


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ
ZAMBRANO

“PROTOCOLO DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS”

UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA


	Nombre	Cargo	Sumilla
Elaborado por:	Lcda. Jenniffer Velez Zambrano	Responsable de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico	
Revisado por:	Lcdo. Manuel Camacho Esquivel	Coordinador de Gestión de Cuidados de Enfermería	
	Lcdo. Cristian Bustillos Rodríguez	Enfermero de Gestión de Calidad	
	Mgs. Benjamín Celi Cuje	Director Asistencial Hospitalario	
Aprobado por:	Dra. Lorena Baque Solis	Gerente del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Z.	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este documento”

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 2

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	3
2. OBJETIVO.....	4
3. ALCANCE	4
4. DEFINICIONES.....	4
5. DESARROLLO	5
5.1 Participación del paciente en la seguridad quirúrgica	6
5.2 Efectos adversos	8
5.3 Acciones de los establecimientos y equipos de salud.....	8
5.4 Momentos de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.....	9
6. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO	11
7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.....	12
8. INDICADORES.....	15
9. CONTROL DE CAMBIOS.....	15
10. REFERENCIAS.....	16
11. ANEXOS	17


 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 3

1. INTRODUCCION

La seguridad del paciente en el ámbito de la atención sanitaria se refiere a la prevención, reducción y eliminación de riesgos y daños asociados al cuidado por parte del profesional sanitario. En las instituciones de salud, garantizar un entorno seguro para los pacientes no solo implica la implementación de prácticas clínicas adecuadas, sino también la promoción de una cultura organizacional que priorice la seguridad en todos los niveles. A pesar de los avances en la medicina y las tecnologías de la salud, los errores médicos siguen siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel global, lo que subraya la necesidad urgente de estrategias eficaces para mejorar la seguridad del paciente.

Las prácticas quirúrgicas seguras incluyen un conjunto de medidas estandarizadas, como la verificación del paciente y del procedimiento antes de la cirugía, el uso de listas de verificación quirúrgicas, y la correcta esterilización de los equipos. Además, la comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico es vital para evitar errores y garantizar una intervención exitosa. Las instituciones de salud deben fomentar una cultura de seguridad que promueva la capacitación continua, la adherencia a protocolos y la evaluación constante de los procedimientos quirúrgicos, con el fin de identificar áreas de mejora y minimizar los riesgos asociados.

Este documento da a conocer una de las principales estrategias para asegurar prácticas quirúrgicas seguras, la aplicación del Listado de Verificación de Cirugía Segura, con la finalidad de lograr una atención de calidad hacia el paciente quirúrgico.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 4

2. OBJETIVO


Garantizar la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos reduciendo el riesgo de error, mediante la aplicación y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en pacientes del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.

3. ALCANCE

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

4. DEFINICIONES

- **Capnógrafo:** Instrumento encargado de medir la concentración numérica del dióxido de carbono (CO₂) en la vía aérea de un paciente durante su ciclo respiratorio, es decir, la medición de la presión parcial de CO₂ 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:** Es uno de los instrumentos que busca asegurar que el paciente reciba 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


 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 5

causas pueden ser múltiples, las que se destacan son: las condiciones generales del sistema, temas de infraestructura y el actuar de los participantes en la atención en salud. ⁽⁴⁾

- **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. ⁽⁴⁾
- **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 previo a la salida de la sala de quirófano. ⁽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. DESARROLLO

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores en todo el 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.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 6

Durante el año 2023, el Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano realizó un total de 8.391 cirugías, tanto programadas como de emergencia, lo que representa un promedio de 22,9 cirugías por día. En lo que va del año 2024, desde enero hasta octubre, se han llevado a cabo 6,252 cirugías, con un promedio diario de 20,5 procedimientos quirúrgicos.


