguridad y atención en la sala quirúrgica.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en dos originales. El primer original se resguarda en la Jefatura del Área de Quirófano de Enfermería y el segundo se integra en el expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/003/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la unidad médica en la que se otorga la atención médica a la o al paciente.
2	CLUES	Anotar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la unidad médica.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y estado) de la unidad médica en la que se otorga la atención médica.
5	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
6	CLAVE ISSEMYM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
7	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la o del paciente, H para hombre o M para mujer.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente.
9	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de la o del paciente. Ejemplo: 32 años.
10	NÚM. DE CAMA	Registrar el número de cama en donde se encuentra la o el paciente.
11	NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO MÉDICO O ESPECIALIDAD	Escribir el nombre completo del servicio médico o especialidad en la que se encuentra la o el paciente. Ejemplo: Cirugía General.
12	TIPO DE CIRUGÍA	Marcar con una X en el recuadro que corresponda, el tipo de cirugía que se realizará.
13	FECHA Y HORA EN QUE DEBERÁ OPERARSE	Registrar con número la fecha (día, mes y año) y hora (en horario de 24 horas) en que se realizará la intervención quirúrgica a la o al paciente. Ejemplo: 03/06/2021 a las 17:30.
14	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	Anotar el diagnóstico de la o del paciente por el que se decide realizar la cirugía.
15	CIRUGÍA PROYECTADA	Registrar la cirugía que se planea realizar.
16	GRADO DE RIESGO OPERATORIO	Anotar el grado de riesgo operatorio, según la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).
17	POSICIÓN QUIRÚRGICA	Indicar la posición en la que se colocará a la o al paciente para la cirugía.
18	DURACIÓN APROXIMADA DE LA CIRUGÍA	Registrar el tiempo que se considera será la duración de la cirugía.
19	TIPO DE ANESTESIA QUE SE APLICARÁ	Anotar el tipo de anestesia que se aplicará a la o al paciente.
20	GRUPO SANGUÍNEO	Registrar el grupo sanguíneo que tiene la o el paciente.
21	FACTOR RH	Escribir el factor Rhesus (Rh) que tiene la o el paciente.
22	¿CASO SÉPTICO?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si corresponde o no a un caso séptico, de acuerdo con el tipo de herida.
23	SE REQUIERE DURANTE LA CIRUGÍA, DE LA COLABORACIÓN DEL SERVICIO DE	Anotar el(los) servicio(s) de los que se requiere su colaboración durante la cirugía. Ejemplo: Banco de sangre, patología, imagenología, etcétera.
24	AGRÉGUENSE AL INSTRUMENTAL	Registrar el equipamiento requerido para la cirugía.
25	OBSERVACIONES	Anotar el requerimiento de algún apoyo adicional.
26	REALIZÓ LA SOLICITUD	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y anotar el número de cédula profesional del personal médico cirujano, que realiza la solicitud de procedimiento quirúrgico.
27	Vo. Bo.	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y registrar el número de cédula profesional de la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología que da el visto bueno de la información proporcionada en el formato.
28	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL FORMATO	Registrar con número la fecha (día, mes y año) y hora (en horario de 24 horas) en que la jefa, jefe o responsable del Servicio de Anestesiología recibe el formato.

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de instrumental quirúrgico, equipo, material de curación y ropa a CEyE.		
Objetivo: Registrar el instrumental, equipo médico, material de curación y ropa quirúrgica que se solicita a CEyE, para las cirugías o procedimientos quirúrgicos.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se resguarda en la Jefatura del Servicio de Central de Equipos y Esterilización y la copia de archiva en la Jefatura o Área del Servicio de Quirófano.		
Clave: 14 000 00L/785/23.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica, según corresponda.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato. Ejemplo: 13/08/23.
3	TIPO DE QUIRÓFANO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el tipo de quirófano donde se realizará la cirugía o procedimiento quirúrgico.
4	TURNO	Asentar el turno durante el cual se realiza la solicitud de instrumental, equipo, material o ropa quirúrgica.
5	NÚM. DE SALA	Registrar el número de sala donde se realizará la cirugía o procedimiento quirúrgico.
6	INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	Escribir el nombre completo del instrumental quirúrgico, dispositivo o equipo médico que se solicita.
7	ARTÍCULOS SOLICITADOS	Anotar con letra el número de artículos que se solicitan a la Central de Equipos y Esterilización.
8	ARTÍCULOS SURTIDOS	Asentar con letra el número de artículos que surte la Central de Equipos y Esterilización.
9	ARTÍCULOS DEVUELTOS	Registrar con letra el número de artículos que se devuelven a la Central de Equipos y Esterilización, circular los artículos completos y colocar la letra E de entregado.
10	ARTÍCULOS EN SALA QUIRÚRGICA	Escribir con letra el número de artículos que se quedan en la sala quirúrgica.
11	INSUMOS	Indicar el nombre completo de los insumos que se solicitan.
12	SOLICITÓ	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la enfermera o del enfermero que solicita el instrumental, material, equipo o ropa.
13	SURTIÓ	Asentar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la enfermera o del enfermero que surte el instrumental, material, equipo o ropa.
14	RECIBIÓ	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la enfermera o del enfermero que solicita el instrumental, material, equipo o ropa.
15	ENLACE DE TURNO EN CEyE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la enfermera o del enfermero que recibe o entrega el instrumental, material, equipo o ropa durante el enlace de turno en el servicio de Central de Esterilización y Equipos.
16	ENLACE DE TURNO QUIRÓFANO	Registrar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la enfermera o del enfermero que recibe o entrega el instrumental, material, equipo o ropa durante el enlace de turno en el servicio de quirófano.



