

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO

PROTOCOLO PRÁCTICAS QUIÚRGICAS SEGURAS

HEP-G-GC-P-2022-012

Gestión de Calidad de los Servicios de Salud

Fecha de Elaboración: 16/01/2022



	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 2 DE 53

PROTOCOLO: PROTOCOLO PARA LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA PREQUIRURGICA			Código: HEP-G-GC-P- 2022-008	Fecha de Vigencia: 16/ENERO/2022
			Versión: 001	No. de hojas: 45
ELABORADO POR:	Dra. Saray Hernández Amparan RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA	 Firmado electrónicamente por: SARAY HERNANDEZ		
REVISADO POR:	Dr. Diego Villavicencio Cerón DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL	 Firmado electrónicamente por: DIEGO ENRIQUE VILLAVICENCIOCERON		
REVISADO POR:	Dra. Ingrid Toapanta Rea COORDINADORA DE DOCENCIA	 Firmado electrónicamente por: INGRID MARIELA TOAPANTA REA		
VALIDADO POR:	Dra. Irene Sornoza Briones RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	 Firmado electrónicamente por: IRENE MONSERRATE SORNOZA BRIONES		
APROBADO POR:	Dr. Byron Pacheco Mendoza GERENTE DEL HOSPITAL ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	 Firmado electrónicamente por: BYRON ALEXIS PACHECO MENDOZA		
CONTROL DE CAMBIOS				
APROBADO POR:	VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	
Dr. Byron Pacheco M. GERENTE DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	002	16/01/2022	Actualización de términos e implementación de anexos para el manejo de la práctica segura.	

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 3 DE 53

ÍNDICE

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
1.	JUSTIFICACIÓN	3
2.	INTRODUCCIÓN	3
3.	MARCO LEGAL	4
4.	OBJETIVO GENERAL	7
5.	OBJETIVO ESPECIFICO	7
6.	ALCANCE	8
7.	DEFINICIONES.	8
8.	CONTENIDO	10
9.	FLUJOGRAMA	12
10	RESPONSABLES	13
11	SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN	13
12	BIBLIOGRAFIA	14
13	ANEXOS.	15

 República del Ecuador	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 4 DE 53

1. JUSTIFICACION

La implementación de prácticas seguras, que permitan evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos es una prioridad en la atención de salud. Surge, por lo tanto, la necesidad de implementar una herramienta que es el check list previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables.

2. INTRODUCCION

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier

 República del Ecuador	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 5 DE 53

3. MARCO LEGAL

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;

Que, la citada Constitución de la República, en el artículo 361, prescribe que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud; mientras que el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud establece que dicha Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública;

Que, el literal a) del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, dispone que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 10 dispone que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos;

Que, de conformidad a lo prescrito en el inciso primero del artículo 201 de la ley ibídem, es responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos;

 República del Ecuador	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 6 DE 53

Que, el Ministerio de Salud Pública como ente rector ha abordado la problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, convirtiendo a la seguridad del paciente como un eje transversal de la excelencia en la atención sanitaria, y transformando la cultura punitiva por una cultura proactiva; y,

En ejercicio de la atribución conferida por el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República,

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar el “Manual Seguridad del Paciente - Usuario”.

Art. 2.- Disponer que el “Manual Seguridad del Paciente

- Usuario”, se aplique con el carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Recomendar a las Instituciones de Educación Superior del territorio ecuatoriano, acoger el presente Manual como instrumento de enseñanza en todas las Carreras en Ciencias de la Salud.

Art. 4.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. - En el plazo de seis meses, contados a partir de la publicación del presente Manual en el Registro Oficial, los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, adecuarán sus procesos al contenido de este Manual.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 7 DE 53

SEGUNDA.- En el plazo de tres meses, contados a partir de la publicación del presente Manual en el Registro Oficial, la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria “Dr. Leopoldo Izquieta Pérez”, publicará el listado oficial de medicamentos de alto riesgo.

TERCERA.- De la ejecución y difusión de este Acuerdo Ministerial encárguese a la Subsecretaria Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y de las Coordinaciones Zonales de Salud, hasta cuando la Agencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), cuente con el personal necesario para el efecto.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 17 de octubre de 2016.

f.) Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el Archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 18 de octubre de 2016.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

4. OBJETIVO GENERAL

Garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

5. OBJETIVO ESPECIFICO

- Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 8 DE 53

- evitar dolor al paciente.
- Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
- Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.
- Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.
- Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
- Prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental.
- Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
- Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.
- conservar e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas.

