



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 6 de *Marzo* de 2013

VISTO:

El Expediente N° 3047-2013 que contiene el Oficio N° 047-2013-OGC-HNCH y el Informe Técnico N° 001-2013-OGC-HNCH, cursado por el Dr. Emilio A. Cabello Morales Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el proyecto de la Directiva del Proceso de Atención para el Usuario Externo de las Cirugías Electivas Ambulatorias; y,

CONSIDERANDO:



Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo el artículo IX del Título Preliminar de la Ley General de Salud, indica que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar contra ella;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual indica que la Directiva es el documento con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas, y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS. Puede estar referida a la actuación sanitaria, asistencial y/o administrativa;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, son funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, al contenido del Informe Técnico N° 001-2013-OGC-HNCH, y a lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 101-2013-OAJ-HNCH;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

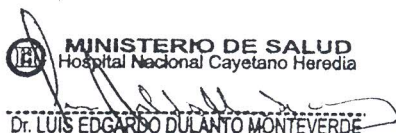


Artículo Primero.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 001-DG/DC/DACQ/DE/OGC/HNCH-2013.V.01. DIRECTIVA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA EL USUARIO EXTERNO DE LAS CIRUGÍAS ELECTIVAS AMBULATORIAS, del Hospital Nacional Cayetano Heredia, la cual se adjunta con sus anexos que forman parte de la presente Resolución.



Artículo Segundo.- Encargar el cumplimiento de la presente resolución al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, así como al Jefe del Departamento de Cirugía, Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y a la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia; debiendo la Oficina de Comunicaciones efectuar las publicaciones en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.


MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CNP 19274

LEDM/CEWA/PDRG/pdrg.
DG
OGC
OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

00 MAR 2013

ENCARGADO DE LAS UNIDADES QUE DE
TERMINAN ADMINISTRATIVAS
ED. JUAN P. TITELAN



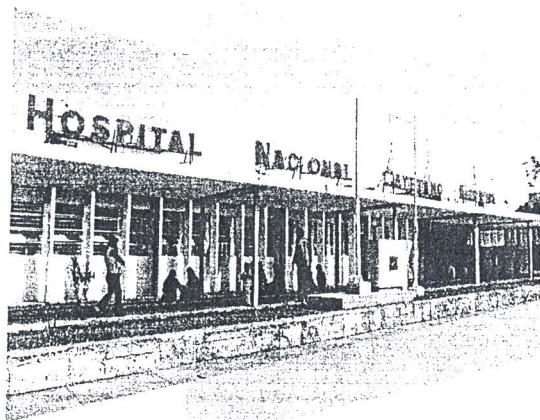
PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL
CAJETANO HEREDIA

DIRECTIVA SANITARIA N° 001
DG/DC/DACQ/DE/OGC/HNCH-2013. V-01

DIRECTIVA DEL PROCESO DE ATENCION PARA EL USUARIO EXTERNO DE LAS CIRUGIAS ELECTIVAS AMBULATORIAS



2013



DIRECTIVA DEL PROCESO DE ATENCION PARA EL USUARIO EXTERNO DE LAS CIRUGIAS ELECTIVAS AMBULATORIAS

I. FINALIDAD

Estandarizar el proceso de atención para el usuario externo de las cirugías electivas ambulatorias en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

II. OBJETIVOS

General

Mejorar el acceso y la seguridad en la atención de los usuarios externos en las cirugías electivas ambulatorias del Departamento de Cirugía del HNCH.

Específicos

- Disminuir el tiempo de espera para acceder una cirugía electiva ambulatoria
- Disminuir el porcentaje de operaciones suspendidas por cirugías electivas ambulatorias
- Disminuir el tiempo de espera para el inicio del acto quirúrgico.
- Disminuir el tiempo de espera para el inicio de la anestesia
- Mejorar la información al usuario externo para acceder a una cirugía electiva ambulatoria

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva será de cumplimiento obligatorio para el Departamento de Cirugía, Anestesiología - Centro Quirúrgico y Enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA aprueban el "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia".
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA aprueba la NT N° 022. MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA Aprueba Norma Técnica de Salud N° 089-MINSA/DGSP.V.01; "Norma Técnica de Salud para la atención anestesiológica".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA Aprueban la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, Aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

V. DISPOSICIONES GENERALES

DEFINICIONES OPERATIVAS

CIRUGIA

Procedimientos utilizados en medicina, terapéuticos o diagnósticos, que para aplicarlos es necesario realizar una incisión en la piel o mucosas.



DIRECTIVA DEL PROCESO DE ATENCION PARA EL USUARIO EXTERNO DE LAS CIRUGIAS ELECTIVAS

I. FINALIDAD

Estandarizar el proceso de atención para el usuario externo de las cirugías electivas ambulatorias en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

II. OBJETIVOS

General

Mejorar el acceso y la seguridad en la atención de los usuarios externos en las cirugías electivas ambulatorias del Departamento de Cirugía del HNCH.

Específicos

- Disminuir el tiempo de espera para acceder una cirugía electiva ambulatoria
- Disminuir el porcentaje de operaciones suspendidas por cirugías electivas ambulatorias
- Disminuir el tiempo de espera para el inicio del acto quirúrgico.
- Disminuir el tiempo de espera para el inicio de la anestesia
- Mejorar la información al usuario externo para acceder a una cirugía electiva ambulatoria

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva será de cumplimiento obligatorio para el Departamento de Cirugía, Anestesiología - Centro Quirúrgico y Enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV. BASE LEGAL

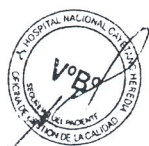
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA aprueban el "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia".
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA aprueba la NT N° 022. MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA Aprueba Norma Técnica de Salud N° 089-MINSA/DGSP.V.01; "Norma Técnica de Salud para la atención anestesiológica".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA aprueba la Guía Técnica: "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA aprueban la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad.

V. DISPOSICIONES GENERALES

DEFINICIONES OPERATIVAS

CIRUGIA

Procedimientos utilizados en medicina, terapéuticos o diagnósticos, que para aplicarlos es necesario realizar una incisión en la piel o mucosas.



CIRUGÍA AMBULATORIA

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y regresan a él, después de un periodo de observación y control. Puede clasificarse en tres grupos o modalidades: Cirugía mayor ambulatoria o sin ingreso (CMA), cirugía menor ambulatoria (CMA), cirugía menor de despacho o consultorio. También se consideran algunas exploraciones y pruebas de diagnóstico.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA).

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media que pueden llevarse a cabo bajo anestesia general, regional o local, con o sin sedación, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y regresan a él, después de un periodo de observación. Desde el punto de vista administrativo los pacientes de CMA no ocupan cama de hospitalización.

SALA DE RECUPERACION PRIMARIA

Es el ambiente de recuperación post anestésica inmediata, en el cual el paciente post operado está aun bajo efectos de los anestésicos, cumpliendo un periodo de vigilancia y manejo de algunos efectos adversos, donde recupera sus funciones fisiológicas basales.

SALA DE RECUPERACION SECUNDARIA

Es el ambiente de recuperación post anestésica mediata en el cual el paciente no requiere oxígeno complementario, inicia tolerancia oral, deambulación, y está en condiciones de volver a su casa con seguridad.

AYUNO PREOPERATORIO.

Es la suspensión de la ingesta de líquidos y/o sólidos por un periodo determinado.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**6.1. DISEÑO DE LA UNIDAD PILOTO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)**

La Unidad Piloto de Cirugía Mayor Ambulatoria, (CMA) se la considerará como una Unidad Integrada.

6.1.1. Organización

Depende funcionalmente del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

6.1.2. Estructura

Funcionará en Sala del Centro Quirúrgico de Traumatología (CETO) y hospitalización de Traumatología, con asignación específica a UCMA. Hará uso compartido de la Sala de Recuperación de CETO como Recuperación Primaria y contará con otra Sala de Recuperación Secundaria con asignación específica para UCMA, donde además se realizará de manera diferenciada la Admisión y el Alta del paciente.

6.1.3. Equipamiento.

Equipamiento para Sala de Operaciones

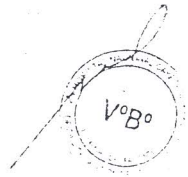
- 01 Máquina de anestesia
- 01 Monitor multiparametro de funciones vitales.
- 01 Lámpara cialítica de dos cuerpos.
- 01 Mesa quirúrgica electro mecánica.
- 01 Torre de laparoscopia.
- 01 Electrocauterio.
- 02 Aspirador quirúrgico.
- 01 Monitor desfibrilador.
- 02 Bombas de infusión de jeringa.
- 01 Mesa de anestesia.
- 01 Mesa en semiluna.
- 04 Coche múltiple de equipamiento de sala
- 02 Mesas de mayo
- 01 Negatoscopio
- 02 Flujómetros
- 04 Luces de emergencia
- 02 Lebrillos.
- 02 Taburetes.
- 02 Peldaños de dos escalones.
- 04 Portasueros.
- 01 Silla ergonómica para el anesthesiólogo
- 01 Silla giratoria ergonómica
- 02 Taburetes giratorio
- 01 Equipo de aire acondicionado

Equipamiento para Sala de Recuperación Primaria

- 04 Toma de oxigeno
- 04 camillas con portasuero
- 04 monitores de funciones vitales de seis canales
- 04 peldaños de dos escalones.
- 02 bombas de infusión volumétricas.
- 01 coche de curaciones.
- 01 coche de paro.
- 01 Manta térmica
- 04 Chatas
- 04 Urinario varones
- 02 Tachos de basura

Equipamiento para Sala de Recuperación Secundaria.