Dada la cantidad de intervenciones que se realizan a diario, la institución se ha convertido en referencia a nivel provincial. Este volumen de procedimientos resalta la necesidad imperiosa de contar con un documento normativo que sirva como guía para la prevención de eventos relacionados con la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. La implementación de dicho documento no solo contribuirá a optimizar la calidad de atención, sino que también fortalecerá el compromiso de la institución con la seguridad y el bienestar de los pacientes que atendemos.

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

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 7


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 anestесias a las que se haya sometido, así como también 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.).
- 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.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 8

- 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 (prequirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 9


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 que proveerá 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 la “Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS)” en los tres momentos durante la cirugía:

1. **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.
2. **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.
3. **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.

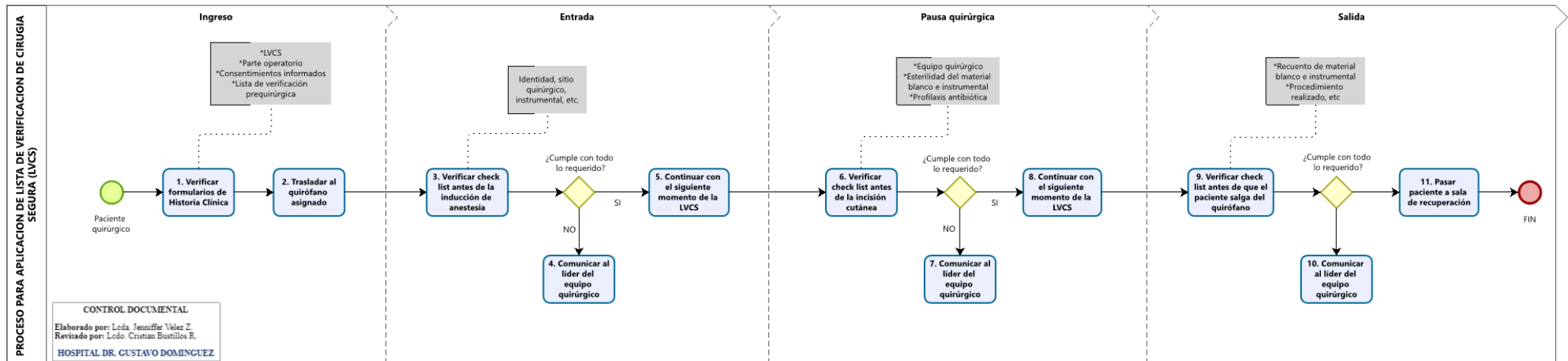
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 10

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 (anestesiista, cirujano, enfermero) deberá evaluar si suspende o no 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 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)

6. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO		
Nombre del proceso: proceso para aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS)		Versión: 2.0
A.	Unidad / Rol	Tarea / Actividad
1	Personal de enfermería	<p>Verificar formularios de Historia Clínica</p> <p>Se realiza el procedimiento de verificación cruzada de la identificación de paciente y se verificará en la Historia Clínica física y digital los formularios correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación de cirugía segura OMS adaptada • Parte operatorio • Consentimiento quirúrgico informado. • Consentimiento de anestesia. • Consentimiento de transfusión sanguínea. • Lista de verificación (prequirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.
2	Personal de enfermería o Auxiliares de enfermería	<p>Trasladar al quirófano asignado</p> <p>Llevar al paciente que ingresó al quirófano asignado.</p> <p>Enfermera responsable de la sala de quirófano, dará inicio a la lista de verificación de cirugía segura.</p>
3	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Verificar check list antes de la inducción de anestesia</p> <p>Garantizar que el paciente se encuentre con monitorización continua.</p> <p>Enfermero circulante pasará lista de verificación antes de la inducción de la anestesia, en la cual verificará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identidad del paciente • Sitio quirúrgico • Consentimientos informados (verbal y escrito) • Estado de la vía aérea • Riesgo de aspiración y hemorragia <p>En caso de cumplir con todos los criterios de la fase de entrada, continuar con actividad Nro. 5.</p>

