


| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|------------|
|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 1 de 20 |

1. OBJETIVO

Garantizar la realización de procedimientos quirúrgicos bajo condiciones de seguridad, pertinencia, efectividad y eficacia, cumpliendo con las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los integrantes del servicio de Cirugía y personal asistencial de la E.S.E San Rafael de Itagüí.

3. RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO

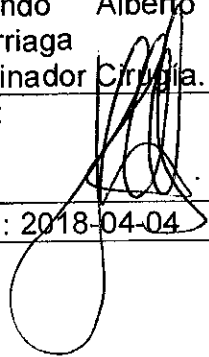
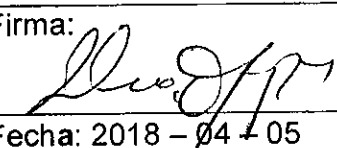
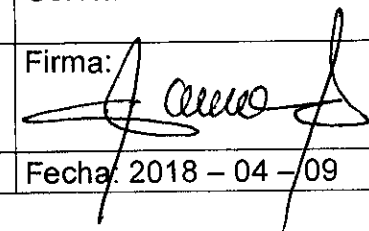
Son responsables de su ejecución el Personal Asistencial del Servicio de Cirugía bajo la supervisión del Coordinador de Cirugía y la Enfermera Jefe de Quirófano.


4. DEFINICIONES

Acto quirúrgico: Procedimiento en la cual el cirujano realiza la actividad de cirugía para modificar, curar o solucionar la patología quirúrgica presente en el usuario.

Asepsia: Procedimiento que se realiza para disminuir la carga microbiológica en la piel a través del lavado o asepsia del área quirúrgica con sustancias antisépticas y utilizando la técnica adecuada.

Asistencia al usuario: Son todas las actividades asistenciales, médicas y de enfermería que se realizan dentro del quirófano, desde el inicio hasta la terminación del acto quirúrgico y anestésico incluyendo la recuperación del usuario hasta el alta del servicio de cirugía.

| | | |
|--|--|--|
| Elaboró: Hernando Alberto Muñoz Saldarriaga Coordinador Cirugía. | Revisó: Diva Amparo Castaño V. Profesional de Planeación | Aprobó: Carlos Fredy Carmona R. Gerente |
| Firma:  | Firma:  | Firma:  |
| Fecha: 2018-04-04 | Fecha: 2018 - 04 - 05 | Fecha: 2018 - 04 - 09 |

| | | | |
|---|--------------------------------|---------|------------|
|  | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 2 de 20 |

Anestesia: La anestesia es un acto médico especializado que elimina por diversas técnicas el dolor durante una intervención quirúrgica. Se pueden encontrar seis tipos de anestesia, las cuales son:

Antisepsia: se define como el empleo de medicamentos o de sustancias químicas (antisépticos) para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos. Es la ausencia de sepsis (microorganismos capaces de producir putrefacción y/o Infección). La finalidad de estos procedimientos es evitar o atenuar el riesgo de infección en toda técnica quirúrgica

- **Local:** la anestesia se aplica en el sitio mismo de la intervención.
- **Regional:** Comprende un área del organismo que se encuentra vecina al área de la intervención.
- **Bloqueo troncular:** Interrupción de la conducción con anestesia del área de intervención del respectivo tronco nervioso.
- **Conductiva:** bloqueo del neuro eje mediante técnicas espinales y peridurales.
- **General:** Anestesia e inconciencia mediante técnicas inhalatorias, intravenosas o combinadas con o sin relajación muscular.
- **Sedación:** Estado de somnolencia o sedación de intensidad variable, grados I al IV.

Clasificación de las complicaciones: es cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico. Se pueden clasificar así:


- **Inmediatas:** se presentan una vez concluida la intervención, de las 6 siguientes horas hasta las 36.
- **Mediata:** se presenta cuando el paciente está en la habitación, de 24 a 48 horas.
- **Tardías:** se presenta de las 48 hasta los 30 días postoperatorios.

5. ENTRADAS

| INSUMOS | PROVEEDORES | CONDICIONES |
|--|---|--|
| Usuario preparado para su traslado al quirófano. | Enfermera jefe. Auxiliares de enfermería. Médicos Especialista. | Marcación del sitio operatorio. Colocación de profilaxis antibiótica según lo indica la |



| | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Aplicación de anestesia. | Iniciar la aplicación de la anestesia, según la guía "Acto anestésico y recuperación post anestésica" (GI_02_CG-1)", y Diligenciar el formato "Evaluación preoperatoria Hoja de Anestesia" (F_20_GC-1) | Anestesiólogo | Formato "Evaluación preoperatoria Hoja de Anestesia" (F_20_GC-1) Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
| Ubicar en posición quirúrgica. | Colocar al usuario en la posición quirúrgica adecuada de acuerdo a la guía "Posiciones básicas para el Paciente Quirúrgico" (GI_01_CG-1). Según indicación del cirujano y ubicar placa de electrobisturí, registrando en el formato "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5)". | Enfermera Jefe. Auxiliar circulante de quirófano. | "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5) Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
| Asepsia del área quirúrgica. | Realizar asepsia para acto quirúrgico, según el "Protocolo de Enfermería Asepsia en Cirugía (PT_05_CG-1)". y registrar en el formato de "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5) | Enfermera Jefe o auxiliar circulante de quirófano. | "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5) Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
| Inicio del Acto quirúrgico. | Iniciar el procedimiento quirúrgico programado de acuerdo con las "Guías Médicas" o plan quirúrgico" | Cirujano. Anestesiólogo. Enfermera Jefe, circulante de quirófano, Instrumentadora. | |