6. ALCANCE

Deberá ser aplicado con todo el personal que labora en área quirúrgica, estos incluyen los cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, técnicos y demás profesionales de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico del Hospital de Especialidades Portoviejo.

7. DEFINICIONES

Cirugía segura: es el procedimiento efectuado en el quirófano para curar, mediante operaciones, las enfermedades del cuerpo humano, asegurando, en lo posible, la vida de la persona que será intervenida, o evitando daños mayores a los propios del procedimiento.

Cuasi evento: error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 9 DE 53

Error médico: Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurran un acontecimiento adverso.

Evento relacionado con la seguridad del paciente: todo desvío de la atención medica habitual que causa una lesión al paciente o riesgo daño.

Evento adverso: lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.

Evento centinela: todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la perdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.

Lista de verificaciones: es una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente.

MSP: Ministerio de Salud Publica

OMS: Organización Mundial de la Salud

Paciente: Persona que recibe atención sanitaria.

Practica segura: Son los tipos de procesos o estructuras cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención en salud.

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 10 DE 53

CONTENIDO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

COMO APLICAR EL CHECKLIST O LISTA DE VERIFICACIÓN

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la lista de verificación durante una cirugía.

El Coordinador de la lista será el personal de enfermería.

Todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones claras.

LISTADO DE CONTROL DE PREOPERATORIO

La lista de verificación divide la operación en tres fases cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

1.- ENTRADA: Es el periodo anterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.

La enfermera confirmará verbalmente:

Con el paciente (si es posible), su identidad, el lugar anatómico de la intervención, el procedimiento, las alergias, así como su consentimiento para ser operado. Cuando no sea posible la confirmación con el paciente (menores, discapacitados o situación clínica) se realizará con un familiar o tutor. Los datos del paciente también serán verificados con la pulsera identificativa.

Con el resto del equipo quirúrgico, el riesgo de hemorragia, de aspiración, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente. En el caso de riesgo de hemorragia, será necesario confirmar con la Banco de Sangre la reserva de hemoderivados.

Con el anestesiista, si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 11 DE 53

La enfermera confirmará visualmente:

Que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede, siempre que la zona anatómica a intervenir sea bilateral en el organismo por ejemplo un miembro, un riñón, un pulmón, un testículo, una mama, una hernia, un ojo, etc.)

Que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente.

2.- PAUSA QUIRÚRGICA: Es el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.