Coordinación de Servicios de Salud

VALORACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA										
1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			2/ CLÍNICA:		3/ HORA:		4/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):			
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:							6/ CLAVE ISSEM/IME			
7/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	8/ FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO		9/ EDAD:		10/ OCUPACIÓN:		11/ RELIGIÓN:		12/ GRUPO SANGÜINEO:	
13/ NO. DE CAMA:										
14/ DATOS QUIRÚRGICOS										
DIAGNÓSTICO OPERATORIO:					PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:					
15/ ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS										
<input type="checkbox"/> HTA	DIABETES <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II		<input type="checkbox"/> EPOC		<input type="checkbox"/> ASMA		<input type="checkbox"/> IAM		N/HA ANGINA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
OTROS (DESCRIPCIÓN):										
16/ ANTECEDENTES TÓXICO ALÉRGICOS										
<input type="checkbox"/> TABACO (CANTIDAD/TIEMPO):			<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO (CANTIDAD/TIEMPO):			<input type="checkbox"/> OTROS (CANTIDAD/TIEMPO):				
<input type="checkbox"/> ALERGIAS			TRATAMIENTO:			CONTROL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		OTRA CRISIS:		
TRANSFUSIONES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			FECHA DE ÚLTIMA TRANSFUSIÓN:			REACCIONES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
17/ ANTECEDENTES FAMILIARES										
18/ ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y EVENTOS ANESTÉSICOS										
19/ MEDICACIÓN ACTUAL (DOSIS)										
20/ PADECIMIENTO ACTUAL										
21/ CONDICIÓN FÍSICA										
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	ASA - PS	E. LL. A. B.	PESO:	TALLA:	IMC:	PA:	FC:	FR:	SpO ₂	
T°:	GLASSGOW:									
22/ VALORACIÓN POR SISTEMAS:										
CRÁNEO:										
OTI:										
VÍA AEREA:		MULLAMVATI:			A. ORAL		DEM		FLEXIBILIDAD	
DRESE: PTL		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			>EOR - <E OR		>EOR - <E OR		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	
STOP BANG: PTL		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			PME 1 2 3		CUREO: CIL: GR:		S. ORADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
S. RESPIRATORIO:										
S. CARDIOVASCULAR (METS):										
S. GASTROINTESTINAL:										
S. GENITOURINARIO:										
S. NEUROLÓGICO:										
S. ENDOCRINO:										
S. MUSCULO ESQUELÉTICO:										
23/ LABORATORIO/ GABINETE				24/ VALORACIÓN DE RIESGOS						
HEMOGLOBINA				VÍA AEREA <input type="checkbox"/> FÁCIL <input type="checkbox"/> DIFÍCIL						
HEMATOCRITO				CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO						
PLAQUETAS				PULMONAR (BRONCAT) <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> INTERMEDIO <input type="checkbox"/> ALTO						
LEUCOCITOS				TRONCOBULBOSO (CAPRIE) <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO						
GLUCOSA / HEMO				QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> INTERMEDIO <input type="checkbox"/> ALTO						
UREA				MÁSCA Y VENTIL (APPEL) <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> ALTO						
CREATINA				HERNIA (CHILD - PUGH) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C						
AST / ALT				25/ TÉCNICA ANESTÉSICA RECOMENDADA						
BT / NO / BI										
ALCOHOL				26/ RECOMENDACIONES PREANESTÉSICAS Y CONTROL DE RIESGO						
TP / TPT / TUP / BAK										
Na / K / Cl / Mg / Ca										
TSH / TR / T4										
SANGRENTIA										
ECG										
EC TÓRAC										
ECOCARDIOGRAMA										
27/ OBSERVACIONES:										

Instructivo para llenar el formato: Valoración Anestésica Preoperatoria.		
Objetivo: Evaluar el estado físico y riesgos de la o del paciente quirúrgico para establecer un plan preanestésico, con el propósito de reducir las complicaciones perioperatorias.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y una copia. El original se integra en el expediente clínico de la o del paciente y la copia se archiva en la Jefatura de Anestesiología.		
Clave: 14 000 00L/138/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica en la que se elabora el formato.
2	CLUES	Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), correspondiente a la unidad médica.
3	HORA	Anotar la hora y minutos en que se realiza la elaboración del formato.
4	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
5	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la o del paciente.
6	CLAVE ISSEMYM	Registrar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
7	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el sexo de la o del paciente H para hombre o M para mujer.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente.
9	EDAD	Escribir la edad en años cumplidos de la o del paciente.
10	OCUPACIÓN	Especificar la ocupación habitual de la o del paciente.
11	RELIGIÓN	Anotar la religión que profesa la o el paciente.
12	GRUPO SANGUÍNEO	Indicar el grupo sanguíneo de la o del paciente.
13	NÚM. DE CAMA	Registrar el número de cama donde se encuentra hospitalizado(a) el o la paciente.
14	DATOS QUIRÚRGICOS	Indicar el(los) diagnóstico(s) operatorio(s) de la o del paciente y anotar el nombre completo del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar a la o al paciente.
15	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Marcar con una X en el recuadro correspondiente la opción que corresponda a la(s) patología(s) que presenta la o el paciente.
16	ANTECEDENTES TÓXICO ALÉRGICOS	Marcar con una X en el recuadro correspondiente los antecedentes tóxico-alérgicos de la o del paciente. En el caso de presentar antecedentes alérgicos indicar el tipo de tratamiento, marcar con una X en el recuadro la opción, según corresponda y anotar la fecha (día, mes y año) de la última crisis.