| | | | |
|---|--------------------------------|---------|------------|
|  | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 3 de 20 |

| | | |
|--|-----------------|---|
| | Anestesiólogos. | “Guía de Profilaxis Antibiótica” (GC_14_CG-2) Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
|--|-----------------|---|

6. CONTENIDO


| ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | REGISTROS |
|---|--|---|--|
| Recepción y verificación de las listas de chequeo del usuario al quirófano. | Realizar la recepción del usuario desde preparación a cirugía, informando nombre, cirugía a realizar, y verificando cumplimiento de la lista de chequeo para la seguridad quirúrgica de los usuarios (F_24_CG-1) | Auxiliar de preoperatorio o circulante de quirófano Anestesiólogo. | Lista de chequeo para seguridad quirúrgica de los usuarios (F_24_CG-1) Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
| | Verificar en el usuario urgente, cumplimiento de preparación pre quirúrgico. | | |
| Traslado a mesa de quirófano. | Ubicar correctamente al usuario en la mesa del quirófano según el tipo de anestesia para evitar la aparición de trastornos anatómicos, funcionales y colocar elementos de monitoreo básico. | Circulante de quirófano. | |
| Preparación de medicamentos. | Preparar medicamentos para el acto anestésico y quirúrgico, aplicando los “10 correctos para la administración de medicamentos” adoptada por la E.S.E San Rafael de Itagüí. | Enfermera jefe o Circulante interno del quirófano. | Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual. |
| | Administrar medicamentos y soluciones endovenosas según Protocolo de “Administración de medicamentos endovenosos”(PT_04_GC-9) | | |



| | | | |
|--|---|--|---|
| | cirugía (F_26_CG-1). | | |
| Finalización del procedimiento. | Informar finalización del procedimiento quirúrgico | | |
| | Verifica el cumplimiento de las actividades de la "Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica (F_24_CG-1). | | Registro en Historia Clínica Dinámica Gerencial o Historia Clínica Manual. |
| | Realizar conteo de gases y compresas, registrando en el formato "Control gases quirófano (F_25_CG-1)", realizar conteo de instrumental y agujas, y registrarlo en el formato "Control de Instrumentación Quirúrgica (F_27_GC-1)". Diligenciar el formato "Evolución de enfermería (F_02_SI-5)" registrando la evolución del procedimiento | | "Lista de Chequeo para la Seguridad Quirúrgica de los Usuarios" (F_24_CG-1) |
| | Verificar por parte del cirujano que se haya realizado el conteo completo y proceder a suturar. | Cirujano. Instrumentador. Anestesiólogo. | "Control Gases Quirófano" (F_25_CG-1) |
| | Observar los sistemas de drenaje y herida quirúrgica. Proceder a realizar la limpieza del usuario | Auxiliar de enfermería. | "Control de Instrumentación Quirúrgica" (F_27_GC-1) |
| | Extubar al usuario antes de pasar a recuperación, vigilar signos vitales, suspender goteo según orden de anestesiólogo, diligenciando el formato "Evolución preoperatoria hoja de anestesia (F_20_CG-1) | | "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5) |
| | | | "Evolución Preoperatoria Hoja de Anestesia" (F_20_CG-1) |
| Diligenciar registros Internos. | Registrar el procedimiento quirúrgico en el formato "Rips e informe quirúrgico" | Cirujano. Enfermera jefe. | Registro en historia clínica Dinámica |



| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | |
| <p>Durante el acto quirúrgico.</p> | <p>Realizar las labores pertinentes y demás requerimientos durante el acto quirúrgico, manteniendo el monitoreo constante del usuario, y atender las necesidades del equipo quirúrgico. Registrar en el formato "Signos vitales" (F_14_SI-5) y "Evolución de Enfermería" (F_02_SI-5)</p> <p>Usuario con paro cardio-respiratorio:</p> <p>Realizar reanimación cardiocerebropulmonar, si el usuario no sale del paro se deberá diligenciar el Certificado de defunción y proceder según el instructivo "Egreso del usuario fallecido (IN_06_IT-1)" y el protocolo "Alistamiento de usuario fallecido (PT_02_GC-9)</p> <p>Usuario con otras complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Asegurar la vía aérea y trasladar el usuario a una unidad de cuidados intensivos. Según el instructivo "Traslado interno de usuarios (IN_04_IT-1)▪ Recuperar al usuario en quirófano.▪ Reintervenir quirúrgicamente. <p>Todo lo realizado debe ser registrado en el formato "Evolución médica (F_01_SI-5), "Evolución de enfermería (F_02_SI-5), "Facturación de</p> | <p>Cirujano. Anestesiólogo. Auxiliar interna del quirófano.</p> | <p>Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual.</p> |


| | | | |
|---|--------------------------------|---------|------------|
|  | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 8 de 20 |

