

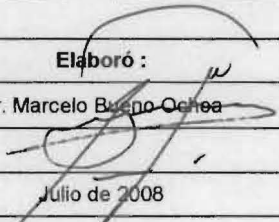
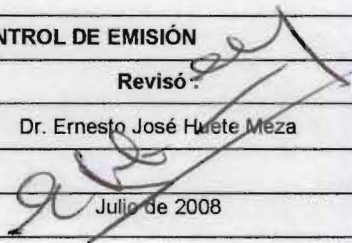
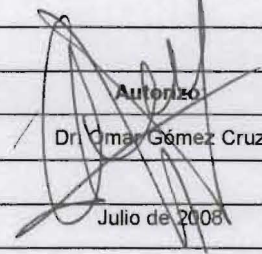




<b>SALUD</b>  SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 Dirección Regional de Alta Especialidad	Código: NA
	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica			Rev. 0
	<b>141. Procedimiento para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas</b>			Hoja: 1 de 8

## 141. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO SEMANAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica			Rev. 0
	141. Procedimiento para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas			Hoja: 2 de 8

## 1.0 Propósito.

1.1 Contar con el documento que permita establecer en tiempos las actividades al realizar la elaboración y difusión del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas con el fin de proporcionar un servicio eficiente y oportuno a los usuarios.

## 2.0 Alcance.

2.1 Este procedimiento es aplicable para la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Dirección de Operaciones, Dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Ingeniería Biomédica, Departamento de Recursos Materiales y Departamento de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos.

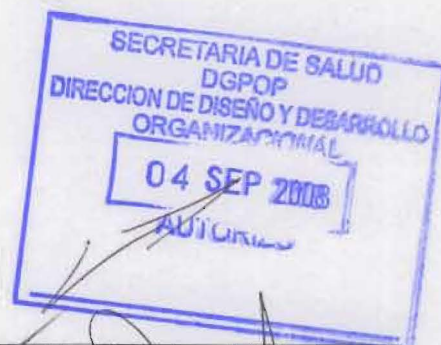
3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica recibir de la Subdirección de Atención al Usuario la lista de espera quirúrgica para su programación.

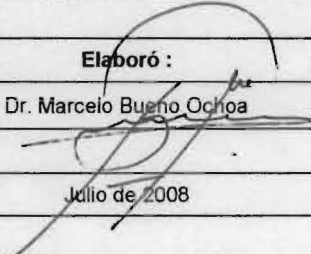
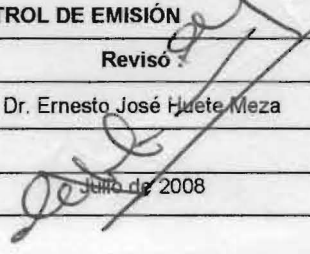
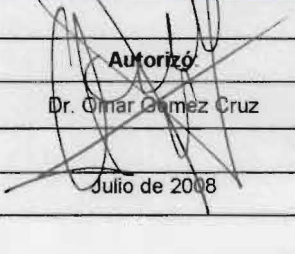
3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica programar las reuniones semanales para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica enviar a todos los servicios involucrados la lista de programación quirúrgica con 24 horas de anticipación.



3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica informar sobre las modificaciones a la lista de programación ante condiciones de urgencia o contingencia; y se convocara a una reunión dentro de las siguientes 24 horas para programar los casos diferidos.

3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica enviar una copia del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas a la Dirección de Operaciones.



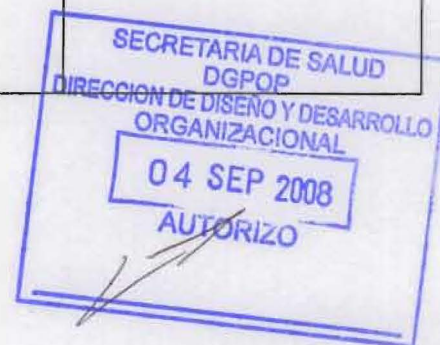
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gomez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

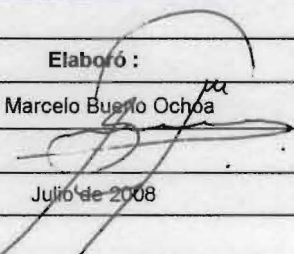

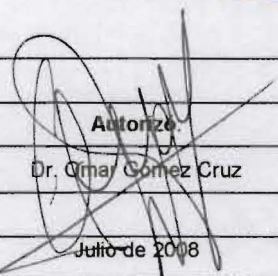


 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 CENTRO REGIONAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Código: NA
	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica		Rev. 0
	<b>141. Procedimiento para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas</b>		Hoja: 3 de 8