17	ANTECEDENTES FAMILIARES	Anotar los antecedentes heredofamiliares de la o del paciente.
18	ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y EVENTOS ANESTÉSICOS	Escribir el nombre completo de las cirugías previas y procedimientos anestésicos que se hayan realizado con anterioridad a la o al paciente.
19	MEDICACIÓN ACTUAL (DOSIS)	Registrar el nombre de los medicamentos que se estén administrando a la o al paciente, y especificar la última dosis.
20	PADECIMIENTO ACTUAL	Anotar el nombre completo del padecimiento actual o problema de salud que lleva a la o al paciente a cirugía.
21	CONDICIÓN FÍSICA	Marcar con una X la opción que corresponda a la Clasificación del Estado Físico de la ASA (American Society of Anesthesiologists) y escribir en los recuadros correspondientes, los datos de exploración física correspondientes a peso (kilogramos), talla (metros), índice de masa corporal (IMC), signos vitales: presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación periférica de oxígeno (SpO ₂), temperatura (T) y escala de coma de Glasgow.
22	VALORACIÓN POR SISTEMAS	Especificar los datos más relevantes de la evaluación clínica de los aparatos y sistemas requeridos, establecer la valoración de la vía aérea de acuerdo con los datos requeridos por OBESE, STOP BANG, clasificación de Mallampati, apertura oral, distancia esternometoniana, protrusión mandibular, flexoextensión, cuello corto o largo, circunferencia de cuello y signo del orador; marcando con una X en los recuadros que correspondan a la información solicitada.
23	LABORATORIO/ GABINETE	Indicar los resultados más recientes de cada uno de los parámetros de laboratorio y gabinete de la o del paciente, anotar la fecha (día, mes y año) en que se realizaron.
24	VALORACIÓN DE RIESGOS	Marcar con una X la opción que corresponda a la estimación del riesgo asignado a la o al paciente de acuerdo con cada parámetro descrito (vía aérea, riesgo cardiovascular, riesgo de náusea y vómito postoperatorio y riesgo hepático).
25	TÉCNICA ANESTÉSICA RECOMENDADA	Anotar la técnica anestésica recomendada y/o sugerida de acuerdo con las condiciones clínicas de la o del paciente.
26	RECOMENDACIONES PREANESTÉSICAS Y CONTROL DE RIESGO	Especificar las indicaciones preoperatorias que requiere la o el paciente de acuerdo con sus condiciones clínicas, cirugía programada y necesidades de optimización de su estado clínico.
27	OBSERVACIONES	Anotar los datos agregados que se consideren pertinentes para establecer las condiciones clínicas de la o del paciente, así como los resultados de las valoraciones, recomendaciones de optimización y/o asignación de riesgos de otros especialistas.
28	REALIZÓ LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y anotar el número de cédula profesional de la médica o del médico responsable que realiza la valoración preanestésica de la o del paciente.

- QUE EN MI ATENCIÓN PUEDEN INTERVENIR MÉDICAS O MÉDICOS EN ENTRENAMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA, PERO SIEMPRE BAJO LA SUPERVISIÓN DE UNA MÉDICA O MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA.
- QUE DURANTE EL CURSO DE LA ANESTESIA Y LA CIRUGÍA PUEDEN SURGIR CAMBIOS IMPREDECIBLES EN MI CONDICIÓN FÍSICA, REQUIRIÉNDOSE HACER MODIFICACIONES A LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS PREVIAMENTE. AUTORIZO EN ESTE CASO, QUE EL ANESTESIOLOGO Y OTROS ESPECIALISTAS PUEDAN EJERCER ACCIONES EN MI BENEFICIO COMO SU PRIORIDAD E INCLUSO INTERRUMPIR LA OPERACIÓN, ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE LIBERTAD PRESCRIPTIVA.
- QUE EXISTEN RIESGOS FRECUENTES QUE ACOMPAÑAN A LOS DIFERENTES TIPOS DE ANESTESIA, LOS CUALES INCLUYEN: ANAFILAXIA, DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD A LA VENTILACIÓN Y/O A LA INTUBACIÓN TRAQUEAL, LESIÓN DENTAL, EDEMA O LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS DE CAVIDAD ORAL, LARINGOESPASMO, BRONCOESPASMO, ASPIRACIÓN BRONQUIAL, LESIÓN NERVIOSA, DOLOR LUMBAR, CEFALEA POSTPUNCIÓN, RUPTURA DE CATÉTER, NÁUSEAS, VÓMITO, LESIONES OCULARES, LESIONES VASCULARES, REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS Y EN CONTADOS CASOS LESIÓN PERMANENTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CORAZÓN, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O INCLUSO LA MUERTE. QUE EN CASO DE SER NECESARIO ACEPTO Y AUTORIZO SE ME REALICE UNA TRANSFUSIÓN DE CUALQUIER PRODUCTO HEMÁTICO.
- ME HAN SIDO ACLARADAS TODAS LAS DUDAS SURGIDAS DESPUÉS DE LEER LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA OTORGADO.
- QUE ME COMPROMETO A SEGUIR LAS INDICACIONES MÉDICAS QUE SE ME NOTIFIQUEN.
- QUE TENGO DERECHO A CAMBIAR MI DECISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO AL INICIO DEL ACTO ANESTÉSICO, MANIFESTÁNDOLO ANTES DE QUE SE ADMINISTRE CUALQUIER MEDICAMENTO.
- QUE SE ME HA INFORMADO QUE, DE NO EXISTIR ESTE DOCUMENTO DEBIDAMENTE FIRMADO, NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO PLANEADO.

