



# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

## HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO



### PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

	Nombre	Cargo	Firma
<b>Elaborado por:</b>	Lcda. Paulina Rivera Ullaguari	ENFERMERA	
	Lcda. Silvana Torres Benítez	ENFERMERA	
	Dr. Raúl Castillo Marín	ANESTESIOLOGO	
	Dra. Evelyn Vera Rodríguez	MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA	
<b>Revisado por:</b>	Dra. Wendy Hidalgo Mongon	DIRECTORA ASISTENCIAL	
	Lic. Betty Flores Velos	ENFERMERA RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD	
<b>Aprobado por:</b>	Dr. Romel Borja Vásconez	GERENTE	



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado:
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha:
	UGDC-CQ-PR-001	Página 2 de 12

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>1. OBJETIVO</b> .....	3
<b>2. ALCANCE</b> .....	3
<b>3. RESPONSABLES</b> .....	3
<b>4. DEFINICIONES</b> .....	3
<b>5. DESCRIPCIÓN</b> .....	4
5.1 Participación del paciente en la seguridad quirúrgica .....	4
5.2 Efectos adversos .....	5
5.3 Acciones de los establecimientos y equipos de salud .....	5
5.4 Momentos de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura .....	6
<b>6. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	8
<b>7. DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO</b> .....	9
<b>8. INDICADORES</b> .....	11
<b>9. REFERENCIAS</b> .....	13
<b>10. CONTROL DE CAMBIOS</b> .....	14
<b>11. ANEXOS</b> .....	15
11.1 Anexo 1. Lista de Verificación de Cirugía Segura .....	15
11.2 Anexo 2. Parte operatorio.....	17
11.3 Anexo 3. Consentimiento Quirúrgico informado .....	18
11.4 Anexo 4. Lista de verificación Pre. Quirúrgica (Chequeo prequirúrgico).....	20
11.5 Anexo 5. Consentimiento de Transfusión sanguínea.....	23
Anexo 7. Infografía.....	24



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 3 de 24

## 1. OBJETIVO

Mejorar la seguridad durante los procedimientos quirúrgicos reduciendo el riesgo de error, mediante la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en pacientes que son sometidos a estos procesos en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

## 2. ALCANCE

Este protocolo está dirigido al personal de salud que labora en el área de Centro Quirúrgico del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, sobre todo aquellos que están implicados en la atención de pacientes durante el pre, trans y post quirúrgico.

## 3. RESPONSABLES

Tabla N°1. Responsables de la aplicación

<b>Responsable de Supervisión y cumplimiento del protocolo:</b>	<b>Coordinador médico y responsable de enfermería.</b>
<b>Responsables de la aplicación del check list de cirugía segura en todas sus pausas</b>	Personal de enfermería y auxiliares de enfermería de salud.
<b>Responsable de Observación del cumplimiento:</b>	Equipo de calidad y de seguridad del paciente.
<b>Responsable de Monitoreo:</b>	Responsables de Calidad y Coordinadora de Gestión de cuidados de enfermería

Nota: Autoría propia

## 4. DEFINICIONES

**Capnógrafo:** instrumento encargado de medir la concentración numérica del dióxido de carbono en la vía aérea de un paciente durante su ciclo respiratorio, es decir, la medición de la presión parcial de CO<sub>2</sub> en el aire espirado.(1)

**Cirugía mayor:** implica intervenciones que requieren de la hospitalización del paciente por su mayor riesgo vital. Se realizan bajo anestesia general y presentan periodo posoperatorio con hospitalización cuya duración dependerá del tipo de intervención, de la recuperación del paciente y las posibles complicaciones.(2)

**Consentimiento informado:** forma parte del derecho de todo paciente a recibir la información adecuada sobre una actuación médica para poder decidir así libremente si se somete a ella o no.(3)

**Eventos adversos:** aquellos sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente. Estos eventos no se encuentran relacionados con la enfermedad de fondo. Las causas pueden ser múltiples, dentro de las que se destacan las condiciones generales del sistema, temas de infraestructura y el actuar de los participantes en la atención en salud.(4)

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 4 de 24

**Check list Cirugía Segura:** Documento que contiene actividades destinadas a prevenir eventos adversos, tales como cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía o cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico quirúrgico.