- 02 Toma de oxigeno
- 02 Oximetro de pulso.
- 01 Coche de curaciones, equipado.
- 01 Estetoscopio.
- 01 Tensiómetro rodante.
- 02 Biombos de dos cuerpos
- 04 Camillas con portasuero
- 04 Sillones.
- 04 Gavetas para guardar ropa (con llave)
- 01 Escritorio.
- 03 Sillas.
- 02 Tachos de basura



6.1.4. Recursos Humanos.

Los recursos humanos que participarán en la atención de la cirugía mayor ambulatoria son los médicos cirujanos, médicos anestesiólogos, enfermeras y técnicos de enfermería.

Profesional	Función	Total
Anestesiólogo	Responsable de Sala de Operaciones - Mañana. Responsable de Sala de Operaciones - Tarde. Responsable de Sala de Recuperación Primaria - Mañana. Responsable de Sala de Recuperación Primaria - Tarde.	04
Licenciado en Enfermería	Responsable de Sala de Operaciones - Mañana. Responsable de Sala de Operaciones - Tarde. Responsable de Sala de Recuperación Primaria - Mañana y Tarde Responsable de Sala de Recuperación - Secundaria Mañana y Tarde. Responsable de Consultorio Externo de Cirugía	06
Técnico en Enfermería	Responsable de Sala de Operaciones - Mañana. Responsable de Sala de Operaciones - Tarde. Responsable de Sala de Recuperación Primaria - Mañana y Tarde Responsable de Sala de Recuperación Secundaria - Mañana y Tarde.	04
Médicos Cirujanos	Responsable de Sala de Operaciones y atención inmediata	03

6. 2. DEL HORARIO DEL FUNCIONAMIENTO DEL UCMA

El horario de funcionamiento de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria será de 7:30 horas a 19:30 horas.

6.3. DE LA PROGRAMACION EN SALA DE OPERACIONES

El funcionamiento de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) seguirá la siguiente programación:

TURNO		HORA	TIPO DE CIRUGÍA PROGRAMADA
MAÑANA	1	08:00 - 10:00	COLELAP ambulatoria
	2	10:00 - 12:00	COLELAP ambulatoria
	3	12:00 - 14:00	Otra UCA (Hernia, etc.)
TARDE	4	14:00 - 16:00	COLELAP con hospitalización
	5	16:00 - 18:00	COLELAP con hospitalización

6.4. ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

6. 4.1 Selección de pacientes

No todos los pacientes son candidatos a la UCMA, es precisa una selección cuidadosa de pacientes y procedimientos basados en criterios médicos y sociales.



a) **Criterios médicos.**

- Los pacientes incluidos a la UCMA deben encontrarse en los grados I y II de la clasificación de la *American Society of Anesthesiologist - ASA* (ver Anexo 2)
- En el caso de pacientes ASA II, sólo pacientes hipertensos y diabéticos sin descompensación en los últimos 6 meses serán considerados candidatos a UCMA.
- En términos absolutos, **la edad mayor a 60 años se considera un criterio de carácter excluyente** por las comorbilidades que presentan.
- La obesidad se considera como una contraindicación para el ingreso a nuestra Unidad (UCMA). Se debe calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), dividiendo el peso del paciente en kilos sobre la altura en metros elevada al cuadrado (Ejemplo: 60 kg de peso y 1,60 m de estatura $IMC = 60 / (1,60)^2 = 23,43$). Serán incluidos los pacientes con IMC hasta 29.9.
- Se deben excluir a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes.
- En el caso de pacientes con indicación de Colecistectomía Laparoscópica (**COLELAP**), el Cirujano tendrá además los siguientes criterios para seleccionar los candidatos:

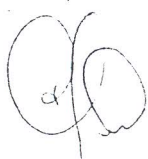
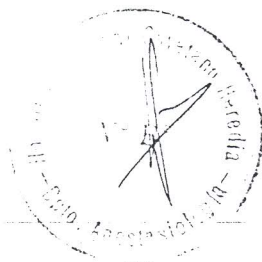
Sin operación abdominal previa.
Sin patología quirúrgica abdominal asociada.
Sin antecedentes de colecistitis aguda.
Sin antecedentes de pancreatitis aguda.
Sin evidencia clínica de colecistitis aguda en actividad.
Sin evidencia clínica ni analítica de la existencia de una posible colédoco litiasis.
Ecografía reciente sin engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, sin evidencia de colédoco litiasis, sin evidencia de cálculo enclavado en el cístico, sin dilatación de la vía biliar principal.

b) **Criterios sociales.**

- Todo paciente ha de contar con la atención de un adulto responsable durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Este acompañante recibirá la misma información (oral y escrita) que el paciente, de todo el proceso. El acompañante no debe tener más de 65 años ni ser menor de 18 años.
- El domicilio del paciente reunirá las condiciones básicas de higiene. El tiempo para llegar desde el domicilio a la Unidad no superará los 60 minutos y debe disponer de teléfono.
- Todos los pacientes han de ser capaces de comprender las sencillas instrucciones de tratamiento postoperatorio.

c) **Solicitud de exámenes de laboratorio.**

- En la primera consulta, el cirujano solicitará a todo paciente: hemograma completo, glicemia, creatinina y examen completo de orina.



- En el caso de pacientes con indicación de Colectomía Laparoscópica (COLELAP), solicitará además de lo ya mencionado: tiempo de protrombina y fosfatasa alcalina.
- El anestesiólogo podrá solicitar los exámenes auxiliares que juzgue conveniente, tal como lo indica su *Guía de Evaluación Anestesiológica Preoperatoria* (Anexo 3 y 4)

d) **Solicitud de consultas a otras especialidades:**

- El cirujano deberá solicitar interconsulta a Endocrinología para los pacientes diabéticos candidatos a Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Es indispensable la interconsulta a Cardiología para el riesgo quirúrgico de todo paciente candidato a Cirugía Mayor Ambulatoria.

6.4.2 Selección de procedimientos quirúrgicos

Los procedimientos quirúrgicos seleccionados para el funcionamiento de ésta unidad piloto, se detallan a continuación:

1. Herniorrafia inguinal (Hernias de grado I ó II, se excluyen hernias bilaterales)
2. Herniorrafia umbilical
3. Eventroplastía pequeña (menor de 5 cm)
4. Hemorroidectomía (Hemorroides de I ó II grado)
5. Fistulectomía perianal baja (Fístulas no complicadas)
6. Colectomía laparoscópica (sin colangiografía intraoperatoria)

Los criterios para la selección de estos procedimientos fueron los siguientes:

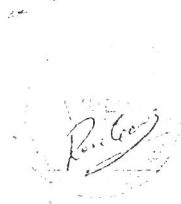
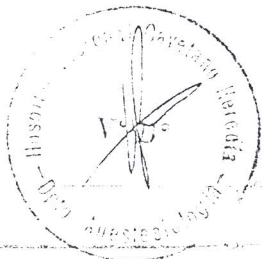
- Tienen un riesgo mínimo de hemorragia, no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
- La duración no supera como norma general los 90 minutos en los casos de anestesia general, plazo este ampliable cuando el procedimiento se realiza con anestesia loco-regional.
- El dolor es fácilmente controlado, tras el alta, con analgésicos comunes, sin requerir de la administración de analgésicos parenterales.
- El riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea es mínimo.
- Rápido retorno a la normal ingesta de líquidos y sólidos.

6.4.3 Selección de procedimientos anestésicos

a) **Tratamiento Anestésico Ambulatorio de la patología herniaria.**

Anestesia Local más sedación Se plantea la cirugía de la hernia inguinal bajo anestesia local como primera opción para la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestra Unidad piloto. Entre las ventajas de la anestesia local encontramos una recuperación rápida, mejor confort, buena tolerancia, una mejor función ventilatoria, una disminución del riesgo quirúrgico, utilizable en todo tipo de hernias susceptibles de cirugía y con poco riesgo anestésico.

- Se utilizará una anestesia por infiltración progresiva del campo quirúrgico con lidocaína al 1% con epinefrina (dosis máxima de 7mg/kg) asociado a



bupivacaina ó levobupivacaina 0.25% (volumen aproximado de 40 cc). La infiltración la realizará el cirujano con supervisión del anestesiólogo.

- Para evitar el dolor de la infiltración se realizará una sedación superficial o profunda.
- En los casos que el paciente no requiera sedación se considerara anestesia local pura.

Anestesia General. Se considera como opción alternativa ante la contraindicación, el fracaso de la anestesia local ó negación del paciente. Se puede administrar cualquier tipo, teniendo en cuenta que los objetivos que se deben perseguir, aparte de la consecución de una anestesia adecuada, son el disminuir la estancia del paciente y mejorar su confort. Para el control de la vía aérea se utilizará una Mascarilla Laríngea Clásica o Proseal.

- b) **Tratamiento anestésico ambulatorio de la patología ano - rectal.**
Pacientes con hemorroides (de grados III ó IV) y fístulas simples recibirán de preferencia anestesia regional.

- c) **Tratamiento anestésico ambulatorio en Colectomía Laparoscópica (COLELAP)**

Se empleará anestesia general con mascarilla laríngea y/o intubación orotraqueal. Se recomienda el uso de Mascarilla Laríngea Proseal por los beneficios que tiene para la protección de la vía aérea (canaliza el contenido procedente del tracto digestivo) además permite la inserción de sonda nasogástrica para evitar la distensión abdominal. (Anexo5)

6. 4.4 Criterios de recuperación y alta domiciliaria

6.4.4.1 Recuperación

La recuperación consta de dos fases

Fase 1 de la recuperación: el paciente recupera sus funciones fisiológicas basales.