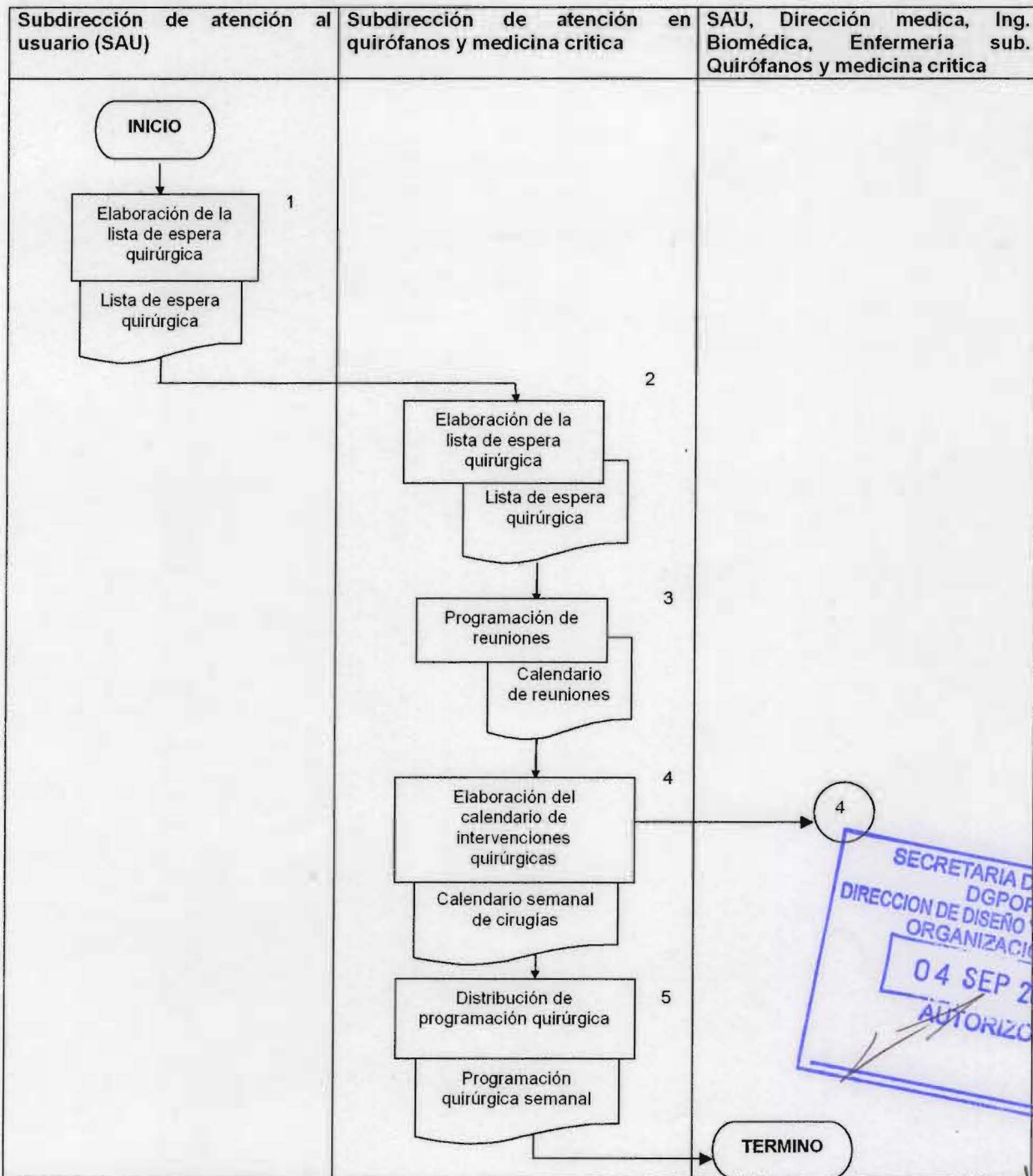
#### 4.0 Descripción del procedimiento.