CON EL PROPÓSITO DE QUE MI ATENCIÓN SEA ADECUADA, **CERTIFICO QUE EN USO DE MI RAZÓN Y COMPLETA CONDICIÓN MENTAL, HE EXPRESADO AL ANESTESIOLOGO LOS SIGUIENTES ASPECTOS MÉDICOS:**

1. TODAS MIS PATOLOGÍAS MAYORES Y MENORES.
2. TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS A QUE HE SIDO SOMETIDO(A), ENFATIZANDO COMPLICACIONES PREVIAS.
3. TODOS LOS MEDICAMENTOS, ALIMENTOS O SUSTANCIAS POSIBLES QUE ME PRODUCEN ALERGIA.
4. TODOS LOS MEDICAMENTOS, SUSTANCIAS TÓXICAS Y/O ADICTIVAS EMPLEADAS EN EL PASADO Y EN LA ACTUALIDAD.
5. HE RESPONDIDO CON VERACIDAD A CUALQUIER PREGUNTA RELEVANTE RELACIONADA CON LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA.

MUJERES EMBARAZADAS.

ADEMÁS DE LO ANTERIORMENTE DESCRITO, EN MI SITUACIÓN PARTICULAR DE EMBARAZO:

- **ACEPTO Y ESTOY CONSCIENTE QUE LOS MEDICAMENTOS CON ANESTESIA PUEDEN CRUZAR LA BARRERA PLACENTARIA, ALCANZANDO AL BEBÉ Y AFECTÁNDOLO TEMPORALMENTE.**
- **ENTIENDO QUE: AUNQUE LAS COMPLICACIONES FATALES SON RARAS, DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DEL EMBARAZO SE PUEDE PRESENTAR: DEFECTOS DE NACIMIENTO, PARTO PREMATURO, ABORTO ESPONTÁNEO, DAÑO AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y MUERTE.**
- **DECLARO QUE TODAS MIS PREGUNTAS FUERON RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE Y ACEPTO EL PLAN ANESTÉSICO.**

17/ CLASIFICACIÓN ASA (CÍRCULO)						
I	II	III	IV	V	U	E
18/ AUTORIZÓ PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE			19/ INFORMÓ MÉDICA O MÉDICO			
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DACTILAR			_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			
20/ TESTIGO			20/ TESTIGO			
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			

14 000 00L/116/24

Instructivo para llenar el formato: Carta de consentimiento informado de los procedimientos de anestesia.		
Objetivo: Obtener de la o del paciente, familiar más cercano en vínculo o representante legal, la aceptación del procedimiento anestésico requerido para su tratamiento; previa información otorgada sobre los riesgos y beneficios.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se integra en el expediente clínico de la o del paciente y la copia se archiva en la Jefatura de Anestesiología.		
Clave: 14 000 00L/116/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se realizará el procedimiento médico, tratamiento o intervención quirúrgica.
2	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica en donde se realizará el procedimiento médico, tratamiento o intervención quirúrgica.
3	HORA	Asentar la hora y minutos en que se elabora el formato.
4	FECHA	Registrar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
5	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y estado) de la unidad médica en donde se realizará el procedimiento médico, tratamiento o intervención quirúrgica.
6	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
7	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente.
8	EDAD	Anotar con número la edad en años cumplidos de la o del paciente.
9	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
10	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del responsable de la o del paciente.
11	LA O EL RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE ES	Marcar con una X en el recuadro la opción según corresponda.
12	DIAGNÓSTICO	Anotar el(los) diagnóstico(s) de la o del paciente.
13	POR MEDIO DE LA PRESENTE, EN PLENA CAPACIDAD DE MIS FACULTADES COMO	Marcar con una X en el círculo la opción para indicar quien otorga la autorización correspondiente.
14	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO A REALIZAR	Especificar el nombre completo del procedimiento anestésico, que se va a realizar a la o al paciente.
15	TIPO DE PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN	Marcar con una X en el recuadro, el tipo de procedimiento o intervención quirúrgica.
16	LA TÉCNICA ANESTÉSICA INDICADA PARA ESTE PROCEDIMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente la técnica anestésica que se va a utilizar en la o el paciente.
17	CLASIFICACIÓN ASA (CÍRCULO)	Marcar con un círculo la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo con el estado físico de la o del paciente.
18	ACEPTÓ	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la o del paciente o persona responsable que acepta la técnica anestésica a utilizar en el procedimiento quirúrgico.
19	INFORMÓ	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la médica o del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento.
20	TESTIGO	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, parentesco y asentar la firma autógrafa del testigo, según corresponda.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