Fase 2 de la recuperación: El paciente no requiere oxígeno complementario, inicia tolerancia oral, deambulación, y está en condiciones de volver a su casa con seguridad

a) **Fase 1 de la Recuperación primaria**

- Se determinará a su ingreso la puntuación de la escala de Aldrete. (Anexo 10)
- Se registra las funciones vitales cada 10 a 15 minutos.
- Debe tolerar bien la retirada del oxígeno manteniendo una saturación de 92% o superior.
- Debe manejarse las náuseas y vómitos si los hubiere.
- Debe tratarse el dolor postoperatorio
- Para el alta de esta fase debe aplicarse la escala de aldrete con una puntuación de 8 a 10.

b) **Fase 2 de la recuperación Secundaria**

- En este lugar puede ingerir líquidos claros y cantidades limitadas de carbohidratos.
- El dolor y las náuseas deben ser tratados adecuadamente. Los analgésicos deben ser administrados preferentemente por vía oral.

- Las funciones vitales se controlaran cada 30 a 60 minutos.
 - Deberán miccionar antes del alta obligatoriamente los pacientes con riesgo elevado de hacer retención urinaria:
1. Intervenidos por hernia inguinal, problemas del pene, rectal, urológico y pélvico.
 2. Antecedentes preoperatorios de retención urinaria o tener sonda vesical en el preoperatorio.
 3. Haber recibido alta dosis de opiáceos.
 4. Problema neurológico que altere la micción.
 5. Haber recibido anestesia epidural o subaracnoidea.
 6. Haber recibido volúmenes grandes de infusión endovenosa.

6.4.4.2 Alta del paciente

a) Alta del paciente en recuperación primaria

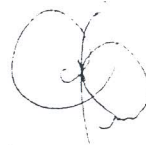
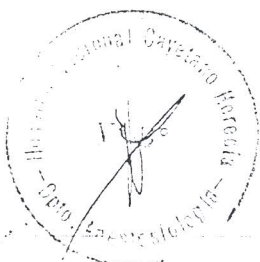
- Para el alta de esta fase debe aplicarse la escala de Aldrete, con una puntuación de 8 a 10.
- Después de que se alcanzan los criterios adecuados de alta de la URPA (Recuperación Post anestésica), el paciente puede ser trasladado al área de recuperación secundaria.
- Algunos pacientes, sobre todos en aquellos en el que se aplicó anestesia local exclusiva, pueden pasar directamente del quirófano a la sala de recuperación secundaria.

b) Alta del paciente en recuperación secundaria

- Para dar de alta en recuperación secundaria se aplicará la Escala del sistema PADS. (el cual se aceptará como condición de alta estar en el puntaje de 9 a 10.(anexo 11)).
- En esta etapa el paciente y su acompañante deben recibir información por escrito y verbal en la que incluyan recomendaciones acerca del seguimiento pos- operatorio e instrucciones acerca de las medidas a tomar en caso de complicaciones. (Anexo 12 y 13)

c) Del proceso administrativo del alta del paciente

- El servicio de cuentas corrientes dará prioridad el alta de los pacientes de UCMA y establecerá la liquidación respectiva para los pacientes pagantes.
- En casos de pacientes SIS, la historia del paciente lo remitirá al medico auditor quien evaluará el llenado correcto del Formato Único de Atención (FUA) el cual debe consignar: Componente subsidiado, semisub subsidiado sea el caso, tipo de formato de afiliación: nuevo, datos del paciente, código de prestación para este caso será 064 (intervención quirúrgica ambulatoria, concepto prestacional como atención directa, destino del asegurado como alta o citado, diagnostico de ingreso y egreso con su respectivo CIE-10, datos completos del medico responsable de la atención con firma y sello del médico respectivo.
- Evaluado el expediente el médico auditor devuelve a cuentas corrientes para finalizar el proceso de alta.



6.4.5 De las acciones de enfermería

a) Acciones de enfermería en Consulta Externa

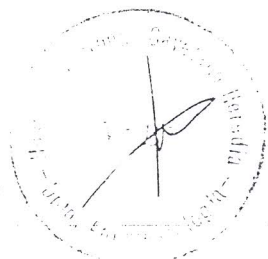
- La enfermera asignada a realizar consejería preoperatorio establecerá las indicaciones necesarias sobre las condiciones de preparación del paciente día previo al acto quirúrgico en el horario de 7:30am a 9am y de 12m a 02:00pm.
- La enfermera verificará si el paciente cumple con todos los requisitos para una intervención quirúrgica a través de una lista de chequeo. (ver anexo 8).
- La enfermera se entrevistará con el paciente y un familiar a fin de brindarle la educación necesaria sobre su preparación en casa, para ser intervenido quirúrgicamente y le otorgará una cartilla informativa del ayuno preoperatorio. (anexo 9).
- La enfermera verificará el entendimiento del paciente y familia de la educación brindada
- La enfermera realizará previa a la cirugía una visita guiada al ambiente de recuperación secundaria y entregará las medicinas e insumos del paciente para su operación a la enfermera de recuperación secundaria.
- La enfermera registrará en la historia clínica la consejería realizada y en la hoja HIS.
- La enfermera de Consulta Externa entregará la historia clínica a la Enfermera de Recuperación Secundaria.

b) Admisión del paciente en la sala de recuperación secundaria

- La enfermera de recuperación secundaria recepcionará al paciente de Consulta Externa..
- La enfermera responsable de la unidad de recuperación secundaria aplicará una lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los requisitos preoperatorios.
- La enfermera responsable de la unidad de recuperación secundaria preparará al paciente para la intervención quirúrgica.
- La enfermera responsable de la unidad de recuperación secundaria llevará al paciente a centro quirúrgico y reportará al equipo de enfermería.

c) Del proceso quirúrgico

- La Enfermera del centro quirúrgico tendrá la sala equipada de acuerdo a la cirugía programada.
- La Enfermera del centro quirúrgico recepcionará al paciente y aplica la lista de verificación de cirugía segura.
- Terminada la cirugía la enfermera del centro quirúrgico conjuntamente con el médico anestesiólogo llevará al paciente a sala de recuperación primaria y reportará al equipo responsable sobre el estado del paciente y los cuidados especiales a considerarse.



d) De la atención del postoperatorio

En Sala de recuperación Primaria

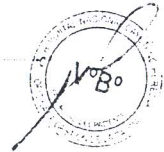
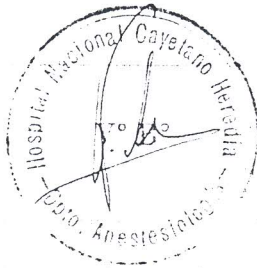
En esta etapa la enfermera realizará las siguientes acciones:

- La Enfermera de recuperación primaria recepciona al paciente y verifica las condiciones en llega el paciente, aplica el test de Aldrete y brinda los cuidados de enfermería.
- Luego del alta por el anestesiólogo la Enfermera de recuperación primaria conjuntamente con el anestesiólogo llevará al paciente a la sala de recuperación secundaria.

En Sala de recuperación Secundaria

En esta etapa la enfermera realizará las siguientes acciones:

1. Verificar que el paciente está hemodinámicamente estable (frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno dentro de los parámetros de normalidad)
2. Verificar la adecuada tolerancia oral.
3. Deambulación precoz.
4. La enfermera recibirá las indicaciones e instrucciones de alta del cirujano en forma oral y escrita.
5. Se procederá al retiro de la vía periférica
6. El anestesiólogo firmará el alta del paciente
7. La enfermera educará al paciente y al adulto responsable sobre los signos de alarma para que acuda por el servicio de Emergencia:
 - ✓ Vómitos en más de tres oportunidades.
 - ✓ Intenso dolor que no cede al tratamiento indicado.
 - ✓ Salida de sangre roja de la herida operatoria.
 - ✓ Aumento de volumen, temperatura o cambios de coloración alrededor de la zona operada.
 - ✓ "Fiebre"
8. La enfermera educará al paciente y familia sobre los cuidados en casa
9. La enfermera ordenará los documentos necesarios para el trámite del alta y entregará la historia a cuentas corrientes.
10. El paciente deberá dejar el teléfono y su dirección a fin de poder ubicarlo en caso que fuera necesario.



VII. RESPONSABILIDADES

7.1. La aplicación de la presente directiva es responsabilidad de los Jefes de los Departamentos de Cirugía, Anestesiología y Centros Quirúrgicos y Departamento de Enfermería.

7.2.- Responsabilidades del personal según el proceso de atención

El médico cirujano es el responsable de:

- La selección de pacientes candidatos para Cirugía Mayor Ambulatoria,
- Solicitud del riesgo quirúrgico, EKG, exámenes auxiliares, e interconsulta según corresponda.
- Selección del procedimiento quirúrgico basado en el diagnóstico, la solicitud de programación para el día siguiente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y de la hospitalización para los pacientes programados en CETO.
- Emisión de la receta de medicamentos. (Anexo6)
- Obtención del consentimiento informado para la cirugía firmado por cirujano y por el paciente después de la explicación detallada de la intervención que se va realizar.
- Aplicación de la lista de chequeo del preoperatorio para la cirugía mayor ambulatoria. (anexo 7).
- El cirujano esta encargado de sellar y firmar el reporte operatorio, las indicaciones postoperatorias, la receta correspondiente y el llenado correcto de las fichas SIS según norma.

El medico anestesiólogo es el responsable de:

- La evaluación del riesgo anestesiológico.
- Selección de pacientes admitidos en la Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria el cual colocarán el sello de UCMA que significa "paciente candidato a UCMA,"
- Obtención del consentimiento informado de anestesiología.
- Alta de anestesiología de recuperación primaria y del alta de recuperación secundaria.

La enfermera de Consulta Externa es la responsable de:

- Brindar la consejería preoperatoria al paciente.
- Realizar los trámites administrativos ante cuentas corrientes para la admisión del paciente
- Guiar al paciente a la unidad de admisión del UCMA.
- Gestionar la obtención de los medicamentos e insumos de los pacientes SIS ante farmacia.

La enfermera de recuperación primaria es responsable de:

- Brindar la atención de enfermería y establecer coordinación con el médico anestesiólogo y médico cirujano.
- Registrar información de: balance hídrico, hoja pos anestésica de enfermería y las notas respectivas.