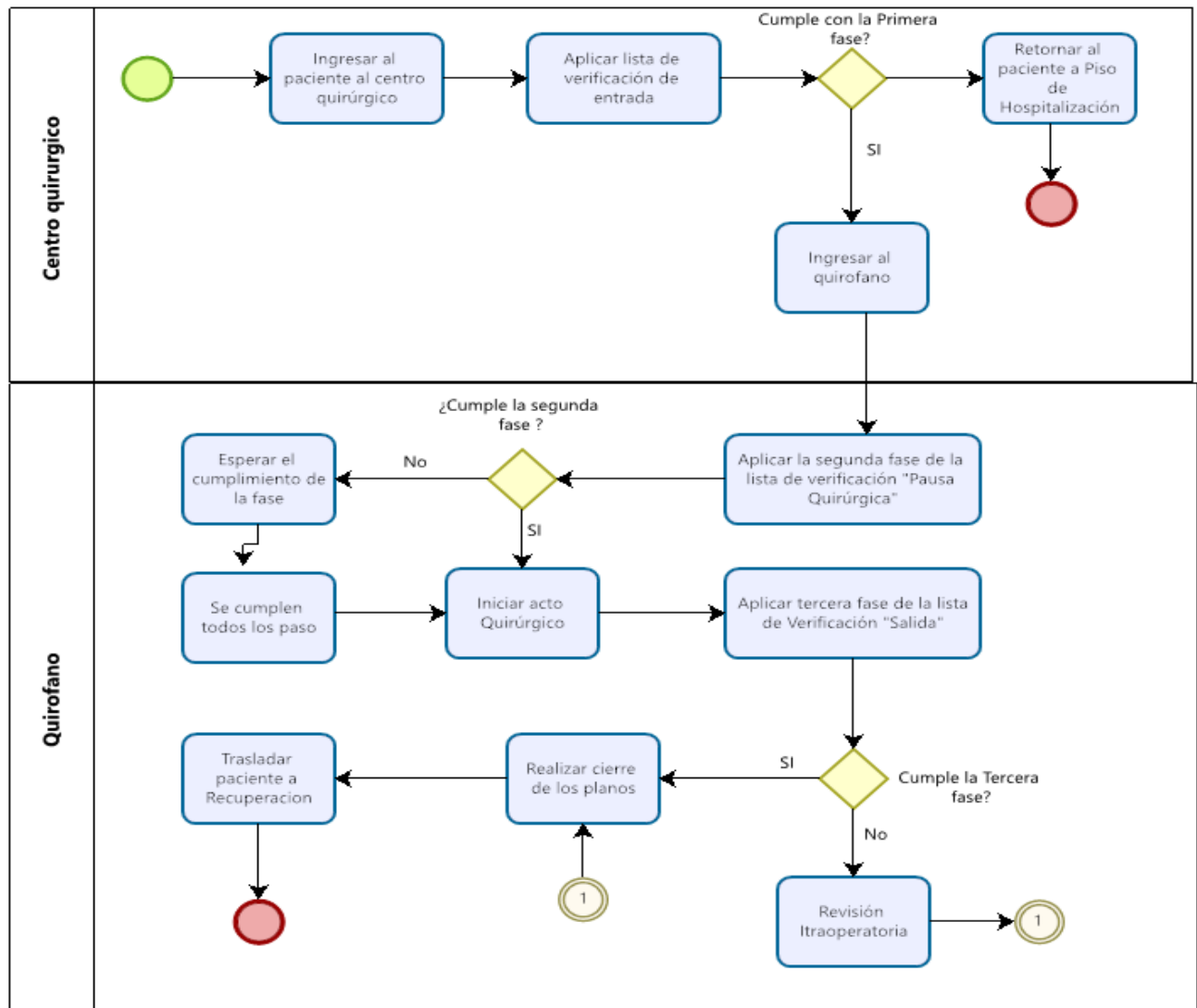
Cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la cirugía correcta en el paciente y sitio correcto, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención. Así mismo confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos según el protocolo vigente, y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

3.- SALIDA: Es el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. Todos los miembros del equipo revisarán la cirugía llevada a cabo, y se verificará el control de gases e instrumentos, el conteo de compresas y etiquetado de todas las muestras biológicas obtenidas. También examinarán los problemas que pueden haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deberán resolverse. En su caso, estos problemas deberán notificarse a la persona responsable, según el procedimiento habitual en el hospital.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 12 DE 53

Antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento postoperatorio y la recuperación. Este último paso deberá registrarse en la historia clínica del paciente para su conocimiento por parte de todos los implicados en el postoperatorio del paciente. La hoja de verificación deberá ser firmada por el cirujano, anestesiólogo, instrumentista y enfermera.

8. FLUJOGRAMA



	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 13 DE 53

9. RESPONSABLE

Gerente Hospitalario: Es responsable de:

- Destinar los recursos materiales, económicos, técnicos y humanos necesarios para prácticas quirúrgicas seguras.

Director Asistencial Hospitalario: Es responsable de:

- Aprobar la implementación del protocolo de cirugía segura.
- Velar por el cumplimiento del protocolo por los profesionales de la institución.

Coordinador de Gestión de Calidad: Es responsable de:

- Conducir y realizar funciones de supervisión relativas al cumplimiento del protocolo.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura.
- Receptar sugerencias para mejoramiento del protocolo de cirugía segura.

Profesionales de enfermería: Son responsables de:

- Aplicar y rellenar la lista de verificación durante una cirugía.

Líderes de enfermería de los servicios: Son responsables de:

- Observación del correcto cumplimiento de la práctica quirúrgica segura.

10. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El seguimiento continuo es de importancia para evidenciar el conocimiento y la cultura adquirida por el personal sanitario en la asistencia médica, de esta forma podemos determinar que las intervenciones han sido eficaces para mejorar el nivel de educación en seguridad al paciente, logrando reducir al máximo los eventos negativos al ejercicio profesional. Además, podemos contar con el apoyo de actividades educativas para personal sanitario, entre las cuales tenemos:

- Capacitaciones continuas sobre cirugía segura.
- Taller sobre el llenado correcto del formulario de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 14 DE 53

11. BIBLIOGRAFIA

MSP. (14 de NOVIEMBRE de 2016). *MANUAL*. Obtenido de SEGURIDAD DEL PACIENTE - USUARIO : <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>