INSTRUCCIONES: MARCAR EN EL RECUADRO UNA SI SE CUMPLE O UNA SI NO SE CUMPLE CON CADA CRITERIO, MARQUE TODOS LOS RECUADROS.

<p>ENTRADA - ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA</p> <p>EN PRESENCIA DE(LA) MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A) Y PERSONAL DE ENFERMERÍA, LA O EL PACIENTE CONFIRMA:</p> <p><input type="checkbox"/> SU IDENTIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> SU CONSENTIMIENTO</p> <p>¿ESTÁ MARCADO EL SITIO QUIRÚRGICO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> SI APLICA</p> <p>SE COMPLETÓ EL CONTROL DE SEGURIDAD DE LA ANESTESIA AL REVISAR:</p> <p><input type="checkbox"/> EL INSTRUMENTAL</p> <p><input type="checkbox"/> LA DISPONIBILIDAD Y ÓPTIMAS CONDICIONES DE LOS MEDICAMENTOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL RIESGO ANESTÉSICO</p> <p><input type="checkbox"/> SE COLOCÓ Y SE COMPROBÓ QUE FUNCIONE CORRECTAMENTE EL OXÍMETRO DE PULSO</p>	<p>PAUSA QUIRÚRGICA - ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</p> <p>SE VERIFICA QUE TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y SU FUNCIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> MÉDICO(A) CIRUJANO(A)</p> <p><input type="checkbox"/> MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A)</p> <p><input type="checkbox"/> PERSONAL DE ENFERMERÍA</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p> <p>SE CONFIRMA DE MANERA VERBAL E INDIVIDUAL POR EL(LA) MÉDICO CIRUJANO(A), EL(LA) MÉDICO ANESTESIOLOGO(A) Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.</p> <p><input type="checkbox"/> LA IDENTIDAD DE LA O DEL PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> POSICIÓN DE LA O DEL PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SE REALIZÓ LA ASEPSIA DEL SITIO</p> <p>¿SE ADMINISTRÓ PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿SE REQUIEREN ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA?</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> SI</p> <p>EL EQUIPO ESTÁ DENTRO DE QUIRÓFANO</p> <p>LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SE PUEDEN VISUALIZAR</p> <p>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>EL(LA) MÉDICO(A) CIRUJANO(A) INFORMA:</p> <p><input type="checkbox"/> LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS</p> <p><input type="checkbox"/> LA DURACIÓN DE LA CIRUGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> LA HERIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <p>EL(LA) MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A) NOTIFICA:</p> <p><input type="checkbox"/> LA EXISTENCIA DE ALGÚN RIESGO O ENFERMEDAD EN LA O EL PACIENTE, QUE COMPLICHE LA CIRUGÍA</p> <p>EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NOTIFICA:</p> <p><input type="checkbox"/> LA FECHA Y EL MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN DEL EQUIPO E INSTRUMENTAL</p> <p><input type="checkbox"/> LA EXISTENCIA DE ALGÚN PROBLEMA CON EL INSTRUMENTAL, LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO</p>	<p>SALIDA - ANTES DE QUE LA O EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO</p> <p>CON EL(LA) MÉDICO(A) CIRUJANO(A), EL(LA) MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A) Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EL(LA) RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA CONFIRMA VERBALMENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL, GASAS Y AGUJAS</p> <p><input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS (NOMBRE DE LA O DEL PACIENTE, CLAVE ISSEMMY Y DESCRIPCIÓN)</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> SI</p> <p>LOS PROBLEMAS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS QUE DEBEN SER NOTIFICADOS Y RESUELTOS</p> <p>EL(LA) MÉDICO(A) CIRUJANO(A), EL(LA) MÉDICO ANESTESIOLOGO(A) Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMENTAN:</p> <p><input type="checkbox"/> LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA</p> <p><input type="checkbox"/> EL PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> LOS RIESGOS</p> <p>¿OCURRIERON EVENTOS ADVERSOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿SE REGISTRÓ EL EVENTO ADVERSO</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (DÓNDE?)</p> <p>8/ MÉDICO(A) CIRUJANO(A) FIRMA:</p> <p>9/ MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A) FIRMA:</p> <p>10/ ENFERMERO(A) INSTRUMENTISTA FIRMA:</p> <p>11/ RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA FIRMA:</p>
<p>1/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:</p> <p>2/ CLAVE ISSEMMY: <input type="text"/> 3/ SEXO: <input type="text"/></p> <p>4/ FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO): <input type="text"/> 5/ EDAD: <input type="text"/></p> <p>6/ CIRUGÍA PROGRAMADA: <input type="text"/></p> <p>7/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO): <input type="text"/></p> <p>12/ OBSERVACIONES: <input type="text"/></p>		

NOTA: EL REGISTRO DEBERÁ INTEGRARSE AL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA O DEL PACIENTE.