La enfermera de recuperación secundaria será responsable de:

- Atención de enfermería según guías de intervención, registrando la atención en los formatos establecidos.
- Ordenar la historia clínica e Iniciar los trámites administrativos del alta y derivarlo a cuentas corrientes.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- El personal de enfermería debe estar capacitado en el proceso de atención de la recuperación del paciente de las cirugías ambulatorias mayores.
- El Jefe del Departamento de Cirugía, Anestesiología y Enfermería se reunirán mensualmente para evaluar el proceso de atención de cirugía ambulatoria mayor.
- El Jefe de Departamento de Cirugía debe informar a la Dirección General sobre el cumplimiento del proceso de las cirugías electivas.
- Los médicos auditores del SIS capacitarán al equipo de la Unidad de Cirugía Ambulatoria sobre el llenado de los formatos para la cobertura SIS.
- El Jefe de Departamento de Anestesiología debe informar mensualmente a la Dirección General sobre el porcentaje de las operaciones suspendidas, causas y la producción de las cirugías electivas del UCMA, según horarios, tipos de cirugías.
- La Oficina de Gestión de Calidad retroalimentará sobre los resultados alcanzados de los indicadores evaluados. (porcentaje de cirugías suspendidas, el tiempo de espera para ser programado, el tiempo del inicio del acto quirúrgico.)

IX. ANEXOS

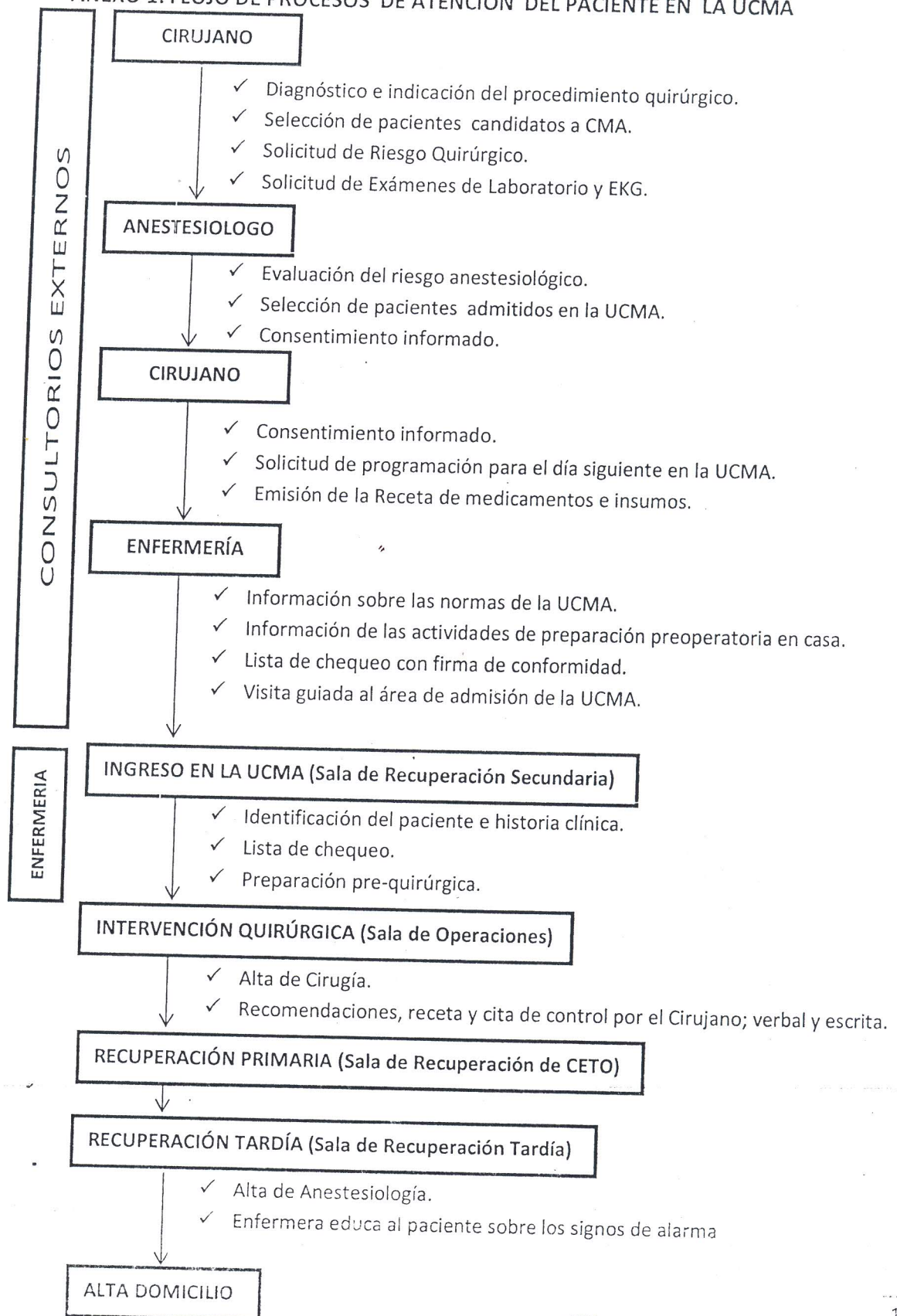
- Anexo 1: Flujo del proceso de atención
- Anexo 2: Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes
- Anexo 3: Hoja de Evaluación preoperatorio
- Anexo 4: Guía de procedimiento asistencial de evaluación preanestésica
- Anexo 5: Recetas de Anestesiología
- Anexo 6: Recetas del Cirujano
- Anexo 7: Lista de chequeo del Cirujano
- Anexo 8: Lista de chequeo de pacientes de cirugía mayor ambulatoria de Enfermería, (preoperatoria)
- Anexo 9: Folleto instructivo preoperatorio para pacientes UCMA.
- Anexo 10: Escala de aldrete modificada para URPA.
- Anexo 11: Alta Pos Anestésica Sistema PADS.
- Anexo 12: Indicaciones de alta a seguir en su domicilio, después de una intervención de vesícula, (Colecistectomía Laparoscópica)
- Anexo 13: Indicaciones de alta: Hernioplastia ambulatoria.
- Anexo 14: Hoja de registro de operaciones suspendidas
- Anexo 15: Ficha de recuperación Post-Anestésica
- Anexo 16: Registro de Enfermeira Post-Anestésica
- Anexo 17: Hoja de Balance Hídrico



ANEXOS



ANEXO 1: FLUJO DE PROCESOS DE ATENCION DEL PACIENTE EN LA UCMA



ANEXO 2

CRITERIOS ANESTÉSICOS PARA LA CATALOGACIÓN DE LOS PACIENTES

Es la clasificación de criterios ASA, del American Society of Anesthesiology:

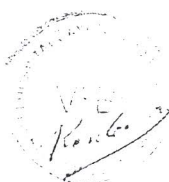
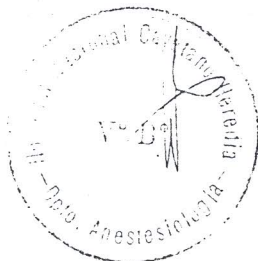
ASA I: Pacientes sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es tributario de cirugía. Paciente sano

ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada...)

ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo...)

ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria...)

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.



ANEXO 3

HOJA DE EVALUACION PREOPERATORIA

Fecha: Hora: Edad: Peso: Talla: Sexo:

Diagnóstico preoperatorio:

Operación propuesta:

Indicada por (Nombre del Cirujano)

Electiva. ☐

Emergencia ☐

Historia Clínica

Antecedentes

Alergias

Asma

TBC

VIH

Hepatitis

Diabetes M.

ERCT:

Hipertensión

Otros.

Hábitos

Tabaco

Alcohol

Drogas

Medicación:

Cirugías

Anestesias previas

Antecedentes Familiares

Ultima ingesta de alimentos.

Enfermedad Actual:

Examen Físico

PA

FC

FR

T°

SpO2

ASA

Glasgow:

Mallampati:



Distancia Tiromentoniana: >6.5cm, 6.5 a 6cm, <6cm Apertura bucal: >3cm, <3cm

Cuello: Flexión

☐

☐

Extensión

☐

☐

Dentadura:

Tórax y Pulmones:

Cardiovascular:

Abdomen:

Columna y Extremidades:

Neurológico.

Exámenes preoperatorios

HB:

Hcto:

Glucosa:

Urea:

Creatinina.

GS:

RH:

RQ:

TC:

TS:

TP:

INR

Otros:

RX tórax.

Pruebas Cruzadas:

Deposito de sangre:

Plan Anestésico.

Indicaciones:

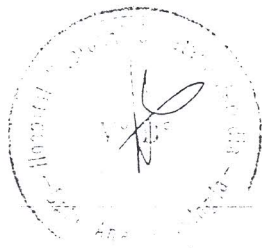
Firma y Sello

Nombre

Servicio

HC:

Cama:



ANEXO 4

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN PRE ANESTESIOLÓGICA

I. NOMBRE:

Evaluación Pre Anestesiológica para Pacientes sometido a la atención del acto anestésico.

II. DEFINICIÓN:

Es el proceso de evaluación clínica, que precede a la administración de cuidados anestésicos para un acto quirúrgico y para procedimientos no quirúrgicos; mediante el cual:

- Se conoce al paciente.
- Se le realiza la evaluación desde el punto de vista clínico y de laboratorio.
- Se selecciona el tipo de anestesia que se brinda al paciente y explicando el procedimiento.
- Se premedica farmacológicamente si es necesario.
- Se le solicita su autorización para la aplicación de la anestesia mediante un consentimiento informado.

Se sabe que la morbilidad y la mortalidad peri operatoria aumentan con la severidad de las enfermedades preexistentes. Es por esta razón que los anestesiólogos debemos estar comprometidos en determinar el estado de salud de los pacientes que van a ser llevados a cirugía y anestesia.