MSP. (14 de NOVIEMBRE de 2016). *MANUAL*. Obtenido de SEGURIDAD DEL PACIENTE - USUARIO: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>

MSP. (10 de agosto de 2016). *MANUAL DE SEGURIDAD PACIENTE - USUARIO*. Obtenido de Practica Quirurgica Segura: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>

OMS. (06 de agosto de 2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

OMS. (09 de agosto de 2021). *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Obtenido de segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=731608F5C23F31807C115D73E119AA8C?sequence=1

OMS. (08 de agosto de 2021). *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf;jsessionid=8EC68A0EF680E748CE2E42FE4385E44B?sequence=2

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 15 DE 53

12. ANEXOS

Anexo 1 Lista de verificación de la OMS, formulario adaptado para Ecuador

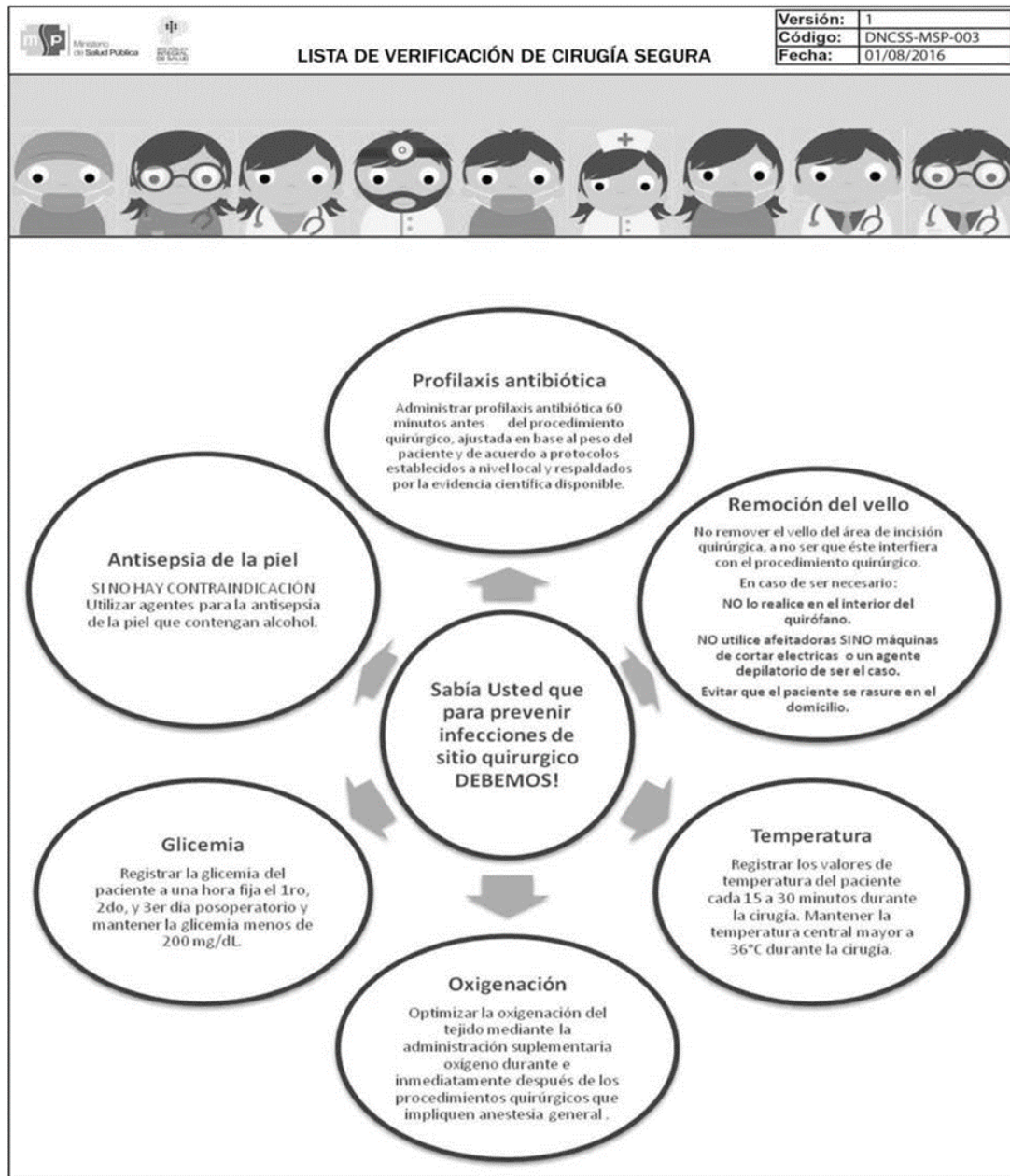
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-003 Fecha: 01/08/2016
a. Establecimiento de salud : _____ b. Unicódigo : _____ c. Fecha: _____ d. Nombre del paciente : _____ e. Edad : _____ f. N° de Historia Clínica única: _____ g. N° Quirófano : _____ h. Procedimiento : _____		
ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia) El paciente ha confirmado: Su identidad ☐ SI ☐ NO Sitio quirúrgico ☐ SI ☐ NO El procedimiento ☐ SI ☐ NO Su consentimiento verbal y escrito ☐ SI ☐ NO Demarcación del sitio quirúrgico SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico SI ☐ NO ☐ Equipo de intubación ☐ SI ☐ NO Equipo de aspiración de la vía aérea ☐ SI ☐ NO Sistema de ventilación ☐ SI ☐ NO Oxígeno ☐ SI ☐ NO Fármacos inhalados ☐ SI ☐ NO Medicación ☐ SI ☐ NO Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando SI ☐ NO ☐ Capnógrafo colocado y funcionando SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Tiene el paciente alergias conocidas SI ☐ NO ☐ Cuáles: _____ Vía aérea difícil/riesgo de aspiración ☐ SI, y hay instrumental y equipos disponibles ☐ NO Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños) ☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados. ☐ NO Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio ☐ SI ☐ NO ☐ NO APLICA	PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea) Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función SI ☐ NO ☐ Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico: Identidad del paciente ☐ SI ☐ NO Sitio quirúrgico ☐ SI ☐ NO Procedimiento (lateralidad) ☐ SI ☐ NO Previsión de eventos críticos El cirujano expresa: Duración del procedimiento ☐ SI ☐ NO Pérdida prevista de sangre ☐ SI ☐ NO El anestesiólogo expresa algún problema específico ☐ SI ☐ NO Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa: Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos) ☐ SI ☐ NO Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico ☐ SI ☐ NO Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos ☐ SI ☐ NO Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos ☐ SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico ☐ SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐	SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano) El 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: SI ☐ NO ☐ Hubo necesidad de empaquetar al paciente SI ☐ NO ☐ Registre el número de compresas _____ Nombre del procedimiento realizado _____ Clasificación de la herida Limpia ☐ Contaminada ☐ Limpia-contaminada ☐ Sucia ☐ Toma de muestras SI ☐ NO ☐ Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha) SI ☐ NO ☐ Identifique el tipo de muestra a enviar Citoquímico ☐ N° _____ Nombre: _____ Cultivos ☐ N° _____ Nombre: _____ Anatomopatológico ☐ N° _____ Nombre: _____ Otros: _____ Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos SI ☐ NO ☐ Cuáles: _____ El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente. SI ☐ NO ☐
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anestesiólogo

SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 16 DE 53

Anexo 01 Lista de verificación de la OMS, formulario adaptado para Ecuador



SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 17 DE 53

Anexo 02 Formulario de consentimiento informado

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. OU	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
MSP		HEP	48800	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
				10	01	13	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA	FECHA	HORA	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD							
1- DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				FECHA		HORA	
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 de que omitir estos datos puede 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 comprendo la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según juicio del profesional de salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno							
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL PACIENTE O HUELLA				
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE HARÁ EL PROCEDIMIENTO		FIRMA, SELLO Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE				
PARENTESCO							
2- NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO				FECHA		HORA	
Una vez que he tenido 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 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 / PASAPORTE	FIRMA DEL PACIENTE O HUELLA				
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE HARÁ EL PROCEDIMIENTO		FIRMA, SELLO Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE				
PARENTESCO							
SI EL PACIENTE NO ACEPTA EL PROCEDIMIENTO SUGERIDO POR EL PROFESIONAL Y SE NIEGA A FIRMAR ESTE ACÁPITE							
NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL TESTIGO				
3- REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				FECHA		HORA	
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							
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL PACIENTE O HUELLA				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		CÉDULA / PASAPORTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE				
PARENTESCO							

SNS - MSP / HCU-form.024 / 2018 HEP Adaptado según Acuerdo Ministerial 005316

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO COORDINACIÓN ZONAL 4 - SALUD