		Caso contrario, continuar con actividad Nro. 4.
4	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Comunicar al líder del equipo quirúrgico</p> <p>Cuando no se cumple con los criterios de la fase de entrada correspondientes a la LVCS, se deberá comunicar inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para evaluar si suspende o no la cirugía, dejando consignado en la historia clínica.</p>
5	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Continuar con el siguiente momento de la LVCS</p> <p>En caso de que, si se cumpla con todos los criterios de la fase de entrada correspondientes a la LVCS, se continuara evaluando la siguiente fase: Pausa quirúrgica.</p>
6	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Verificar check list antes de la incisión cutánea</p> <p>Durante la pausa quirúrgica, se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar al equipo quirúrgico • Mantener presente la previsión de eventos críticos • Revisar la esterilidad y recuento del material blanco e instrumental quirúrgico • Confirmar la administración de profilaxis antibiótica <p>En caso de cumplir con todos los criterios de la fase de entrada, continuar con actividad Nro. 8.</p> <p>Caso contrario, continuar con actividad Nro. 7.</p>
7	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Comunicar al líder del equipo quirúrgico</p> <p>En caso de no cumplir con los criterios de la LVCS durante la fase de pausa quirúrgica, se deberá comunicar inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para evaluar si suspende o no la cirugía, dejando consignado en la historia clínica.</p>
8	Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	<p>Continuar con el siguiente momento de la LVCS</p> <p>Al verificar que se haya cumplido con todos los criterios de la fase de pausa quirúrgica correspondientes a la LVCS, se continuara evaluando la siguiente fase: Salida.</p>

9	<p>Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</p>	<p>Verificar check list antes de que el paciente salga del quirófano</p> <p>Al terminar el procedimiento quirúrgico y antes de que el paciente salga del quirófano, se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el recuento final del material blanco e instrumental quirúrgico • Confirmar el procedimiento realizado • Clasificar el tipo de herida • Tomar muestras, en caso de que lo requiera • Reportar problemas relacionados con el instrumentos o equipos quirúrgicos <p>En caso de cumplir con todos los criterios de la última fase de, continuar con actividad Nro. 11 Caso contrario, continuar con actividad Nro. 10</p>
10	<p>Enfermero encargado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</p>	<p>Comunicar al líder del equipo quirúrgico</p> <p>En caso de no cumplir con alguno de criterios evaluados durante la última fase de la LVCS, se deberá comunicar inmediatamente al líder del equipo quirúrgico dejando consignado todo lo sucedido en la historia clínica.</p> <p>Al verificar que se haya cumplido con todos los criterios de la fase de pausa quirúrgica correspondientes a la LVCS, se continuara evaluando la siguiente fase: Salida.</p> <p>Enfermera circulante pasará lista de verificación antes de la incisión cutánea</p> <p>Si no cumple comunicar al líder del Team quirúrgico para tomar decisiones y resolución de hallazgo</p> <p>Si cumple con lo requerido continua con el siguiente momento de la LVCS</p>
11	<p>Enfermero encargado de la Lista de</p>	<p>Pasar paciente a sala de recuperación</p> <p>Trasladar al paciente a sala de recuperación.</p>

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 15

	Verificación de Cirugía Segura	
FIN		


8. INDICADORES

El indicador que se detalla a continuación, será utilizado para 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
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


9. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
5/07/2022	Versión Inicial	N/A	1.0
12/12/2024	Se agrega breve descripción de temas a tratar Formatos de flujo y desarrollo del procedimiento Formatos para normativa Vancouver	Introducción Diagrama y desarrollo del procedimiento Referencias	2.0