Se considera la información de múltiples fuentes, que puede incluir la historia clínica, examen físico, hallazgos de pruebas auxiliares, respuesta de interconsultas.

III. RESPONSABLES:

Médico Anestesiólogo

IV. INDICACIONES:

- Esta indicada en pacientes de todas las edades, programados para recibir anestesia general, regional, sedación moderada o profunda para cirugías y procedimientos no quirúrgicos.
- Valoración pre-operatoria y pre anestesiológica, del estado clínico y exámenes complementarios pertinentes.
- Determinación de factor de riesgo quirúrgico (respiratorio, cardiovascular) y ASA (evaluación del estado físico del paciente).
- Determinación de riesgo anestésico-quirúrgico

Aplicación del Sistema Johns Hopkins modificado con criterios acorde a realidad local, para clasificación de riesgo quirúrgico:

Categoría 1. Mínimo riesgo para el paciente, procedimientos invasivos mínimos con poca o no pérdida sanguínea, requiriendo anestesia local, sedación y/o anestesia general con monitoreo básico. Incluye procedimientos quirúrgicos:

Biopsia de mama y vulva
Resección de lesiones menores de piel y subcutáneo
Tubos de mirinotomía
Histeroscopia
Cistoscopia
Vasectomía
Circuncisión
Broncoscopia con fibra óptica
Drenaje de Abscesos. (Mama Vulva)
Amniocentesis.

Categoría 2. Realizado en ambiente quirúrgico para tratamiento o procedimientos mínimo a moderadamente invasivo con aplicación de anestesia, monitoreo básico y/o riesgo de pérdida sanguínea menor del 10 % del volumen sanguíneo total. Riesgo leve a moderado. Incluye procedimientos quirúrgicos:

Laparoscopia diagnóstica	Amigdalectomía
EBA+LU	Hernioplastia umbilical
BTB	Septoplastia, rinoplastia
Artroscopia	Biopsia pulmonar percutánea
Hernioplastia inguinal	Colecistectomía no complicada laparoscópica
Tratamiento laparoscópico de adherencias	Procedimientos superficiales extensos.
Adenoidectomía	Apendicetomía no complicada Laparoscópica
Hemorroidectomía Fistulectomía	Safenectomía
	Culdocentesis

Categoría 3. Procedimientos moderado a complejo, realizado en sala de operaciones con administración de anestesia, monitoreo básico, con posible pérdida sanguínea del 10 – 15 % de la volemia. Riesgo moderado para el paciente. Incluye procedimientos quirúrgicos:

Tiroidectomía	Laminectomía
Cesárea -Histerectomía	Prótesis de cadera / rodilla
Miomectomía	Nefrectomía
Cistectomía/ Prostatactomía	Procedimientos laparoscópicos mayores
Colecistectomía abierta.	Cirugía reconstructiva /resección del tracto digestivo
Toracotomía Amplia	Laparatomías Exploradoras

Categoría 4. Procedimientos altamente invasivos y complejos, con administración de anestesia, con monitoreo básico y avanzado, pérdida sanguínea mayor del 15 a 20% de la volemia. Riesgo alto para el paciente. Incluye procedimientos quirúrgicos:

Cirugía mayor ortopédica y de columna
Cirugía mayor del tracto digestivo
Cirugía mayor génito urinaria
Cirugía mayor vascular que no requiere de UCI postoperatoria.
Quistectomías Hepáticas o pulmonares

Categoría 5. Procedimientos altamente invasivos y complejos, con administración de anestesia y monitoreo básico e invasivo, con medidas de soporte avanzado de la vida; con estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. Riesgo crítico para el paciente. Incluye procedimientos quirúrgicos:

Cirugía intracraneal
Cirugía cardiotorácico
Cirugía mayor de la orofaringe
Cirugía mayor vascular, esquelética o neurológica.
Cirugía Gineco-Obstetrica (Complicaciones del embarazo-Sepsis).

- Selección de técnica anestésica.
- Selección de medicación pre-anestesiológica.

CONTRAINDICACIONES:

No existen contraindicaciones puesto que esta debe ser realizada incluso en caso de emergencias, pero con las modificaciones pertinentes.



VI. REQUISITOS:

- Historia clínica completa.
- Paciente que será sometido a cirugía bajo anestesia de manera electiva o de urgencia.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos Biomédicos: No requeridos
- Material médico no fungible: Estetoscopio
- Material médico fungible: Bajalenguas
- Medicamentos: No requeridos
- Otros: Útiles de escritorio. Espacio físico para la entrevista (consultorio, habitación del paciente, sala de operaciones para el caso de urgencias)

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Esta guía deberá aplicarse a todos los pacientes que van a recibir anestesia general, regional, o local asistida y sedación. En algunas circunstancias como en casos de urgencias, la guía puede ser modificada, para estos dejar documentado en la historia.

1.- Revise la historia clínica del paciente.

2.- Preséntese con el paciente, en lo posible identifíquese con su nombre, apellido y cargo que desempeña.

3.- La valoración puede ser realizada en el consultorio, en el servicio de urgencias del hospital, en alguno de los pisos de hospitalización o en la misma sala de cirugía.

4.- Interrogue al paciente y realice un examen físico adecuado.

- Pacientes mayores de 75 años debén ser referidos a otro nivel de atención.
- Pacientes menores de 1 año deben ser referidos a otro nivel de atención.
- Pacientes con IMC > 35 deben ser referidos a otro nivel de atención.
- Pacientes con estado físico según ASA III deben ser referidos a otro nivel de atención y cualquier patología con potencial complicación que no pueda ser manejada en este nivel de atención.
- Pacientes portadores de marcapasos, valvulopatías, arritmias, con historia de IM deben ser referidos a otro nivel de atención.
- Pacientes que al examen físico presentan predictores de intubación difícil deben ser referidos a otro nivel de atención.

5.- Indague sobre el pasado médico del paciente, sus experiencias anestésicas previas y posibles fármacos que tome actualmente.

6.-Evalúe aquellos aspectos del examen físico que puedan afectar el riesgo perioperatorio y el manejo del paciente.

7.-Solicite y/o revise los exámenes y/o interconsultas necesarias, previos al acto anestésico/quirúrgico.

- Paciente con anemia y trombocitopenia de causa no conocida debe ser evaluado por el médico internista o hematólogo.
- Paciente diabético debe tener evaluación endocrinológica preoperatorio, así como un control de glicemia una hora antes de acto quirúrgico.
- Paciente con hipertensión arterial reciente debe ser evaluado por cardiología para indagar causa, y posible daño de órganos blanco.
- Pacientes con Creatinina > 1 mg /dl deben ser estudiados previamente por el Médico Internista o el Nefrólogo.

8.- La vigencia de los exámenes auxiliares es de 6 meses, a menos que la condición clínica haya cambiado de manera significativa.

9.-El Riesgo Quirúrgico tendrá una vigencia de 6 meses para pacientes con evaluación según ASA I.

10.-Defina la necesidad de mantener/ajustar y/o iniciar medicamentos preoperatorios.



- En caso de HTA, mantener todas las terapias. Pero si esta usando diuréticos amerita un control de electrolitos.
- Los hipoglicemiantes orales deben suspenderse el día del acto quirúrgico.
- Antidepresivos excepto los inhibidores de la MAO deben mantenerse.
- Pacientes con asma sin crisis reciente debe ser nebulizado con beta adrenérgicos antes y después de la operación. Además deben recibir corticoides en dosis adecuadas 60 minutos antes de llevar a SOP
- Estas son sugerencias, que pueden seguir según el criterio del profesional a cargo de la evaluación, para casos no estipulados el manejo será según lo describe la literatura.

IX. COMPLICACIONES:

Ninguna estrictamente por el acto de evaluación.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Barash Paul, MD. Cullen Bruce, MD. Clinical Anesthesia. Lippincott Company, 2005.
- Pasternak, MD. ASA Practice Guidelines for Preanesthetic Assessment. Lippincott Williams and Wilkins. 2002.
- Bobbie Jean Sweitzer Preoperative screening, evaluation, and optimization of the patient's medical status before outpatient surgery. Current Opinion in Anaesthesiology 2008, 21:711-718.



Anexo 5 : RECETAS DE ANESTESIOLOGIA

RECETAS PARA SEDACION EN UCA

Nº	MEDICAMENTOS	CONCENTRACION	CANTIDAD
1	Midazolam	5MG	01 ampolla
2	Fentanilo	0.5 MG/10ml	01 ampolla
3	Propofol		01 ampolla
4	Electrodos	Unidad	01 unidad
5	Ondasetron	8 mg/4ml	01 ampolla
6	Dexametasona	4 mg /2ml	01 ampolla
7	Ranitidina	50mg/2ml	01 ampolla
8	Tramadol	50mg/1ml	02 ampollas
9	metamizol	1 gramo/2ml	02 ampollas
10	Mascara de oxigeno con bolsa de reservorio	Unidad	01 unidad
11	jeringa	10 ml	02 unidades
12	Jeringa	20 ml	02 unidades

RECETAS PARA ANESTESIA REGIONAL EPIDURAL EN UCA

Nº	MEDICAMENTOS	CONCENTRACION	CANTIDAD
1	Midazolam	5MG	01 ampolla
2	Fentanilo	0.5 MG/10ml	01 ampolla
3	Electrodos		03 unidades
4	Ondasetron	8 mg/4ml	01 ampolla
5	Dexametasona	4 mg /2ml	01 ampolla
6	Ranitidina	50mg/2ml	01 ampolla
7	Tramadol	50mg/1ml	02 ampollas
8	metamizol	1 gramo/2ml	02 ampollas
9	Máscara de oxigeno con bolsa de reservorio	Unidad	01 unidad
10	jeringa	10 ml	02 unidades
11	Jeringa	20 ml	02 unidades
12	Aguja epidural N° 18	N° 18	01 unidad
13	Lidocaina	al 2% S/P	02 unidades
14	Epinefrina	01 mg/1ml	01 unidad
15	Aguja N°18	N° 18	01 unidad
16	Etilefrina	10mg/ml	01 unidad
17	Atropina	1mg/ml	01 unidad