Instructivo para el llenado del formato: Lista de verificación de cirugía segura, registro de instrumental y material estéril.		
Objetivo: Verificar los criterios de seguridad durante las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida, para garantizar una cirugía segura en la o el paciente quirúrgico.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se anexa al expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/562/23.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la o del paciente.
2	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente (incluir tipo de derechohabiente). Ejemplo: 0045729-01.
3	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente al sexo de la o del paciente, H para hombre y M para mujer.
4	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente. Ejemplo: 21/05/2002.
5	EDAD	Asentar la edad en años cumplidos de la o del paciente. Ejemplo: 25 años.
6	CIRUGÍA PROGRAMADA	Escribir el nombre completo de la cirugía programada para la o el paciente.
7	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se realiza la cirugía a la o al paciente. Ejemplo 13/08/23.
8	MÉDICO(A) CIRUJANO(A)	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, número de cédula profesional y asentar la firma autógrafa de la médica cirujana o del médico cirujano responsable de la cirugía.
9	MÉDICO(A) ANESTESIOLOGO(A)	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno, número de cédula profesional y asentar la firma autógrafa de la médica anestesióloga o del médico anestesiólogo, responsable del procedimiento de anestesia.
10	INSTRUMENTISTA	Registrar nombre(s), apellido paterno, apellido materno, número de cédula profesional y asentar la firma de la enfermera o del enfermero instrumentista.
11	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA	Anotar nombre(s), apellido paterno, materno, número de cédula profesional y asentar la firma de la persona responsable de la aplicar la lista.
12	OBSERVACIONES	Indicar los incidentes presentados durante la cirugía que no se encuentren en el formato.
13	DESCRIPCIÓN DE MATERIAL	Registrar el material e instrumental utilizado durante la cirugía.
14	FECHA DE ESTERILIZACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) de esterilización que tiene la envoltura del material e instrumental utilizado en la cirugía. Ejemplo: 10/09/23.
15	AUTOCLAVE DE VAPOR (NÚM. DE CARGA)	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el número de autoclave de vapor donde fue esterilizado el material o instrumental que se utiliza durante la cirugía.
16	STERRAD (NÚM. DE CARGA)	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el número de autoclave Serrat donde fue esterilizado el material o instrumental que se usa durante la cirugía.
17	FORMALDEHIDO (NÚM. DE CARGA)	Indicar el número de carga en el que fue esterilizado el material o instrumental que se utilizó durante la cirugía.
18	OBSERVACIONES	Registrar los incidentes relacionados a la carga de esterilización, que no se incluyen en el formato.



Coordinación de Servicios de Salud

NOTA POSTQUIRÚRGICA

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		2/ CLUES:	3/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):
4/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE:		5/ CLAVE ISSEMYM:	6/ FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA CIRUGÍA (DÍA, MES Y AÑO):
7/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	8/ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO	9/ EDAD:	10/ DURACIÓN DE LA CIRUGÍA: ____ HORA(S) CON ____ MINUTO(S).
11/ DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:		12/ CIRUGÍA PLANEADA:	
13/ DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:		14/ CIRUGÍA REALIZADA:	
15/ TIPO DE CIRUGÍA:			
16/ DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA:			
17/ HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:			
18/ ENVÍO DE PIEZAS O BIOPSIAS QUIRÚRGICAS PARA EXAMEN MACROSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO:			
19/ CONTEO DE GASAS:	20/ CONTEO DE COMPRESAS:	21/ CONTEO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO:	
22/ INCIDENTES Y ACCIDENTES:			
23/ SANGRADO TRANSOPERATORIO:		24/ TRANSFUSIÓN:	
25/ ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TRANSOPERATORIOS:			

14 000 00L/099/24

NOTA POSTQUIRÚRGICA

26/ ESTADO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO:
27/ PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO:
28/ PRONÓSTICO:
29/ OTROS HALLAZGOS:
30/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL 1ER AYUDANTE:
31/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL 2DO AYUDANTE:
32/ NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INSTRUMENTISTA:
33/ NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CIRCULANTE:
34/ NOMBRE COMPLETO DE LA ANESTESIOLOGA O DEL ANESTESIOLOGO:
35/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA NOTA:
36/ REALIZÓ LA CIRUGÍA MÉDICA CIRUJANA O MÉDICO CIRUJANO
_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL

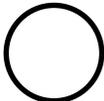
14 000 00L/099/24

Instructivo para llenar el formato: Nota postquirúrgica.		
Objetivo: Tener registro de forma resumida de las actividades que se realizaron en la cirugía practicada, con la finalidad de realizar una valoración integral de la o del paciente y su vigilancia continua.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra al expediente clínico de la o del paciente.		
Clave: 14 000 00L/099/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la unidad médica (conforme al catálogo CLUES) en la que se atiende a la o al paciente.
2	CLUES	Anotar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la unidad médica.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
4	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
5	CLAVE ISSEMYM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente y tipo de derechohabiente. Ejemplo: 0045729-01.
6	FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA CIRUGÍA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se realizó la cirugía.
7	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la o del paciente, H para hombre o M para mujer.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente. Ejemplo: 08/05/1989.
9	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de la o del paciente. Ejemplo: 32 años.
10	DURACIÓN DE LA CIRUGÍA	Registrar con número el tiempo (en horas y minutos) de duración de la cirugía. Ejemplo: 1 HORA CON 20 MINUTOS.
11	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	Registrar el diagnóstico preoperatorio de la o del paciente.
12	CIRUGÍA PLANEADA	Anotar la cirugía que se planeó realizar.
13	DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	Registrar el diagnóstico postoperatorio de la o del paciente.
14	CIRUGÍA REALIZADA	Anotar la cirugía realizada.
15	TIPO DE CIRUGÍA	Registrar el tipo de cirugía según la clasificación de ALTEMEIER.
16	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA	Describir la técnica quirúrgica realizada.

17	HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS	Registrar los hallazgos relevantes encontrados durante la cirugía.
18	ENVÍO DE PIEZAS O BIOPSIAS QUIRÚRGICAS PARA EXAMEN MACROSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO	Anotar las piezas o biopsias obtenidas durante la cirugía y que son enviadas al Servicio de Patología para su análisis.
19	CONTEO DE GASAS	Registrar el número de gasas utilizadas en la cirugía.
20	CONTEO DE COMPRESAS	Anotar el número de compresas utilizadas en la cirugía.
21	CONTEO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	Escribir la cantidad de instrumental quirúrgico utilizado en la cirugía.
22	INCIDENTES Y ACCIDENTES	Registrar la presencia o ausencia de incidentes y accidentes.
23	SANGRADO TRANSOPERATORIO	Anotar la cantidad de sangrado presente durante la cirugía, expresado en mililitros. Ejemplo: 300 MILILITROS
24	TRANSFUSIÓN	Registrar la presencia o ausencia de aplicación de algún producto sanguíneo durante la cirugía.
25	ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TRANSOPERATORIOS	Anotar los resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento durante la cirugía.
26	ESTADO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO	Registrar el estado de salud de la o del paciente al terminar la cirugía (bueno, delicado o grave). Ejemplo: Bueno.
27	PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO	Escribir el plan de manejo inmediato posterior al término de la cirugía.
28	PRONÓSTICO	Anotar el pronóstico de salud de la o del paciente, posterior a la cirugía. Ejemplo: Bueno.
29	OTROS HALLAZGOS	Escribir los hallazgos encontrados que no están relacionados con el diagnóstico principal de la o del paciente.
30	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL 1ER AYUDANTE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la o del primer ayudante que participó en la cirugía.
31	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL 2DO AYUDANTE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la o del segundo ayudante que participó en la cirugía.
32	NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INSTRUMENTISTA	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno del personal de enfermería instrumentista que participó en la cirugía.
33	NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CIRCULANTE	Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno del personal de enfermería circulante que participó en la cirugía.
34	NOMBRE COMPLETO DE LA ANESTESIOLOGA O DEL ANESTESIOLOGO	Escribir nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la anestesióloga o del anestesiólogo que participó en la cirugía.
35	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA NOTA	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que elabora la nota postquirúrgica.
36	REALIZÓ LA CIRUGÍA	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y anotar el número de cédula profesional de la médica cirujana o del médico cirujano que realizó la cirugía.

Instructivo para llenar el formato: Bitácora de solicitudes de cirugía de urgencia.		
Objetivo: Tener registro de las solicitudes de cirugía de urgencia que se realizan en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, con la finalidad de proporcionar la información y datos contenidos en caso de ser requeridos.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se resguarda en el Área de Quirófano.		
Clave: 14 000 00L/136/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica en la que se elabora el formato.
2	CLUES	Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la unidad médica.
3	DOMICILIO COMPLETO	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, localidad y municipio) de la unidad médica en la que se elabora el formato.
4	NÚM.	Asentar el número consecutivo del registro, según corresponda.
5	FECHA DE RECEPCIÓN	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se recibe la solicitud de procedimiento quirúrgico.
6	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar la hora y minutos en que se recibe la solicitud de procedimiento quirúrgico (en horario de 24 horas).
7	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE REALIZÓ LA SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno, asentar la firma autógrafa y registrar el número de cédula profesional de la médica o del médico que realiza la solicitud de procedimiento quirúrgico.
8	SERVICIO MÉDICO O ESPECIALIDAD	Anotar el nombre completo del servicio o especialidad de la médica cirujana del médico cirujano.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente.
10	CLAVE ISSEMYM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMYM de la o del paciente.
11	SEXO	Seleccionar el sexo de la o del paciente según corresponda, H para hombre o M para mujer.
12	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar con número la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la o del paciente. Ejemplo: 08/05/1989
13	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de la o del paciente. Ejemplo: 32
14	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	Registrar el diagnóstico de la o del paciente por el que se decide realizar la cirugía.
15	CIRUGÍA PROYECTADA	Anotar la cirugía que se planea realizar.
16	TIPO DE CIRUGÍA DE URGENCIA QUE SE SOLICITA	Seleccionar el tipo de cirugía de urgencia que se solicita.
17	¿SE REALIZÓ LA CIRUGÍA?	Indicar si se realizó o no la cirugía.