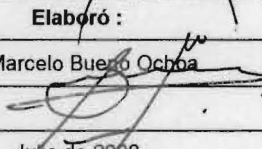
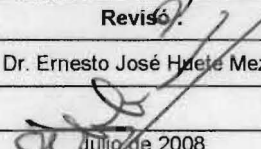
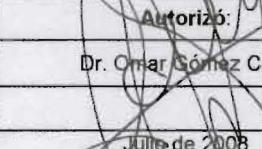
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Elaboración de la Lista de espera Quirúrgica	1.1 Elabora la lista de espera quirúrgica y envía a la subdirección de atención en quirófanos y medicina crítica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de espera quirúrgica (LEQ)</li> </ul>	Subdirección de Atención al Usuario (SAU)
2.0 Recepción de LEQ	2.1 Recibe la lista de espera quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• (LEQ)</li> </ul>	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica
3.0 Programación de reuniones	3.1 Programa reuniones semanales con los servicios involucrados en la programación quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendario de reuniones.</li> </ul>	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica
4.0 Elaboración del calendario de intervenciones quirúrgicas	4.1 Elabora a partir de la LEQ el calendario semanal y programación diaria de intervenciones quirúrgicas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendario semanal de cirugías.</li> </ul>	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Ingeniería Biomédica, Subdirección de Atención al Usuario
5.0 Distribución de programación quirúrgica	5.1 Entrega la programación quirúrgica con 24 horas de anticipación a los servicios de hospitalización, enfermería, UCI, UCIN, UCIP, banco de sangre, imagenología, admisión hospitalaria y subdirecciones y jefaturas correspondientes, así como a la dirección de operaciones y al comité de quirófanos. Programación quirúrgica semanal. <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p>	Subdirección de atención en Quirófanos y Medicina Crítica





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

### 5.0 Diagrama de Flujo.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huele Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008



 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 DIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código: NA
	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica		Rev. 0
	<b>141. Procedimiento para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas</b>		Hoja: 5 de 8



### 6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código (cuando aplique)
DECRETO por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 29 de Noviembre de 2006, Primera Sección del Tomo DCXXXVIII No. 20	No Aplica
Estatuto Orgánico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Primera Sesión Extraordinaria de la H. Junta de Gobierno a los treinta días de Enero de 2007	No Aplica
Manual de Organización Específico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, autorizado vigente	No Aplica
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica

### 7.0 Registros.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Lista de espera quirúrgica	5 Años	Subdirección de atención en quirófanos y medicina crítica	No aplica
Calendario de reuniones	5 Años	Subdirección de atención en quirófanos y medicina crítica	No aplica
Programación semanal de cirugías	5 Años	Subdirección de atención en quirófanos y medicina crítica	No aplica

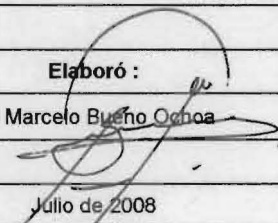
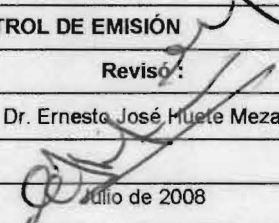
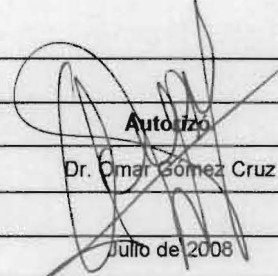
### 8.0 Glosario.



**Eficacia.**- Es la capacidad para cumplir en el lugar, tiempo, calidad y cantidad los objetivos y las metas establecidas.

**Estandarización.**- Uniformar criterios en base a determinaciones ya sea por consenso o por mayoría.

**Incidencias.**- Situaciones que se interponen el transcurso normal de algo.

**Lista de espera quirúrgica.**- Documento donde se incluyen a los usuarios que tienen pendiente la realización de un procedimiento quirúrgico no urgente, que deba realizarse en quirófano, independientemente si se requiere o no de hospitalización o del tipo de anestesia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizo:
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD</small>	Código: NA
	Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica			Rev. 0
	<b>141. Procedimiento para la elaboración del calendario semanal de intervenciones quirúrgicas</b>			Hoja: 6 de 8

## 9.0 Cambios de esta versión.

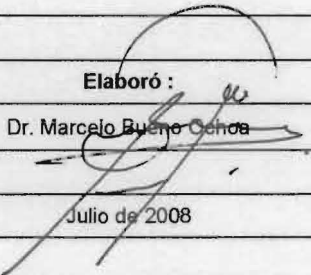
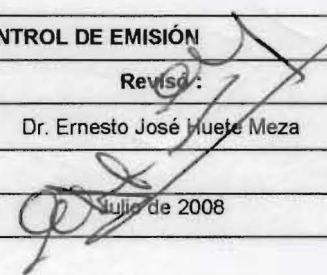
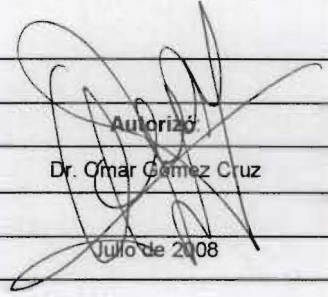
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