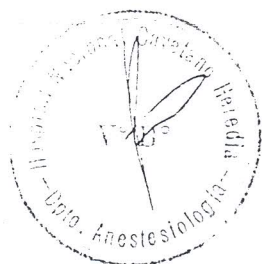


RECETAS PARA ANESTESIA RAQUIDEA EN UCA

Nº	MEDICAMENTOS	CONCENTRACION	CANTIDAD
1	Midazolam	5MG	01 ampolla
2	Fentanilo	0.5 MG/10ml	01 ampolla
3	Electrodos	Unidad	03 unidades
4	Ondasetron	8 mg/4ml	01 ampolla
5	Dexametasona	4 mg /2ml	01 ampolla
6	Ranitidina	50mg/2ml	01 ampolla
7	Tramadol	50mg/1ml	02 ampollas
8	Metamizol	1 gramo/2ml	02 ampollas
9	Mascara de oxigeno con bolsa de reservorio	Unidad	01 unidad
10	jeringa	10 ml	02 unidades
11	Jeringa	20 ml	02 unidades
12	Aguja Raquidea N° 27	N° 27	01 unidad
13	Bupivacaina pesada	Unidad	01 unidades
14	Epinefrina	01 mg/1ml	01 unidad
15	Aguja N°18	N° 18	01 unidad
16	Etilefrina	10mg/ml	01 unidad
17	Atropina	1mg/ml	01 unidad

RECETAS PARA ANESTESIA GENERAL EN UCA

Nº	MEDICAMENTOS	CONCENTRACION	CANTIDAD
1	Fentanilo	0.5 MG/10ml	01 ampolla
2	Vacuronio	04 mg	02 unidades
3	Propofol	200mg/20ml	01 ampolla
4	Tubo Endotraqueal N°	Unidad	01 unidad
5	Sonda de aspiración n° 14	N° 14	01 unidad
6	Extension Dis	Unidad	01 unidad
7	Electrodos	Unidad	03 unidades
8	Ondasetron	8 mg/4ml	01 ampolla
9	Dexametasona	4 mg /2ml	01 ampolla
10	Ranitidina	50mg/2ml	01 ampolla
11	Tramadol	50mg/1ml	02 ampollas
12	Metamizol	1 gramo/2ml	02 ampollas
13	Mascara de oxigeno con bolsa de reservorio	Unidad	01 unidad
14	jeringa	10 ml	02 unidades
15	Jeringa	20 ml	02 unidades
16	Isoflurane	30 ml	01 frasco
17	Etilefrina	10mg/ml	01 unidad
18	Atropina	1mg/ml	01 unidad
19	Neostigmina	0.5mg	03 ampollas
20	Filtro anestésico HME	HME	01 unidad
21	Remifentanilo 2 mg	2 mg	01 unidad





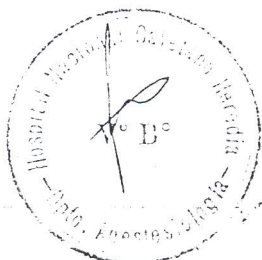
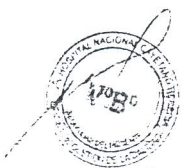
ANEXO 6 RECETAS DEL CIRUJANO

RECETAS PARA HERNIAS

Nº	MEDICAMENTOS	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Yodo Povidona espuma	Frasco	01 frasco
	Yodo povidona solución	Frasco	01 frasco
2	Guantes quirúrgicos	Nº 7 1/2	04 pares
3	Vendas elásticas 6	Unidades	02 unidades
4	Bisturí	Nº 21	01 unidad
5	Jeringa	20cc	02 unidades
6	Jeringa	10cc	02 unidades
7	Malla polipropileno	15x15	01 unidad
8	Cloruro de sodio	9%00	04 frascos
9	Lidocaina	al 2% S/E	01 frasco
10	Nylon	2/0 MR 25	04 Unidades
11	Nylon	3/0 TC 25	01 unidad
12	Vicril 1 CT MR 40	1CTMR 40	02 unidades
13	Cefazolina	1 gramo	01 unidad

RECETAS PARA COLELAP

Nº	MEDICAMENTOS	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Agua destilada	1000cc	08 litros
2	Yodo Povidona espuma	frasco	01 frasco
3	Yodo povidona solución	frasco	01 frasco
4	Bisturí Nº 15	Nº 15	01 unidad
5	Bisturí Nº 21	Nº 21	01 unidad
6	Lidocaina al 2%	al 2%	01 frasco
7	Jeringa	20cc	02 unidades
8	Jeringa	10cc	02 unidades
9	Manga laparoscópica	unidad	01 unidad
10	Equipo de irrigación en Y	equipo	01 unidad
11	Vicril 1 MR 40	1 MR 40	02 unidad
12	clip caja blanca "Horizon"		01 unidad
13	Nylon	3/0 MR 35	01 unidad
14	Vicril	4/0 cuticular incoloro	01 unidad
15	cloruro de sodio 9%00	9%00	08 litros
16	Venda Elástica de 6	Paquete x2	01 unidad
17	Aguja Nº 18	Nº 18	02 unidad
18	Sonda nasogastrica	Nº16	01 unidad
19	Cefazolina	1 gramo	01 unidad

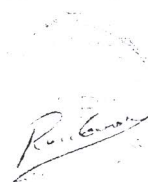


RECETA EN POS OPERATORIO INMEDIATO EN RECUPERACION

Nº	MEDICAMENTOS	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Cloruro de Sodio 9% 00	Frasco	01 litro
2	Omeprazol	40 mg./EV.	01 ampolla
3	Ketoprofeno	100mg.EV	01 ampolla
4	Tramadol	50mg	01 ampolla
5	Volutrol	Unidad	01 unidad
6	Branula N° 18	Unidad	01 unidad
7	Equipo de venoclisis	Unidad	01 unidad
8	Llave de triple vía	Unidad	01 unidad
	Extensión DIS	Unidad	01 unidad

RECETA POS OPERATORIO PARA CASA

Nº	MEDICAMENTOS	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Tramadol + paracetamol	Unidad	06 unidades





ANEXO 7 : LISTA DE CHEQUEO DEL CIRUJANO

LISTA DE CHEQUEO PREOPERATORIO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA HNCH			
NOMBRE:		TELEFONOS:	DIRECCION:
EDAD:	SEXO:		
DIAGNOSTICO:		(CIE10)	
SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATO A CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.			
RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO (G, U, C, HEMOGRAMA, EXAMEN DE ORINA, GRUPO Y FACTOR, PERFIL HEPATICO).			
ECOGRAFIA ABDOMINAL.			
RIESGO QUIRURGICO. I/C ENDOCRINOLOGIA (OPCIONAL). I/C NEUMOLOGIA (OPCIONAL).			
EVALUACION POR ANESTESIOLOGIA. CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLOGICO.			
CONSENTIMIENTO INFORMADO CMA.			
ORDEN DE ANATOMIA PATOLOGICA			
RECETA MEDICA PARA INTERVENCION QUIRURGICA			
SOLICITUD DE PROGRAMACION PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA			

*Ramón**CC*



ANEXO 8

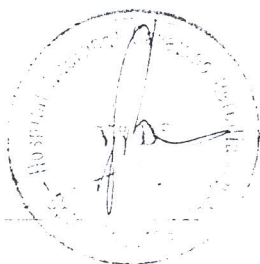
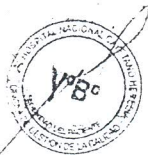
LISTA DE CHEQUEO DE PACIENTES DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DE ENFERMERIA
(PREOPERATORIO)

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.CLINICA:

FECHA:

	ITEMS.	SI	NO	OBSERVACION
	Revisar en la Historia Clínica :			
1	Intervención quirúrgica programada:			
	Hemiorrafia inguinal (grado I ó II, no bilateral)			
	Hemiorrafia umbilical			
	Eventroplastía pequeña (menor de 5 cm)			
	Hemorroidectomía (Hemorroides de I ó II grado)			
	Fistulectomía perianal baja (Fístulas no complicadas)			
	Colecistectomía laparoscópica (sin colangiografía intraoperatoria)			
2	Índice de masa corporal no mayor de 29.9			
3	Edad no mayor de 60 años			
4	Consentimiento informado para la cirugía.			
5	Consentimiento informado para anestesia			
6	Interconsulta a Cardiología y Riesgo quirúrgico.			
7	Interconsulta a Endocrinología en caso de paciente diabético			
8	No recibe tratamiento con anticoagulantes			
	Análisis de laboratorio:			
9	Hemograma completo () Creatinina () Glucosa () Examen completo de orina ()			
10	En colelap tiene además : tiempo de protrombina () fosfatasa alcalina() Ecografía ()			
12	Orden de anatomía patológica tramitada (si lo requiere) y frasco.			
13	Receta e indicaciones del Cirujano.			
14	Receta e indicaciones del Anestesiólogo			
15	Acreditar al adulto responsable (*).			
16	Paciente con seguro: Se le explica y envía a la oficina del seguro para el trámite de la cirugía y luego a cuentas corrientes para el sello del auditor.			
17	Paciente pagante: Se le explica y envía a caja para el pago de la cirugía luego a Cuentas Corrientes para la colocación del código de la cirugía.			
18	El paciente retorna con todo los trámites realizados.			
19	En el paciente SIS: Revisar hojas de SIS actualizada para la cirugía, el formato de orden de intervención quirúrgica sellada por el auditor o por la encargada de Cuentas Corrientes.			
20	En paciente pagante: Revisar el código colocado en la orden, copia de pago de derecho de UCMA y oxígeno.			
	Educación al paciente y al adulto responsable con ayudas visuales sobre:			
21	La cirugía que le van a realizar			
22	Su recuperación.			
23	Cuidados en casa antes y después de la cirugía.			