**Pausa de entrada:** Corresponde a la pausa que se realiza al ingreso del paciente antes de la inducción de la anestesia.(1)

**Pausa quirúrgica:** Corresponde a la pausa que realiza previo a la incisión.(1)

**Pausa de salida:** Corresponde a la pausa que se realiza en el quirófano al término de la cirugía.(1)

**Profilaxis antibiótica:** tiene como objetivo prevenir las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) y consiste en la administración de antibióticos profilácticos para cubrir los gérmenes que más frecuentemente causan infecciones en los distintos tipos de cirugía.(5)

## 5. DESCRIPCIÓN

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas. Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse.

En los servicios quirúrgicos se presentan con frecuencia eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, estos eventos son prevenibles si se utilizan correctamente las herramientas pertinentes de seguridad del paciente como por ejemplo la Lista de Verificación de Cirugía Segura, sugerida por la Organización Mundial de la Salud., modificada para el Ecuador.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias. (6)

### 5.1 Participación del paciente en la seguridad quirúrgica

La participación activa del paciente en la atención sanitaria es importante para su seguridad. Es necesario que el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente se encuentre debidamente informado de todo lo relativo al procedimiento de manera que mantenga una buena comunicación con el profesional sanitario y participe en su propia atención.

Antes de la intervención quirúrgica el paciente debe:

- Informar sobre todas las intervenciones y anestésicos a las que se haya sometido y de los medicamentos que está tomando, incluidos los herbarios.
- Advertir si está en estado (embarazo) o amamantando.
- Indicar las afecciones que padezca (alergias, diabetes, problemas respiratorios, hipertensión, ansiedad, etc.).



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 5 de 24

- Preguntar cuál será la duración prevista de la hospitalización.
- Pedir instrucciones sobre su higiene personal.
- Conocer qué tratamiento le darán para el dolor.
- Saber si habrá restricciones del líquidos o alimentos.
- Entender qué es lo que debe evitar antes de la intervención.
- Asegurarse de la marcación del lugar correcto de su cuerpo en el que se le va a efectuar la intervención quirúrgica.

Después de la intervención quirúrgica:

- Pedir información de posibles hemorragias, dificultades para respirar, dolor, fiebre, mareos, vómitos o reacciones inesperadas.
- Preguntar cómo puede reducir el riesgo de infecciones.
- Consultar cuándo puede volver a comer y beber.
- Aclarar cuándo puede reanudar su actividad normal (caminar, bañarse, levantar objetos pesados, conducir, mantener relaciones sexuales, etc.).
- Consultar si hay algo que deba evitar después de la intervención.
- Informarse de cuándo le quitarán los puntos de sutura y las escayolas.
- Preguntar por los posibles efectos colaterales de la medicación prescrita.
- Preguntar cuándo tiene que volver para revisión.(7)

## 5.2 Efectos adversos

Los eventos adversos quirúrgicos se conciben como el desenlace perjudicial a raíz de un procedimiento quirúrgico. Se han clasificado en:

- Complicaciones de la herida quirúrgica.
- Complicaciones de la técnica quirúrgica.
- Complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos).
- Fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas.
- Accidentes anestésicos.(7)

## 5.3 Acciones de los establecimientos y equipos de salud

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el Manual de Normas Internacionales de la OMS, previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Lista de verificación de cirugía segura OMS adaptada (Anexo 1)
- Parte operatorio (Anexo 2)
- Consentimiento quirúrgico informado.
- Consentimiento de anestesia.
- Consentimiento de transfusión sanguínea.
- Lista de verificación (pre-quirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 6 de 24

La Lista de verificación establece una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente. Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación.

Deberá haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación.(8)

#### 5.4 Momentos de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

Se aplicará Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) en los tres momentos durante la cirugía relacionados con el proceso de aplicación de la lista que incluye:

- a) **Entrada** (antes de la inducción de la anestesia): se verificará la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento verbal y escrito del paciente, el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, pulsioxímetro, capnógrafo, estado de la vía aérea, riesgo de aspiración y riesgo hemorragias. En este momento es importante confirmar la reserva de hemoderivados con el laboratorio.
- b) **Pausa quirúrgica** (antes de la incisión cutánea): se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos. El equipo de enfermería y/o instrumentistas quirúrgicos, revisarán la esterilidad, el recuento inicial de material blanco e instrumental quirúrgico. En este momento es imprescindible confirmar la administración de profilaxis antibiótica.
- c) **Salida** (antes que el paciente salga del quirófano): se verificará el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico, el empaquetamiento del paciente, confirmar el procedimiento realizado, clasificación de la herida, toma de muestras, problemas relacionados con el instrumental y los equipos.