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 18 DE 53

Anexo 02 Formulario de consentimiento informado reverso

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. OU	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
MSP	HEP	48800	10	01	13	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA	FECHA	HORA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD						
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						CIE-10
PROCEDIMIENTO RECOMENDADO						
¿EN QUÉ CONSISTE?						
¿CÓMO SE REALIZA?						
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión del paciente)						
DURACIÓN ESTIMADA DEL PROCEDIMIENTO			BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO			
RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES)						
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES)						
DE EXISTIR ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS DEL 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						

SNS - MSP / HCU-form.024 / 2018 HEP Adaptado según Acuerdo Ministerial 005316

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO COORDINACIÓN ZONAL 4 - SALUD

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 19 DE 53

Anexo 03 Formulario de registro de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente

 		REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-002 Fecha: 01/08/2016
1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
a. Institución del Sistema:				
MSP ☐ IESS ☐ FFAA ☐ Policía Nacional ☐ Municipal ☐ Red Privada ☐ Fiscomisional ☐				
b. Provincia:		c. Zona:		d. Distrito:
e. Unicódigo:				
f. Establecimiento de salud:			g. Tipología:	
h. Servicio / Área donde se produce el evento:			i. Fecha: dd / mm / aa	
			j. Hora:	
2. DATOS DEL PACIENTE				
a. Nombres y apellidos del paciente:				
b. Edad:		c. Sexo: H ☐ M ☐		d. N° de Historia Clínica única:
e. Diagnóstico / Motivo de atención:				f. CIE 10:
3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR				
a. Médica/o ☐		b. Enfermera/o ☐		c. Obstetra ☐
d. Familiares/acompañante/cuidador ☐		e. Trabajador/a Social ☐		f. Odontóloga/o ☐
g. Psicólogo/a ☐		h. Estudiante ☐		i. Otro ☐
j. Fecha del reporte: dd / mm / aa				
4. TIPO DE EVENTO				
a. Cuasi evento ☐		b. Evento adverso ☐		c. Evento centinela ☐
5. NATURALEZA DEL EVENTO				
a. Medicación ☐		b. Infección asociada a la atención de salud ☐		
c. Caídas ☐		d. Úlceras por presión ☐		
e. Trombosis Venosa Profunda ☐		f. Dispositivos médicos /equipos biomédicos ☐		
g. Procedimiento clínico ☐		h. Procedimiento quirúrgico ☐		
i. Otro:				
6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA				
Cuando ocurrió: Al ingreso ☐		Durante la estancia ☐		Al alta ☐
Ambulatorio ☐				
Donde ocurrió: En el servicio ☐		En el traslado ☐		Otro: ☐
Fue informado el paciente y/o familia: Si ☐		No ☐		
Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:				
7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA				
a. Ninguna (sin lesión) ☐		b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo ☐		
c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización ☐		d. Daño de una función o estructura corporal temporal ☐		
e. Daño de una función o estructura corporal permanente ☐		f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor ☐		
g. Muerte: ☐		h. Otro ☐		

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional Salud. MSP 2016.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-P-2022-012
	AGREGADOR DE ASESORIA	16/ ENERO /2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	PÁGINA 21 DE 53

Anexo 04 Consentimiento informado para transfusión sanguínea.



SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO - UNICÓDIGO 48800 SOLICITUD
INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE SANGRE, HEMOCOMPONENTES Y DERIVADOS SANGUÍNEOS

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

Este tipo de tratamiento está ampliamente aceptado pero puede presentar algunos riesgos como:

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

Yo,.....o padre, madre, representante legal,

SI AUTORIZO que se transfunda las veces necesarias, a.....

cédula de identidad N°..... sangre, hemocomponente o derivados sanguíneos.

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

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento que integra este consentimiento, con los que concuerdo plenamente.

Entiendo que tengo derecho de rectificar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente y/o

MD. Tratante y/o

Representante legal.....

MD. Residente

En caso de ser analfabeto:

Firmar un testigo/ o huella dactilar.....

Fecha:.....

REVOCACION

Yo,.....o padre, madre, representante legal,

NO AUTORIZO que se transfunda, a.....

cédula de identidad N°..... sangre, hemocomponente o derivados sanguíneos.

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

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento que integra este Consentimiento, con los que concuerdo plenamente.

Entiendo que tengo derecho de rectificar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente y/o

MD. Tratante y/o

Representante legal.....

MD. Residente

En caso de ser analfabeto:

Firmar un testigo/ o huella dactilar.....

Fecha:.....

SNS F 002-4 VERSION 2