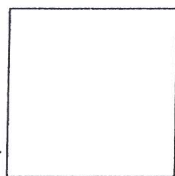
24	Aclarar dudas que tenga el paciente y /o adulto responsable en lenguaje claro y preciso			
25	Avisar inmediatamente al cirujano tratante cualquier situación que afecte la programación de la cirugía.			
26	Hacer conocer al paciente el ambiente donde se realizará la cirugía.			
27	Entregar el instructivo del preoperatorio al paciente con la fecha y hora a la que debe presentarse.			
28	Realizar notas de enfermería y graficar los signos vitales			
30	Entregar la historia clínica para la programación de la cirugía			

Firma del paciente

Nombre:

DNI:

Huella digital:



Fecha:

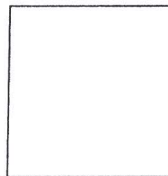
Hora:

Firma del adulto responsable

Nombre:

DNI:

Huella digital:



Fecha:

Hora:

Licenciada (o) en Enfermería
Sello y firma

***Requisitos de un adulto responsable**

Ser mayor de edad, menor de 66 años e independiente.

Saber leer y escribir, ser cooperador

Acompañar al paciente en la entrevista de pre admisión al ingreso, egreso y en su casa en el periodo postoperatorio durante las primeras 24 horas. Ser Capaz de comprender y seguir órdenes simples, para que pueda seguir correctamente las indicaciones del postoperatorio en el domicilio.

*R. García**[Signature]*

ANEXO 09
FOLLETO INSTRUCTIVO PREOPERATORIO PARA PACIENTES DE UCMA

FECHA DE LA CIRUGÍA:	HORA DE LA CIRUGÍA:
----------------------	---------------------

1. Asistir puntualmente al hospital y dirigirse al segundo piso de traumatología (CETO), una (1) hora antes de la hora programada para la cirugía.
2. Acudir en compañía de un familiar adulto responsable*
3. Estar en ayuno mínimo 8 horas antes de la cirugía programada.
4. Realizar baño o ducha previa (preferentemente con Yodopovidona) e higiene dental en su domicilio antes de ir al hospital el día de la cirugía.
5. Venir sin maquillaje, uñas sin pintar.
6. Venir con ropa adecuada cómoda, limpia y de acuerdo a la estación.
7. Retirarse cualquier tipo de prótesis (dentadura postiza, lentes de contacto, etc.)
8. Venir sin joyas (aretes, anillos y pirsin) y objetos de valor.
9. Tener actualizada la vacuna antitetánica.
10. Haber realizado sus necesidades fisiológicas en casa.
11. Cumplir con las indicaciones médicas.
12. En pacientes pagantes: Traer todo los medicamentos, exámenes adicionales y recibos pagados.
13. En pacientes con seguro (SIS): Hay medicinas que no cubre el seguro, debiendo comprar y traer el día de la cirugía.



[Handwritten signature]



ANEXO 10

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA PARA URPA

ACTIVIDAD	PUNTUACION
Capacidad para mover las cuatro extremidades voluntariamente o a requerimiento	2
Capacidad para mover dos extremidades voluntariamente o a requerimiento	1
Incapacidad para mover las extremidades voluntariamente o a requerimiento	0
RESPIRACION	
Capacidad para inspirar aire profundamente y para toser libremente	2
Disnea o respiración limitada	1
Apnea	0
CIRCULACION	
PA +/- 20 % del nivel preanestésica.	2
PA +/- 20-49% del nivel pre anestésico	1
PA +/- 50% del nivel pre anestésico	0
NIVEL DE CONCIENCIA	
Plenamente consciente	2
Despierta al llamarlo	1
Sin respuesta	0
SATURACION DE O2	
Mantenimiento de la saturación de O2 > 92% en aire ambiente.	2
Necesidad de administrar O2 para mantener la saturación de O2 > 90%.	1
Saturación de O2 < 90% incluso con O2 suplementario	0
PUNTUACION	10



R. G. G.

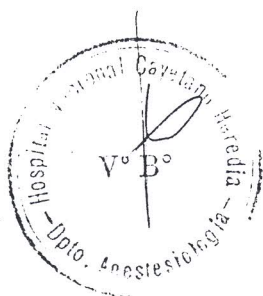


30

ANEXO 11

ALTA POSTANESTESICA SISTEMA PADS

CONSTANTES VITALES	PUNTUACION
Constantes vitales estables y congruentes con la edad y los valores preoperatorios.	
PA y FC en un 20% del valor preoperatorio	2
PA y FC en un 20-40% del valor preoperatorio	1
PA y FC > 40% del valor preoperatorio	0
NIVEL DE ACTIVIDAD	
El paciente puede caminar igual que antes de la intervención	
Marcha constante, sin mareos	2
Requiere ayuda	1
Incapacidad para caminar	0
NAUSEAS Y VOMITOS	
Mínimos, tratamiento adecuado con la medicación oral	2
Moderados, tratamiento adecuado con medicación intramuscular	1
Intensos, sin respuesta al tratamiento repetido	0
HEMORRAGIA QUIRURGICA	
Hemorragia quirúrgica congruente con lo esperado	
Mínima	2
Moderada	1
Intensa	0
ACEPTABILIDAD DEL DOLOR	
El nivel del dolor debe ser aceptable para el paciente	
Si	2
No	0
PUNTUACION TOTAL	10



ANEXO 12

INDICACIONES DE ALTA A SEGUIR EN SU DOMICILIO, DESPUES DE UNA INTERVENCION DE VESICULA (COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA)

Es muy importante que usted entienda y ponga en práctica las siguientes recomendaciones, y así ayude al éxito de su intervención.

1. No debe conducir en las primeras 24 horas después de haber sido intervenido quirúrgicamente.
2. En su domicilio, evite esfuerzos y limite su actividad. Puede dar pasos cortos en su casa y pasadas 48 horas, puede pasear por la calle.
3. La curación de la herida debe de ser a las 48 horas deberá acudir al consultorio N°10 de cirugía general a partir de las 14:00 horas. La cirugía ambulatoria exige deambulacion precoz para su pronta recuperación.
4. Puede notar algo de dolor en las heridas del abdomen y en particular el ombligo. El cual le calmará con:
Tramadol+paracetamol.
1° día. 1 tableta cada 8 horas: 8h, 16h, 24h.
2° día. 1 tableta cada 8 horas: 8h, 16h, 24h.
3° día. 1 tableta cada 12 horas: 12h, 24h.
4° día. 1 tableta cada 24 horas, y una tableta condicional al dolor.
5. Si usted padece de ulcera gástrica o gastritis tendrá que tomar 1 tableta de omeprazol por las noches mientras dure el tratamiento.
6. Es normal que en los primeros días note algunas molestias en los hombros. Tiene que ver con la técnica operatoria que obliga llenar el abdomen con gas para poder llevar a cabo la intervención quirúrgica. Estas molestias desaparecen solas en la 1° semana.
7. Control por consultorio N°10 de cirugía general en 7 días para retiro de puntos.
8. La dieta que debe ingerir es la siguiente:

Día postoperatorio inmediato.

Dieta líquida:

Infusiones.

Gelatinas.

Bebidas claras sin gas.

Dieta N°1(1er día-7mo día).

Cremas: De papa amarilla, Zapallo, alcachofa, espinaca.

Sopas: De verduras, sémola, arroz, fideos cabello de ángel.

Carnes: De vaca sin grasa, ternera y pollo (sin pellejo), (sancochada).

Pescado: Blancos, frescos y sancochados, excepto salmón, sardinas y anchoas.

Vegetales: Nabo, zanahoria, tomate, (pelado y sin pepa), alcachofa, zapallo, vainitas, espinaca, espárragos y papa amarilla (hervidos y colados).

Farinaceos: Tostada de pan, galletas de soda, choclos, camotes, yucas.

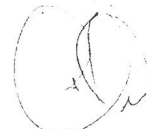
Ensaladas: De arvejitas, vainitas, zanahorias, beterragas, tomate pelado y sin pepa; con aceite de oliva o limón; de preferencia hervidos.

Postres: Mazamorras y gelatinas con moderación.

Frutas: Limas, pera de agua, manzana hervida, papaya, granadilla(una al dia), durazno al jugo, uva(sin pepa y sin cascara).



R. G.



Leche: Descremada o diluida al tercio, queso fresco, yogurt.

Bebidas: Agua (helado o sin helar), refrescos sin alcohol, agua mineral, bebidas claras sin gas (7up, sprite, inca kola).

Infusiones: Te y café con moderación.

Aceite: Oliva.

Condimentos: Sal, limón, tomate.

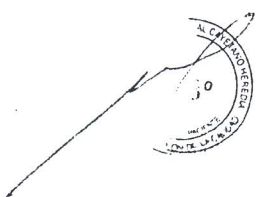
Son pocos los alimentos prohibidos, mas importante es la forma como son preparados, no comer alimentos que usted sabe que lo perjudican.

Tener regularidad en la evacuación intestinal y en el horario fijo de su alimento.

Cualquier duda consulte a su especialista.

ES NECESARIO QUE ACUDA A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL EN CASO DE:

- Tener mucho dolor a pesar de los analgésicos.
- Si sangra alguna de las heridas del abdomen.
- Si no tolera los alimentos y vomita repetidamente.
- Si tiene fiebre mayor de 38°C o superior.