Si uno de los ítems dentro de los momentos que establece la lista de verificación de cirugía segura es registrado como INCUMPLIDA, debe ser comunicado inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para la toma de decisiones inmediatas y posterior registro en la historia clínica. Si el incumplimiento no logra ser resuelto y ello significa un riesgo para el paciente, el equipo quirúrgico (anestesta, cirujano, enfermera) deberá evaluar suspender la cirugía dejando consignado en la historia clínica

La lista de verificación de cirugía segura será firmada por la persona responsable de su aplicación, el cirujano y el anesthesiólogo dejando constancia de la correcta aplicación.

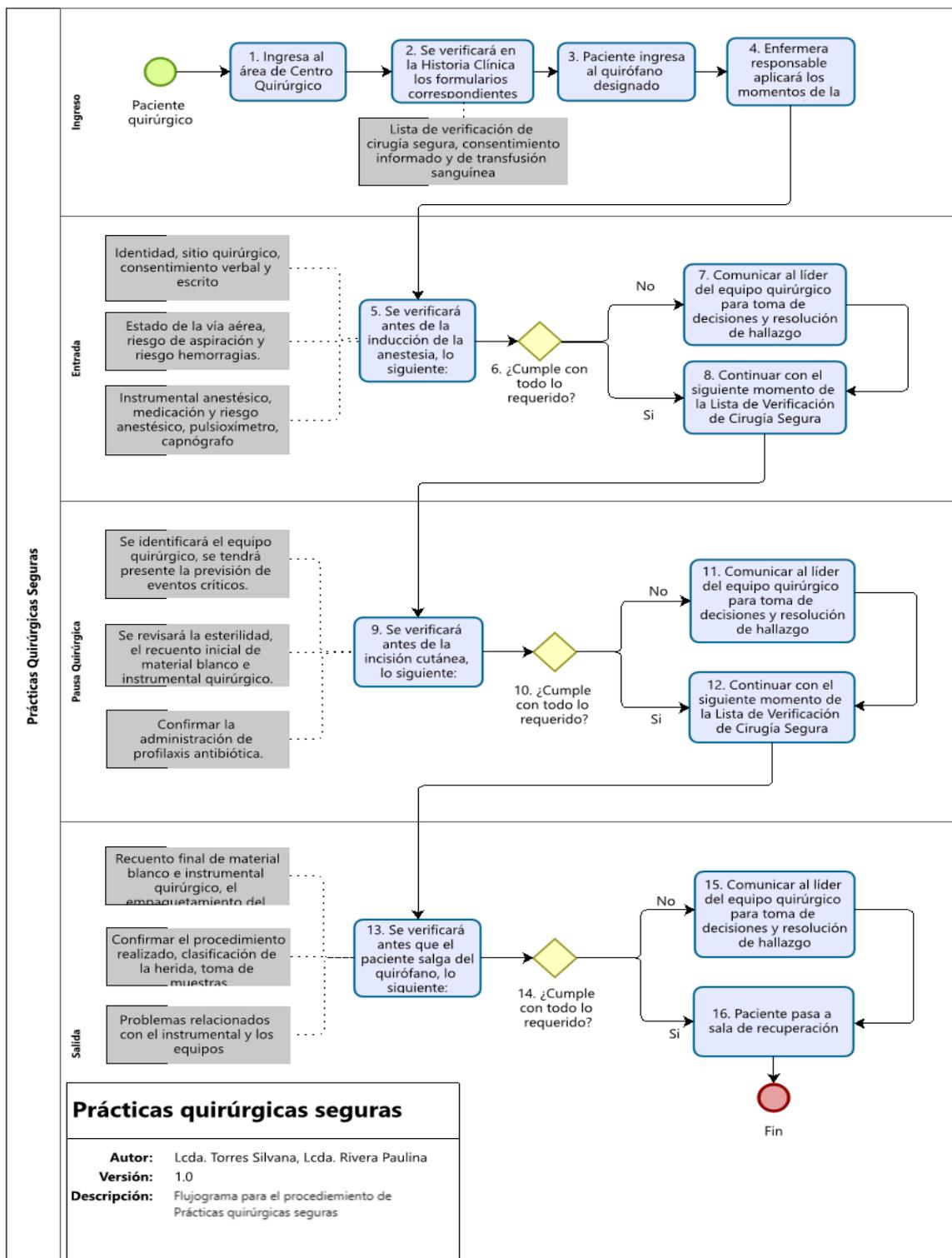
Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 7 de 24

preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación.(8)

DOCUMENTO  
CONTROLADO

## 6. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 9 de 24

## 7. DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO

Tabla N°2. Desarrollo del procedimiento.