SIMBOLOGÍA

Símbolo	Representa
	Inicio o final del procedimiento. Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio del procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine se escribirá la palabra FIN.
	Conector de Operación. Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación dentro del mismo procedimiento. Se anota dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las operaciones que le anteceden y siguen.

Símbolo	Representa
	<p>Operación. Representa la realización de una operación o actividad relativa a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso, de forma sintetizada, cuidando que no se pierda la esencia de la actividad.</p> <p>Su estructura se compone de un verbo en activo+sustantivo en las tres fases de la actividad: Qué se recibe, qué se hace, qué se archiva, turna e instruye.</p>
	<p>Conector de hoja en un mismo procedimiento. Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro del símbolo se anotará la letra "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.</p>
	<p>Decisión. Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no y cuando existen dos o más opciones a seguir, para identificar la alternativa de solución o a seguir. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder o la oración que describa la determinación que se está tomando, cerrándose con el signo de interrogación.</p>
	<p>Compuerta Inclusiva. Este símbolo se utiliza cuando en una actividad se activan o sincronizan dos o más flujos de información, de documentos o de materiales. Cuando se requiera activar diferentes flujos a partir de una actividad deberá salir de éste las flechas lineales y cuando se requiera sincronizar flujos deberán llegar a este las flechas lineales (SÍMBOLO BPMN).</p>
	<p>Flecha Lineal. Marca el flujo de la información, de los documentos y/o materiales que se realizan en el área y/o, en su caso, la secuencia en que deben realizarse las tareas. Su dirección se maneja conforme lo indica la punta de flecha y puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.</p>
	<p>Línea de comunicación. Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, correo electrónico, whatsapp, aplicación informática de comunicación etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de la flecha lineal (con punta de flecha).</p>
	<p>Fuera de flujo. Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se utiliza el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.</p>
	<p>Interrupción del procedimiento. En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien, para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando se requiere de una espera necesaria e insoslayable.</p>
	<p>Conector de procedimientos. Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otros. Es importante anotar, dentro del símbolo, el nombre del proceso/procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.</p>

REGISTRO DE EDICIONES

Primera edición, febrero de 2024. Elaboración del procedimiento "Atención Quirúrgica por Urgencia Calificada a Pacientes en Unidades Médicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios".

DISTRIBUCIÓN

El procedimiento "Atención Quirúrgica por Urgencia Calificada a Pacientes en Unidades Médicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios", se elaboró en tres tantos originales y se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- Primer original. - Coordinación de Innovación y Calidad para su resguardo.
- Segundo original. - Coordinación de Servicios de Salud para su aplicación.
- Tercer original. - Dirección de Legalización y del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" para su publicación.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN QUIRÚRGICA POR URGENCIA CALIFICADA A PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS	Edición:	Primera
	Fecha:	Febrero de 2024
	Código:	207C0401410000L
	Página:	

VALIDACIÓN

IGNACIO SALGADO GARCÍA
DIRECTOR GENERAL DEL ISSEMYM
Rúbrica.

ANTONIO JAYMES NÚÑEZ
COORDINADOR DE SERVICIOS DE SALUD
Rúbrica.

LAURA ADRIANA CÁMARA CASTÁN
COORDINADORA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Rúbrica.

MÓNICA PÉREZ SANTÍN
SUPLENTE DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD
Rúbrica.

SUCCELL SÁNCHEZ SERRANO
DIRECTORA DE MEJORAMIENTO
DE PROCESOS
Rúbrica.

MARTHA PATRICIA SÁMANO ORTEGA
SUBDIRECTORA DE ATENCIÓN MÉDICA
Rúbrica.

MARÍA GUADALUPE QUINTO CAMPUZANO
SUBDIRECTORA DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS
Rúbrica.

MARTHA PATRICIA ZAMORA SARABIA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PROCEDIMIENTOS
MÉDICOS
Rúbrica.

CRÉDITOS

El Procedimiento "Atención Quirúrgica por Urgencia Calificada a Pacientes en Unidades Médicas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios", fue elaborado por personal de la misma, con la aprobación técnica y visto bueno de la Dirección General de Innovación y participaron en su integración las y los siguientes Servidores Públicos:

Oficialía Mayor

Dirección General de Innovación

Lic. Alfonso Campuzano Ramírez

Director General de Innovación

Mtra. Claudia Guadalupe Lizárraga Rivera

Encargada de la Dirección de Organización y Desarrollo Institucional

Lic. Arturo Mejía González

Subdirector de Manuales de Procedimientos Administrativos

Ing. Bruno Basilio Rodríguez

Jefe del Departamento de Manuales de Procedimientos

Administrativos I

M.A.F. Christian Mondragón Sánchez

Analista Revisor

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Coordinación de Servicios de Salud

Dirección de Atención a la Salud

Responsables de la información:

Guillermo Berrones Stringel

Norma Cuellar Garduño

Verónica Márquez

Maribel Arzarte Plata

Luis Carlos López García

Responsables de la integración:

Martha Patricia Zamora Sarabia

Michelle Alejandra Santibáñez Villegas

Toluca, México
Febrero de 2024.