R. C. C.



C. C.

INDICACIONES DE ALTA: HERNIOPLASTIA AMBULATORIA

NOMBRE: _____
 DIA DE LA CIRUGIA: _____
 OPERACIÓN: _____
 CIRUJANO: _____

• MEDICACION:

• CUIDADOS DE LAS HERIDAS OPERATORIAS:

Para la primera curación acudir al consultorio N10 de Cirugía General a las 2 pm en 2 días. No mojar las gasas, para bañarse cubrir las gasas con un plástico. Luego de la primera curación descubrir la herida al día siguiente y lavar con agua y jabón de tocador todos los días. Solo cubrir nuevamente con gasa si la herida sigue manchando, si no dejar descubiertas para que cicatrice.

• DIETA:

Primer día: ingerir solo líquidos (agua, mates o infusiones, caldos claros, mazamorras sin leche, gelatinas). A partir del segundo día: puede comer de todo

ACTIVIDAD FISICA:

No cargar peso ni hacer deporte fuerte por 2 meses

• SIGNOS DE ALARMA:

Si presenta dolor intenso a pesar de la medicación, fiebre, nauseas, vómitos, distensión abdominal, pus o sangrado abundante por la herida **acudir de inmediato a la emergencia del hospital.**

• CONTROL POR CONSULTORIO:

Sacar cita para consultorio externo N 10 de Cirugía General para el día: _____



Rosario



[Handwritten signature]

HOJA DE REGISTRO DE OPERACIONES SUSPENDIDAS

FECHA:

NºHISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL PACIENTE

SALA CENTRAL () SALA DE CETO () SALA DE GINECOLOGIA ()

CIRUGIA PROGRAMADA

ESPECIALIDAD QUIRURGICA

NOMBRE DEL CIRUJANO PRINCIPAL

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO

NOMBRE DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

Marcar con una X los motivos de suspensión de la cirugía .	Marcar con X
CIRUGIA PREVIA PROLONGADA	
Inicio tardío de la operación	
Tiempo programado es insuficiente para la cirugía	
Falta Cirujano para el turno	
Falta anestesiólogo para el turno	
Falta de enfermera Instrumentista	
Falla en la programación	
FALLA EN LA PREPARACION DEL PACIENTE	
Paciente no se encuentra en ayunas	
Paciente con glicemia no controlada	
Paciente no suspendió anticoagulación	
Paciente con presión arterial no controlada	
Falta riesgo quirúrgico del paciente	
Falta interconsulta	
Paciente no cuenta con los insumos completos para SOP	
Paciente no cuenta con los medicamentos completos para SOP	
Paciente no tiene los análisis completos para SOP	
Paciente no tiene el consentimiento informado	
Exámenes de laboratorio vencidos	
No tiene depósito de sangre	
FALTA DE INSUMOS EN SALA DE OPERACIONES	
Falta de gases	
Falta de paquetes estériles	
Falta de ropas estériles para el personal	
Falta de campos estériles	
FALTA / FALLA DE EQUIPOS EN SALA DE OPERACIONES	
Aspirador no funciona	
Falta de electrocauterio	
Fallas de los electrocauterios	
No hay adaptadores	
Sala no equipada	
Falla de la máquina de anestesia	
SUSPENDIDA POR EL CIRUJANO	
SUSPENDIDO POR EL ANESTESIOLOGO	
PACIENTE PRESENTA ENFERMEDAD INTERRECURRENT	
INTUBACION FALLIDA	
OTRAS CAUSAS :	

MEDICO ANESTESIOLOGO

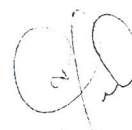
Firma y Sello

MEDICO CIRUJANO

Firma y Sello

ENFERMERA DE SOP

Firma y Sello



FICHA DE RECUPERACION POST - ANESTESICA

NOMBRE: _____ N° DE H.C. _____ EDAD: _____

SEXO: _____ N° DE CAMA _____ SERVICIO: _____ FECHA _____

CIRUJANO DR. (A) _____ OPERACION: _____

ANESTESIOLOGO DR. (A) _____ TIPO DE ANESTESIA _____

INTERVENCIONES DEL ANESTESIOLOGO EVALUACION A SU INGRESO

HORA _____

ANESTESIOLOGO _____

C.M.P _____

SCORE				OTROS SIGNOS / SINTOMAS			
PARAMETROS	1	2	3				
ACTIVIDAD MUSCULAR				PALIDEZ		VIA AEREA	
RESPIRACION				CIANOSIS		TUBO ENDOTRAQUEAL	
CIRCULACION				HEMORRAGIA		TUBO OROFARINGEO	
CONCIENCIA				REAC CUTAN ANAFIL		FLUIDOS	
Sa O2				DIAFORESIS		SOLUCION SALINA	
TOTAL				TOS		DEXTROSA 5% AD	
				BRONCO ESPASMO		SANGRE	
				NAUSEAS Y/O VOMITOS		OTROS	
				HIPO		CATETERISMO	
				EXCITACIÓN		S.N.G	
				DOLOR		VESICAL	
				ESCALOFRIOS		ARTERIAL	
				HIPERTERMINA		VENOSO	

EVALUACION E INDICACIONES MEDICAS

[illegible]

EVALUACION A SU EGRESO

ALDRETE MODIFICADO		HORA: _____		DESTINO: _____	
RECORD				EX. AUXILIARES	
PARAMETROS	0	1	2		
ACTIVIDAD MUSCULAR				RESULTADOS	
RESPIRACION					
CIRCULACION				PENDIENTES	
CONCIENCIA				INDICACIONES ESPECIALES:	
Sa O2					



FIRMA Y SELLO DEL ANESTESIÓLOGO



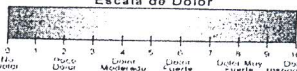
Registro de Enfermería en la Unidad de Reanimación Post Anestésica

Nombres y Apellidos: H.C.: Fecha:
 Sexo: F M Edad: Operación Realizada: SIS () No SIS ()
 Anest. SOP: Cirujano: Anest. U.R.P.A.:
 Licenciada de Enfermería: N° CEP: N° Cama Recup.:
 Hora de entrada: Derivado a:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES		TIPO DE ANESTESIA	
D.M. ☐	HEPATITIS ☐	GENERAL ☐	EPIDURAL ☐ RAQUIDEA ☐
HTA ☐	TBC ☐	BLOQUEO ☐	NEROLEPTO ☐ LOCAL ☐
VIH ☐	ASMA ☐		
ALERGIAS _____		CONSUMO O ₂ RECUPERACION:	
OTROS _____			

ACCIONES DE ENFERMERIA:	
MONITOREO: EKG ☐ PAM ☐ Sat. O ₂ ☐ PVC ☐ PA ☐	
OXIGENOTERAPIA NASAL ☐ MASCARA ☐ T.T. ☐ V.M. ☐	
CUIDADOS CVP ☐ CVC ☐	
GLUCOSA.....	

TEST DE ALDRETTE						
	INGRESO			EGRESO		
Score / parámetro	0	1	2	0	1	2
Conciencia						
Actividad Muscular						
Respiración						
Circulación						
Color						
TOTAL						




CONDICIONES DE INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE LA U.R.P.A

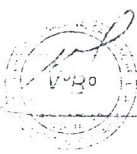
Ventilación: Espontánea ☐ TET ☐ TOF ☐ VM ☐ Estado de Conciencia: Despierto ☐ Semi-despierto ☐ Dormido ☐ Excitado ☐ Tranquilo ☐

Piel: Pálido ☐ Cianótico ☐ Rosado ☐ Vía Periférica ☐ DEXT ☐ CIna ☐ Vol..... Vía Central ☐ DEXT ☐ CIna ☐ Vol.....

Apósitos de Herida Oper: Secos y Limpios ☐ Sero Hemáticos ☐ Hemáticos ☐ Drenajes: SNG ☐ KHER ☐ D. PR. ☐ TORAX ☐ DJP ☐

S. FOLEY ☐ Colostomía ☐ Hemo VAC ☐ Útero: contraído ☐ Semi contraído ☐ Flácido ☐

MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

[illegible]

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
REGISTRO DE BALANCE HIDRICO

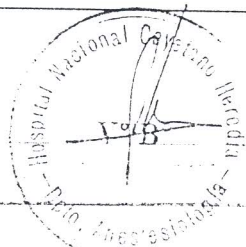


ANEXO 17

FECHA:		HORA:	7:30 - 13:30	13:30 - 19:30	19:30 1:30	1:30 7:30	TOTAL DE 24 HORAS	PESO:	
INGRESO	VIA ORAL							INGRESO:	
	AGUA								
	FORMULA ENTERAL								
	NUTRICION PARENTERAL								EGRESO:
	ENDO QUE PASO								
	ENDO QUE QUEDA								
	TRANSFUSIONES								
TRATAMIENTO									
AGUA OXIDACION									
EGRESO	ORINA							FLUJO URINARIO:	
	DEPOSICION								
	VOMITO								
	DRENAJE								
									OBSERVACIONES:
	DRENAJE SNG								
	PERDIDAS INSENSIBLES								
FIRMA Y SELLO ENFERMERA POR TURNO									

FECHA:		HORA:	7:30 - 13:30	13:30 - 19:30	19:30 1:30am	1:30 7:30	TOTAL DE 24 HORAS	PESO:	
INGRESO	VIA ORAL							INGRESO:	
	AGUA								
	FORMULA ENTERAL								
	NUTRICION PARENTERAL								EGRESO:
	ENDO QUE PASO								
	ENDO QUE QUEDA								
	TRANSFUSIONES								
TRATAMIENTO									
AGUA OXIDACION									
EGRESO	ORINA							FLUJO URINARIO:	
	DEPOSICION								
	VOMITO								
	DRENAJE								
									OBSERVACIONES:
	DRENAJE SNG								
	PERDIDAS INSENSIBLES								
FIRMA Y SELLO ENFERMERA POR TURNO									

APELLIDO.PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES:	
CAMA:		SERVICIO:		H. CLINICA:	



[Handwritten signature]