N° de Actividad	Momento	Actividades realizadas	Salidas
Disparador		Ingreso del paciente	
1	Ingreso	Ingresar al área de Centro Quirúrgico <b>Pasar a la actividad 2</b>	Paciente debidamente informado sobre el procedimiento quirúrgico
2	Ingreso	Se verificará en la Historia Clínica los formularios correspondientes: Lista de verificación de cirugía segura, parte operatorio, consentimiento informado y de transfusión sanguínea <b>Pasar a la actividad 3</b>	Formularios completos
3	Ingreso	Paciente ingresa al quirófano designado <b>Pasar a la actividad 5</b>	
4	Ingreso	Enfermera responsable aplicará los momentos de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. <b>Pasar a la actividad 5</b>	Se mejorará la seguridad del proceso quirúrgico y reducir el número de complicaciones
5	Entrada	Se verificará antes de la inducción de la anestesia, lo siguiente: Identidad del paciente, sitio quirúrgico, consentimiento verbal y escrito, Estado de la vía aérea, riesgo de aspiración, riesgo hemorragias, Instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, pulsioxímetro, capnógrafo. <b>Pasar a la actividad 6</b>	Paciente seguro para continuar con procedimiento quirúrgico
6	Entrada	¿Cumple con todo lo requerido? <b>Si, Pasar a la actividad 8</b> <b>No, Pasar a la actividad 7</b>	



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>10</b> de <b>24</b>

7	Entrada	Comunicar al líder del equipo quirúrgico para toma de decisiones y resolución de hallazgo <b>Pasar a la actividad 11</b>	Resolución de problema detectado
8	Entrada	Continuar con el siguiente momento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura <b>Pasar a la actividad 9</b>	Se mejorar la seguridad del proceso quirúrgico y reducir el número de complicaciones
9	Pausa quirúrgica	Se verificará antes de la incisión cutánea, lo siguiente:  Se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos, se revisará la esterilidad, el recuento inicial de material blanco e instrumental quirúrgico, se confirmará la administración de profilaxis antibiótica en los 30 a 60 minutos anteriores a la intervención quirúrgica. <b>Pasar a la actividad 10</b>	Paciente seguro para continuar con procedimiento quirúrgico
10	Pausa quirúrgica	¿Cumple con todo lo requerido? <b>Si, Pasar a la actividad 12</b> <b>No, Pasar a la actividad 11</b>	
11	Pausa quirúrgica	Comunicar al líder del equipo quirúrgico para toma de decisiones y resolución de hallazgo <b>Pasar a la actividad 12</b>	Resolución de problema detectado
12	Pausa quirúrgica	Continuar con el siguiente momento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura <b>Pasar a la actividad 13</b>	Se mejorar la seguridad del proceso quirúrgico y reducir el número de complicaciones
13	Salida	Se verificará antes que el paciente salga del quirófano, lo siguiente:  Recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico, el empaquetamiento del paciente, confirmar el procedimiento realizado,	Procedimiento quirúrgico realizado con seguridad y con éxito

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>11</b> de <b>24</b>

		clasificación de la herida, toma de muestras, problemas relacionados con el instrumental y los equipos <b>Pasar a la actividad 14</b>	
14	Salida	¿Cumple con todo lo requerido? <b>Si, pasar a la actividad 16</b> <b>No, Pasar a la actividad 15</b>	
15	Salida	Comunicar al líder del equipo quirúrgico para toma de decisiones y resolución de hallazgo <b>Pasar a la actividad 16</b>	Resolución de problema detectado
16	Salida	Paciente pasa a sala de recuperación. <b>Fin</b>	Paciente postquirúrgico

Nota: Autoría propia

## 8. INDICADORES

Nota: N° 3. Prevenir eventos adversos asociados a los procesos quirúrgicos a través de una correcta aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

Indicador	% de usuarios operados con chequeo de cirugía segura correctamente aplicada.
Formula	Número total de usuarios operados con la lista de chequeo de cirugía segura correctamente aplicada/ Número total de usuarios operados evaluados * 100
Frecuencia del indicador	Mensual
Meta	98% - 100%
Responsable de la medición	Enfermera responsable de centro quirúrgico y equipo de mejora continua de centro quirúrgico.
Fuente de la información	FUENTE PRIMARIA: Historia Clínica, check List de cirugía segura. FUENTE SECUNDARIA: Pauta de evaluación de cirugía segura
Metodología	Se revisará la historia clínica donde conste la aplicación del Check-list de Cirugía Segura. Registrar: los datos y pertinencia (SI-NO-N/A) en cada uno de los ítems a evaluar.