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 16

10. REFERENCIAS

1. Pardell X. Capnógrafo [Internet]. Apuntes de Electromedicina; 2021. [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.pardell.es/capnografo.html>
2. Escola d'Oficis Catalunya. Tipos de cirugías y su clasificación [Internet]. ECO Online; 2018 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://eoc.cat/tipos-de-cirugias-clasificacion/>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Documento de Socialización del Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial [Internet]. Ecuador: Editogram – Medios Públicos EP; 2016 [Consultado 2024]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
4. Abril, F. Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente [Internet]. Ecuador: Hospital General Jose Maria Velasco Ibarra; 2020 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://hjmvi.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Eventos-adversos.pdf>
5. Charlo Molina T, Valderrábanos ES, Goicochea Valdivia WA, Neth O. Profilaxis antibiótica perioperatoria UCIP [Internet]. España: Asociación Española de Pediatría; 2021 [Consultado 2024]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
6. Zambrano V, Irigoyen B. Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras [Internet]. Ecuador: Hospital General Chone; 2022 [Consultado 2024]. Disponible en: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/12-protocolo_prActicas_quirUrgicas_seguras.pdf
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Seguridad del Paciente [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud;

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 17

2016. [Consultado 2024]. Disponible en:

<https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-delpaciente-usuario-SNS.pdf>

11. ANEXOS

Anexo 1: Lista de Verificación de Cirugía Segura

Anexo 2: Parte operatorio

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Lista de verificación Pre. Quirúrgica (evaluación pre anestésica)

Anexo 5: Solicitud de Sangre y consentimiento informado para la administración de sangre y hemoderivados.



Anexo 1

Lista de Verificación de Cirugía Segura

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
						H	D
						M	A

B. DATOS DE LA CIRUGÍA		
FECHA (aaaa-mm-dd)	PROCEDIMIENTO PROPUESTO	QUIRÓFANO

C. ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)	D. PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)	E. SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)
<p>El paciente ha confirmado</p> <p>Su identidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Su consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Demarcación del sitio quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de intubación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sistema de ventilación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Oxígeno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Fármacos inhalados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Medicación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Capnógrafo colocado y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Tiene el paciente alergias conocidas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuales _____</p> <p>Vía aérea difícil / riesgo de aspiración</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y hay instrumental y equipos disponibles</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/></p>	<p>Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identidad del paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Duración del procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pérdida prevista de sangre <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:</p> <p>Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Dispone de imágenes diagnósticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p>	<p>El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hubo necesidad de empaquetar al paciente</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Registre el número de compresas _____</p> <p>Nombre del procedimiento realizado</p> <p>_____</p> <p>Clasificación de la herida</p> <p>Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/></p> <p>Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/></p> <p>Toma de muestras <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifique el tipo de muestra a enviar</p> <p>Citoquímico <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cultivos <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Anatomopatológico <input type="checkbox"/> No. _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Cuáles: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES		
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO	NOMBRE COMPLETO DEL ANESTESIÓLOGO
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO



Anexo 2

Parte operatorio

PARTE OPERATORIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA
MSP	2075	Hospital Dr. Gustavo Domínguez			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD

FECHA	SERVICIO	SALA	CAMA	DÍAS DE INTERNACI	TIPO DE CIRUGÍA
___/___/___					EMERGENCIA ELECTIVA

CIE-10	DIAGNÓSTICOS
1	
2	
3	

INTERVENCIONES PROYECTADAS	TIEMPO ESTIMADO	FIRMA Y SELLO
1		CIRUJANO
2		
3		

RECEPCIÓN DE PARTE OPERATORIO EN CENTRO QUIRURGICO	TIEMPOS QUIRURGICOS								
RESPONSABLE	FECHA DE CIRUGÍA			INGRESA PACIENTE	INICIO DE ANESTESIA	INICIO DE CIRUGIA	FIN DE CIRUGIA	FIN DE ANESTESIA	PASE A SALA DE RECUPERACIÓN
	AÑO	MES	DIA						

TIPO ANESTESIA	General	Raquidea	Bloqueo	Sedación	Local
----------------	---------	----------	---------	----------	-------


INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO	
Cirujano 1:	Anestesiólogo/a:
Cirujano 2:	Ayudante Anestesia:
Primer Ayudante:	Instrumentista:
Segundo Ayudante:	Circulante:
FIRMA Y SELLO CIRUJANO	FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