## 10.0 Anexos.

10.1 Solicitud de inclusión.

10.2 Programación quirúrgica.



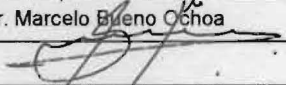
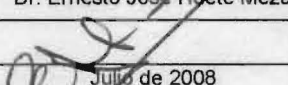
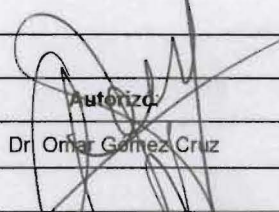
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Cordero	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008



**SOLICITUD DE INCLUSION EN LEQ Y PETICION DE MATERIAL**

<b>IDENTIFICACION PACIENTE</b>	
No. de Identificación: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Fecha de cirugía: _____ Hora de cirugía: _____ Sala: _____ Área de trabajo: _____	No. de Habitación: _____ Fecha: _____ Apellido: _____ E-mail: _____ Celular: _____ Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> INSURE <input type="checkbox"/> GOBIERNO POPULAR <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> FBSE <input type="checkbox"/> ASSEMPADORAS <input type="checkbox"/> OTRO
<b>SERVICIO Y MEDICO PETICIONARIO</b>	
CENAFIA: _____ MEDICO: _____ <b>ASISTENCIA MEDICA</b> DIPLOMATADO: 1, 2, 3, 4 <b>INTERVENCIÓN</b> 1, 2, 3, 4 <b>PROPIEDAD CLINICA</b> 1. (Pre-Operación) Tipo de cirugía: <input type="checkbox"/> Elect <input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Min. Respirometría 2. (In-Operación) 3. (Post-Operación) Tipo de anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Otro	Código: _____ 1 2 3 4 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>SERVICIO DE PRONÓSTICO</b>	
Patrón de Intervención: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Patrón de Control: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Etapa de Intervención: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Unidad: _____ Grupo: _____ Fecha: _____ Hora: _____
<b>ADMINISTRATIVO</b>	
DATEP/LES: _____ LISTADO DE MATERIALES REQUERIDOS: _____ CONFIRMACIÓN: _____	_____ _____ _____ _____ _____
Nombre y Firma del Médico Solicitante y fecha	Nombre y Firma del Administrador y fecha

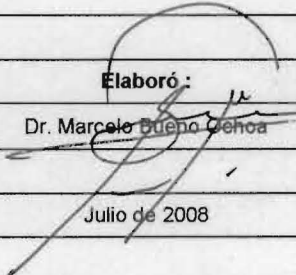
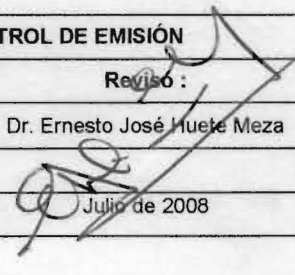
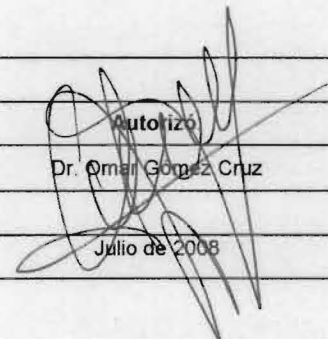
**SECRETARIA DE SALUD  
DGPOP  
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO  
ORGANIZACIONAL**  
04 SEP 2008  
**AUTORIZO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ochoa	Dr. Ernesto José Huete Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

### PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

EDAD	SEXO	TIPO	NOMBRE DEL PACIENTE	NO.	DIAGNÓSTICO	QU. PROYECTADA	ESPECIALIDAD	CIRUJANO	ANESTESIOLOGO	TO/FI	HEMOCHELADOS
<b>LUNES 24 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>MARTES 25 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>MIÉRCOLES 26 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>JUEVES 27 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>VIERNES 28 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>SABADO 29 DE MAYO DE 2008</b>											
<b>DOMINGO 30 DE MAYO DE 2008</b>											

**SECRETARIA DE SALUD**  
**DGPOP**  
**DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL**  
**04 SEP 2008**  
**AUTORIZO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
<b>Nombre</b>	Dr. Marcelo Bueno Ceballos	Dr. Ernesto José Huelga Meza	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008