Nota: Autoría propia



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>12</b> de <b>24</b>

Nota: N° 4 Prevenir las infecciones de sitio quirúrgico

**Indicador % de pacientes quirúrgicos que recibieron antibióticos profilácticos entre 30 a 60 minutos antes de la intervención**

Formula	Número total de pacientes quirúrgicos que recibieron antibióticos profilácticos entre 30 a 60 minutos antes de intervención / Número total de cirugías realizadas con indicación de profilaxis antibiótica * 100
Frecuencia del indicador	Mensual
Meta	98% al 100%
Responsable de la medición	Equipo de mejora continua de centro quirúrgico, Coordinador de Centro Quirúrgico, Responsable de Enfermería de Centro Quirúrgico.
Fuente de la información	Check List de cirugía segura.
Metodología	Se revisará la historia clínica donde conste la aplicación del Check-list de Cirugía Segura. Registrar: los datos y pertinencia (SI-NO-N/A) en cada uno de los ítems a evaluar.

Nota: Autoría propia

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>13</b> de <b>24</b>

## 9. REFERENCIAS

1. Pardell X. Capnógrafo [Internet]. 2021 [cited 2022 May 26]. Available from: <https://www.pardell.es/capnografo.html>
2. Escola d'Oficis Catalunya. Tipos de cirugías y su clasificación [Internet]. 2018 [cited 2022 May 26]. Available from: <https://eoc.cat/tipos-de-cirugias-clasificacion/>
3. Signaturit Blog. El consentimiento informado del paciente: qué es y cómo utilizarlo [Internet]. 21AD [cited 2022 May 26]. Available from: <https://blog.signaturit.com/es/que-es-el-consentimiento-informado-del-paciente-y-como-obtenerlo-firmado-al-momento>
4. S.C.A.R.E., FEPASDE. ¿Qué es un evento adverso y cómo se debe afrontar? [Internet]. 20AD [cited 2022 May 26]. Available from: <https://contenido.fepasde.com/que-es-evento-adverso-y-como-lo-debe-afrontar-un-profesional-en-salud>
5. Charlo Molina T, Valderrábanos ES, Goicochea Valdivia WA, Neth O. Profilaxis antibiótica perioperatoria UCIP. 2021 [cited 2022 May 26]; Available from: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
6. Zambrano V, Irigoyen B. PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS. 2022 Jan 30 [cited 2022 May 25];1–23. Available from: [https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/12-protocolo\\_prActicas\\_quirUrgicas\\_seguras.pdf](https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/12-protocolo_prActicas_quirUrgicas_seguras.pdf)
7. Tola J, Briones J, Grunauer F, Zambrano J. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. RECIAMUC. 2020 Apr 30;4(3):90–8.
8. Dirección Nacional de Salud Pública DN de C de los S de SM. Manual Seguridad del Paciente - Usuario [Internet]. Quito; 2016 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <http://salud.gob.ec>



<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>14</b> de <b>24</b>

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
5/07/2022	Versión inicial	N/A	1.0