INTERVENCIONES REALIZADAS
DESCRIBA: _____

DIAGNOSTICO: _____

VERIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS QUE CERTIFIQUEN LA ESTERILIDAD DEL EQUIPO
INSTRUMENTAL
ROPA

OBSERVACIONES	RESPONSABLE

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Estado: Aprobado
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico	Versión: 2.0
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras	Fecha: 12/12/2024
	HGDGDZ-UCUE-PR-001	Página: 20

Anexo 3

Consentimiento informado

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
						H	D	M	A
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO									
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:									
SERVICIO:		TIPO DE ATENCIÓN:		AMBULATORIO		HOSPITALIZACIÓN			
DIAGNÓSTICO:		CIE 10:							
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:									
EN QUÉ CONSISTE:									
CÓMO SE REALIZA:									
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)									
DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:									
BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:									
RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):									
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):									
DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc):									
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:									
DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:									
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SNS-MSP / HCU-form.024/2016 CONSENTIMIENTO INFORMADO (1) </div>									



C. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


FECHA	HORA	
<p>He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente que de omitir estos datos puede afectarse 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 consciente y libremente de decisión de autorizar el procedimiento adicional, si 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.</p>		
Nombre completo del paciente.	Cédula de ciudadanía.	Firma del paciente o huella, según el caso.
Nombre de profesional que realiza el procedimiento.	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento.	
Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:		
Nombre del representante legal.	Cédula de ciudadanía.	Firma del representante legal.
Parentesco		

D. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA	HORA	
<p>Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.</p>		
Nombre completo del paciente.	Cédula de ciudadanía.	Firma del paciente o huella, según el caso.
Nombre de profesional que realiza el procedimiento.	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento.	
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 acápite:		
Nombre completo del testigo.	Cédula de ciudadanía.	Firma del testigo.

E. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p>De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.</p>		
Nombre completo del paciente.	Cédula de ciudadanía.	Firma del paciente o huella, según el caso.
Nombre de profesional que realiza el procedimiento.	Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento.	
Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:		
Nombre del representante legal.	Cédula de ciudadanía.	Firma del representante legal.
Parentesco		

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.		Estado: Aprobado	
	Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico		Versión: 2.0	
	Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras		Fecha: 12/12/2024	
	HGDGDZ-UCUE-PR-001		Página: 22	

Anexo 4.

Lista de verificación Pre. Quirúrgica (evaluación pre anestésica)

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. REGISTRO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA										
DIAGNÓSTICOS								CIE		
PROCEDIMIENTO/S PROPUESTO /S:										
Electiva		Emergencia		Urgencia		RIESGO QUIRÚRGICO:		Bajo	Moderado	Alto

C. ANAMNESIS									
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES									
	DIAGNÓSTICOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	TRATAMIENTO						
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
ANESTÉSICOS									
QUIRÚRGICOS									
ALÉRGICOS									
TRANSFUSIONES									
HÁBITOS									
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES									





D. EXAMEN FÍSICO														
CONSTANTES VITALES	TA		FC		FR		T°		SAT O2		GLASGOW			
ANTROPOMETRÍA	PESO (kg)		TALLA (cm)		IMC (kg/m2)									
VÍA AÉREA	APERTURA BUCAL (cm)				DISTANCIA TIROMENTONEANA (cm)				MALLAMPATI					
	<2	2-2.5	2.6-3	>3	<6	6-6.5	>6.5	I	II	III	IV			
	PROTRUSIÓN MANDIBULAR		PERÍMETRO CERVICAL (cm)		MOVILIDAD CERVICAL (°)		HISTORIA DE INTUBACIÓN DIFÍCIL		PATOLOGÍA ASOCIADA A INTUBACIÓN					
	<0	0	>0	<40	>40	<35	>35	SI	NO	SI	NO			
	OTROS													
TÓRAX														
CORAZÓN														
PULMONES														
ABDOMEN														
EXTREMIDADES														
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL														
EQUIVALENTE METABÓLICO (METS)														

E. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGEN													
												(REGISTRAR LO QUE APLIQUE)	
HEMOGRAMA	TIPIFICACIÓN		PERFIL HEPÁTICO		IONOGRAMA	GASOMETRÍA		HORMONAS		ORINA			
HCTO	GRUPO		AST	Na	pH	T4		pH					
HB	FACTOR		ALT	K	PO2	TSH		DENSIDAD					
PLAQUETAS	QUÍMICA SANGUÍNEA		FA	Cl	PCO2	PRUEBA EMBARAZO		BACTERIAS					
TP	GLUCOSA		LDH	Ca	HCO3			LEUCOCITOS					
TTP	UREA		BT	Mg	EB	SI NO		PIOCITOS					
INR	CREATININA		BD		SAT.02			HEMATÍES					
LEUCOCITOS	OTROS:		BI		LACTATO			GLUCOSA					
EKG													
RX TÓRAX													
ESPIROMETRÍA													
OTROS													

F. ESCALAS E ÍNDICES													
												(REGISTRAR LO QUE APLIQUE)	
ESTADO FÍSICO ASA	I	II	III	IV	V	VI	RIESGO CARDÍACO						
RIESGO PULMONAR							RIESGO TROMBOEMBÓLICO						
OTROS													

F. TIEMPO DE ULTIMA INGESTA			
LÍQUIDOS CLAROS			LECHE DE FÓRMULA
LECHE MATERNA			SÓLIDOS

G. INDICACIONES	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

H. PLAN ANESTÉSICO	

I. OBSERVACIONES	

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		



Anexo 5.

Solicitud de Sangre y consentimiento informado para la administración de sangre y hemoderivados.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
						H	D	M	A	

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN									
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CIE	SERVICIO			ESPECIALIDAD	SALA	CAMA		
		EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN					
DIAGNÓSTICO PARA TRANSFUSIÓN	CIE								
CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE				PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	EMERGENCIA (5 min)		ALISTAR		
CLÍNICO	NEONATOLÓGICO				URGENCIA (15 min)	FECHA			
QUIRÚRGICO	GINECO-OBSTÉTRICO				RUTINA (45 min)	HORA			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO (ESPECIFIQUE NOMBRE Y TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN):									

C. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES											
TRANSFUSIONES ANTERIORES			TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR					REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS			
SI	NO	NO SABE	< DE 2 MESES	3-5 MESES	6-8 MESES	9-12 MESES	> 12 MESES	SI	ESPECIFIQUE:	NO	NO SABE

D. DATOS ACTUALES DE LABORATORIO										
HEMOGLOBINA		HEMATOCRITO		PLAQUETAS		TP		TTP		GRUPO ABO/RH
INR		OTROS: _____								

E. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS										
COMPONENTE SANGUÍNEO				NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO				
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR				CGRE		CONCENTRADO DE PLAQUETAS				CP
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA				CGRSCLp		CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS				CPA
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS				CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO				PFC
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS				CGRP		CRIOPRECIPITADO				CRIC
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA				CGRPCLp		PLASMA REFRIGERADO				PR
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS				CGRPL		SANGRE RECONSTITUIDA				SR
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS				CGRI		OTRO:				

F. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO									
Yo, _____ en calidad de médico prescriptor de éste paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente/emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado.									
Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.									

FECHA GENERACIÓN PEDIDO		HORA DE GENERACIÓN DEL PEDIDO		NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL		FIRMA Y SELLO	
FECHA DE TOMA DE MUESTRA		HORA DE TOMA DE MUESTRA		NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA		FIRMA	



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.

Estado: Aprobado

Unidad de Centro Quirúrgico Gineco Obstétrico

Versión: 2.0

Protocolo de Prácticas Quirúrgicas Seguras

Fecha: 12/12/2024

HGDGDZ-UCUE-PR-001

Página: 25



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMINGUEZ 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 ILETRADOS)

Nº C.I. _____

FECHA: _____

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

S.N.S. Form. 002-04 VERSION 1