DOCUMENTO CONTROLADO



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 15 de 24

## 11. ANEXOS

### 11.1 Anexo 1. Lista de Verificación de Cirugía Segura

 		<b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA</b>		<b>Versión:</b> 1.0 <b>Código:</b> SNS-MS-DNCSS-Form-096-2016 <b>Fecha:</b> 12-07-2022
Establecimiento de salud: _____ Edad: _____ Nombre del paciente: _____ N° de Historia Clínica única: _____ N° Quirófano: _____ Procedimiento: _____ Fecha: _____				
<b>ENTRADA</b> (Antes de la inducción de la anestesia)	<b>PAUSA QUIRÚRGICA</b> (Antes de la incisión cutánea)	<b>SALIDA</b> (Antes de que el paciente salga del quirófano)		
El paciente ha confirmado:	Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:		
Su identidad <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:	El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:		
Sitio quirúrgico <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> El procedimiento <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Su consentimiento verbal y escrito <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Identidad del paciente <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Sitio quirúrgico <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Procedimiento (lateralidad) <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hubo necesidad de empaquetar al paciente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Demarcación del sitio quirúrgico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	Previsión de eventos crítico	Registre el número de compresas _____		
Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	El cirujano expresa: <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Duración el procedimiento <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Perdida prevista de sangre <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Nombre del procedimiento realizado _____		
Equipo de intubación <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Equipo de aspiración de la vía aérea <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Sistema de ventilación <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	El anestesiólogo expresa algún problema en específico <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Clasificación de la herida Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/>		
Oxígeno <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Fármacos inhalados <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:	Toma de muestras Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Medicación <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Esterilidad (con resultados de indicadores químicos internos y externos) <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Pulsioxímetro colocado en el paciente y funcionando Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Identifique el tipo de muestra a enviar Citoquímico N° _____ Nombre: _____		
Capnógrafo colocado y funcionando Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	Existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Cultivos N° _____ Nombre: _____		
Tiene el paciente alergias conocidas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	Se ha administrado profilaxis antibiótica en los 60 minutos anteriores a la cirugía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>			
Vía aérea difícil/riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> Si, y hay instrumental y equipos disponibles <input type="checkbox"/> No	Dispone de imágenes diagnosticas esenciales para el procedimiento quirúrgico <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/></span>			
Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)				



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>16</b> de <b>24</b>

<input type="checkbox"/> Si, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquido adecuados <input type="checkbox"/> No Se ha conformado a reserva de hemoderivados con el laboratorio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica			_____ Anatómico patológico N° _____ Nombre: _____ Otros: _____ _____ _____	
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello	Si hay problemas que resolver, relacionado con el instrumental y los equipos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles: _____ _____	
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anestesiólogo	El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan aspectos de la recuperación del paciente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

DOCUMENTO CONTROLADO



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 17 de 24

## 11.2 Anexo 2. Parte operatorio

### HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO PARTE OPERATORIO

APELLIDOS

EDAD

N° DE HISTORIA CLÍNICA

SERVICIO/ESPECIALIDAD

CAMA/SALA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Intervención propuesta: \_\_\_\_\_

Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Hora anestesia: \_\_\_\_\_

Hora procedimiento: \_\_\_\_\_

Tiempo calculado

Riesgo Anestésico- Quirúrgico 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Tiempo de Cirugía

Efectiva ( )

Emergencia ( )

Instrumental Quirúrgico: \_\_\_\_\_

### TEAM OPERATORIO

Tipo de anestesia

General

Local

Raquídea

Otra

Cirujano \_\_\_\_\_

Anestesiólogo \_\_\_\_\_

1er. Ayudante \_\_\_\_\_

2do Ayudante \_\_\_\_\_

Instrumentista \_\_\_\_\_

Circulante \_\_\_\_\_

Vto. Bueno Jefe Cirugía

F. Cirujano

F. Anestesiólogo

### OBSERVACIONES:

Recepción parte operatorio en centro quirúrgico

Fecha y Hora

Responsable

En caso de suspender cirugía registrar motivo:

Firma de responsable



### 11.3 Anexo 3. Consentimiento Quirúrgico informado

**HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."**

<b>INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</b>	<b>UBIEN OPERADORA</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>CDU LOCALIZACIÓN</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</b>
	HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z"	ZAPACÁN	CANTÓN SANTO DOMINGO	TEACULA	

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>EDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CABA</b>	<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>
<b>TIPO DE ATENCIÓN</b>		<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>CONSULTA EXTERNA</b>			
I I		I I		I I			
<b>DIAGNÓSTICO:</b>						<b>COMPLICACIÓN DE 1º:</b>	

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

<b>NOMBRE DEL TRATAMIENTO MÉDICO-CLÍNICO RECOMENDADO</b>	<b>¿EN QUÉ CONSISTE?</b>
<b>PROPÓSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE</b>	<b>¿EXISTEN COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO?</b>
	<b>RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL PACIENTE:</b>
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>
<b>CÓDIGO DEL MSP</b>	<b>FIRMA</b>

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PROCEDIMIENTO**

<b>NOMBRE PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RECOMENDADO</b>	<b>¿EN QUÉ CONSISTE?</b>
<b>GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>PROPÓSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE</b>
	<b>¿EXISTEN COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO?</b>
	<b>RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL PACIENTE:</b>
	<b>DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN</b>
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>
<b>CÓDIGO DEL MSP</b>	<b>FIRMA</b>

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

<b>TÉCNICA ANESTÉSICA PROPUESTA</b>	<b>¿EN QUÉ CONSISTE?</b>
<b>GRÁFICO DE LA TÉCNICA</b>	<b>PROPÓSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE</b>
	<b>¿EXISTEN COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO?</b>
	<b>RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES:</b>
	<b>RIESGOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL PACIENTE:</b>
	<b>DURACIÓN ESTIMADA DE LA ANESTESIA</b>
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>
<b>CÓDIGO DEL MSP</b>	<b>FIRMA</b>

SAS-MPS / INCL-001-034 / 2017 CONSENTIMIENTO INFORMADO





HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CANTÓN	COD. LOCALIZACIÓN	PROVINCIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
	HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z"	PARROQUIA ZARALAY	CANTÓN SANTO DOMINGO	PROVINCIA TACHILA	

4. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

5. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:

6. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

7. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE:

FECHA:

He facilitado la información completa que conozco, y me ha solicitado, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que estos datos pueden afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto. He sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado conciencia y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consentiré que durante la intervención, se realice otro procedimiento adicional. Es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

8. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

FECHA:

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza, libremente no autorizo y me niego a que me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco:

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este estudio:

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

9. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

FECHA:

De libre y voluntaria, revoco el consentimiento informado realizado en fecha \_\_\_\_\_ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que hoy por hoy se está realizando en esta fecha. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella

Si el paciente no está en capacidad para firmar el negativa del consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>20</b> de <b>24</b>

#### 11.4 Anexo 4. Lista de verificación Pre. Quirúrgica (Chequeo prequirúrgico)



### Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Centro Quirúrgico EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA

Servicio o Unidad que solicita evaluación: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Intervención Propuesta:** \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Patológicos Personales:

Patología Cardiovascular	Patología Respiratoria	Patología Digestiva	Patología Renal	Patología Endocrina
Hipertensión Arterial	Bronquitis Crónica	Riesgo de Broncoaspiración	Hemodiálisis	Diabetes Mellitus
Valvulopatías	Enfisema	Úlcera Péptica	Insuficiencia Renal	Hipertiroidismo
Cardiopatía Isquémica	Apnea del sueño	Insuficiencia Hepática		Hipotiroidismo
Arritmias Sintomáticas	Enfermedades intersticiales	Coagulopatías		Supresión adrenal por corticoides
Insuficiencia Cardíaca	Patología Nasosinusal			Feocromocitoma
Uso de Marcapaso	COVID 19			
Patología Musculoesquelética	Patología Neurológica	Patología Hematológica	Patología Oncológica	Patología Ginecológica

#### Antecedentes Obstétricos:

FUM	
Gestaciones	
Paridad	
Abortos	
Cesárea	
Edad Gestacional	

#### Hábitos y encuesta social:

Tabaco	
Alcohol	
Drogas	

#### Alergias:

--



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>21</b> de <b>24</b>

**Uso de Medicamentos:**

Medicamento/Dosis diaria	Mantener	Descontinuar	Medicamento/Dosis diaria	Mantener	Descontinuar

**Antecedentes Quirúrgicos Previos**

Cirugía	Fecha realizada	Complicaciones quirúrgicas	Complicaciones anestésicas

**Antecedentes Patológicos familiares:**

<b>Padre</b>	
<b>Madre</b>	
<b>hermanos</b>	

**Exámenes de Laboratorio**

Biometría hemática		Química sanguínea		Pruebas de coagulación		Otros	
HCT		GLUCOSA		TP		NA	
HB		UREA		TTP		K	
PLAQUETAS		CREATININA		INR		CL	
		TGO				CA	
		TGP					

**EXÁMEN FÍSICO:**

<b>SIGNOS VITALES</b> T/A FC FR T°	<b>INSPECCIÓN GENERAL:</b>  	<b>INSPECCIÓN REGIONAL:</b> -CARDIOPULMONAR:
--	------------------------------------	---

**VALORACIÓN DE LA VÍA AREA**

MALLAMPATI		MOVILIDAD DE COLUMNA CERVICAL	APERTURA DE LA BOCA	DISTANCIA TIROMENTONEANA	DISTANCIA MENTÓN-ESTERNÓN	EDENTACIÓN
CLASE I		GRADO I	GRADO I (>5CM)			
CLASE II		GRADO II	GRADO II (3,5-5CM)			



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>22</b> de <b>24</b>

CLASE III		GRADO III		GRADO III (<3CM)	<b>OBSERVACIÓN:</b>
CLASE IV		GRADO IV			

**EXAMEN DE ESPALDA:**

**RIESGO:**

ASA	1	2	3	4	5

**PLAN:**

**ANESTESIA PROPUESTA:**

**MÉDICO RESPONSABLE:**

FORM-CTQ



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página <b>23</b> de <b>24</b>

## 11.5 Anexo 5. Consentimiento de Transfusión sanguínea



### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."

#### SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

La transfusión es un procedimiento terapéutico, que consiste en la administración de componentes sanguíneos, cuyo tipo y dosis son indicados por el médico solicitante, de acuerdo a la evaluación del estado clínico del paciente y los parámetros del laboratorio.

El tratamiento es ampliamente aceptado, pero puede presentar algunos riesgos como:

- Reacciones alérgicas o anafiláticas
- Irritación en el sitio de punción
- Sensibilidad a antígenos
- Transmisión de enfermedades infecciosas, a pesar de que las unidades de sangre que van a ser transfundidas se les realiza pruebas especiales para la identificación de: VIH (SIDA), Hepatitis B Hepatitis C, enfermedad de Chagas, Sífilis y en zonas endémicas Malaria.

Después de saber esto, yo \_\_\_\_\_ (padre, madre o representante legal) del paciente: \_\_\_\_\_ hospitalizado en \_\_\_\_\_ cama número \_\_\_\_\_

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

se transfunda las veces necesarias los componentes sanguíneos que el médico prescribe.

Mis preguntas han sido contestadas y se me ha hecho saber que pueden ampliar esta información.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento que integran el consentimiento. Entiendo que tengo derecho a rectificar este consentimiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
HUELLA DIGITAL (PARA LETRADOS)

Nº C.I. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

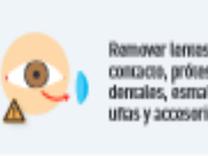
La sangre no utilizada es un derecho de quirófano, que el paciente debe compensar.

S.J.S. Form. 002-04 VERSIÓN 1



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Versión: 1.0
	PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS	Fecha: 23/06/2022
	UGDC- CTQ-PR-001	Página 24 de 24

### Anexo 7. Infografía

INGRESO / ADMITTANCE		PAUSA DE SEGURIDAD INICIAL / INITIAL SAFETY CHECK	
<p><b>1</b></p>  <p>Verificar identidad, sitio, procedimiento y consentimiento</p>	<p><b>2</b></p>  <p>Pulsioximetría funcionando en paciente</p>	<p>Anestesiología <input type="checkbox"/> Cirujía <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Instrumentación <input type="checkbox"/></p>  <p>Presencias. Confirmación de identificación y función</p>	<p><input type="checkbox"/></p>  <p> <input checked="" type="checkbox"/> Paciente  <input checked="" type="checkbox"/> Consentimiento informado  <input checked="" type="checkbox"/> Sitio  <input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento         </p> <p>Confirman verbalmente: Paciente, consentimiento informado, sitio y procedimiento</p>
<p><b>2</b></p>  <p>Ayuno adecuado necesario</p>	<p><b>3</b></p>  <p>Remover lentes de contacto, prótesis dentales, esmalte de uñas y accesorios</p>	<p><b>Equipo analiza</b></p> <p>Pulsioximetría funcionando en paciente <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles son los puntos críticos y dificultades del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>Administración de profilaxis antibiótica <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>3</b></p>  <p>Revisión de vía aérea</p>	<p><b>4</b></p>  <p>¿Medicamentos prescritos?</p> <p>¿Cuáles?</p> <p>_____</p>	<p><b>5</b></p>  <p>¿Cuáles?</p> <p>¿Alergias conocidas?</p> <p>_____</p>	<p><b>6</b></p>  <p>¿Riesgo de hemorragia?</p> <p>¿Hemoderivados disponibles?</p> <p>&gt; 500ml (7ML/KG en niños)</p>
<p><b>7</b></p>  <p>¿Antecedentes de importancia?</p> <p>_____</p>	<p>¿Cuáles?</p> <p>_____</p>	<p>Duración estimada de la cirugía <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida estimada de sangre <input type="checkbox"/></p> <p>Imagenología disponible y necesaria <input type="checkbox"/></p> <p>Verificar: Ubicación de la placa, zonas de presión, protección ocular <input type="checkbox"/></p>	<p>Verificación de equipos <input type="checkbox"/></p> <p>Verificación de esterilidad del instrumental <input type="checkbox"/></p> <p>Censo inicial de material ortopédico, gases y compresas <input type="checkbox"/></p>