7. SALIDAS

| PRODUCTO O RESULTADO | CLIENTES | REQUISITOS |
|--|---|---|
| Usuario intervenido en condiciones de seguridad. | Familiar y/o acompañante del usuario. | <p>Registro en historia clínica Dinámica Gerencial o historia clínica manual.</p> <p>Usuario intervenido con el "RIPS e informe quirúrgico" (F_17_CG-1)</p> <p>"Evaluación preoperatoria Hoja de Anestesia (F_20_GC-1)</p> <p>"Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica de los usuarios" (F_24_CG-1)</p> <p>"Facturación de cirugía (F_26_CG-1)" "Control de Instrumentación Quirúrgica (F_27_GC-1)". Totalmente diligenciado.</p> |
| Usuario fallecido | <p>Sala de Transición.</p> <p>Familia</p> <p>Fiscalía</p> | <p>Certificado de defunción.</p> <p>Aplicar instructivo Egreso usuario fallecido (IN_06_IT-1) y el Protocolo Alistamiento usuario fallecido (PT_02_GC-9).</p> <p>Registro en historia clínica dinámica gerencial o historia clínica manual</p> |



| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>(F_17_CG-1)".</p> <p>Diligenciar el Soporte de "Facturación de cirugía" (F_26_CG-1) consignado los consumos durante el acto quirúrgico.</p> <p>Diligenciar el "Registro diario de procedimientos" (F_29_CG-1)</p> <p>Nota: Para usuarios quirúrgicos de Apendicetomía se deberá registrar en el formato "Informe consolidado mensual de apendicetomías" (F_18_CG-1)</p> | Auxiliar de enfermería. | <p>Gerencial o Historia Clínica Manual.</p> <p>"Rips e Informe Quirúrgico" (F_17_CG-1)</p> <p>"Facturación de Cirugía" (F_26_CG-1)</p> <p>"Informe Consolidado Mensual de Apendicetomías" (F_18_CG-1)</p> <p>"Registro Diario de Procedimientos" (F_29_CG-1)</p> |
| Informar resultado de procedimiento quirúrgico. | Informar a los familiares del usuario sobre el estado del paciente intervenido. | Cirujano. | |
| Traslado a recuperación. | Entregar el usuario y su historia clínica en caso de que sea manual a la enfermera de recuperación cumpliendo con el procedimiento "Recuperación del Usuario Posquirúrgico" (PR_04_CG-1) | Anestesiólogo, circulante de quirófano. | <p>Registro en historia Clínica Dinámica Gerencial o Historia Clínica Manual</p> <p>"Observación de Enfermería (F_02_SI-5)"</p> |


| | | | |
|---|--------------------------------|---------|------------|
|  | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 10 de 20 |

10. CAMBIOS

| FECHA | NATURALEZA DEL CAMBIO | SOLICITANTE |
|------------|---|---------------------------|
| 2007-05-05 | Elaboración Documental. | Dr. Fernando Echavarría |
| 2010-03-23 | Plan de actualización documental. | Juan Carlos Gómez |
| 2010-06-22 | Inclusión de riesgos y puntos de control. | Juan Carlos Gómez |
| 2015-05-04 | Actualización Documental. | |
| 2018-04-09 | Actualización Documental. | Hernando Alberto Muñoz S. |

11. ANEXOS

| CÓDIGO | NOMBRE |
|-----------|---|
| F_17_CG-1 | RIPS e Informe quirúrgico. |
| F_18_CG-1 | Informe mensual de apendicetomía. |
| F_24_CG-1 | Lista de chequeo para Seguridad Quirúrgica. |
| F_25_CG-1 | Control de gases quirófano. |
| F_26_CG-1 | Soporte Gastos de cirugía. |
| F_27_CG-1 | Control de instrumentación quirúrgica. |
| F_29_CG-1 | Registro diario de procedimientos. |
| F_32_CG-1 | Reporte de complicaciones en cirugía. |
| F_33_CG-1 | Análisis de complicaciones en cirugía. |

| | | | |
|---|--------------------------------|---------|------------|
|  | Procedimiento | Código | PR_03_CG-1 |
| | REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO | Versión | 5 |
| | | Página | 9 de 20 |

8. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES

- El usuario será trasladado al quirófano siempre y cuando se cuente con el consentimiento informado diligenciado y firmado, de lo contrario se procederá con la cancelación de la cirugía.
- Se debe verificar sitio de Marcación, con la palabra **SI**, antes de trasladar el usuario al quirófano, si esta no cuenta con la marcación no se hará traslado a cirugía.
- Es de carácter obligatorio la aplicación de las Listas de Chequeo, en ningún caso será válido no realizarlas.
- En caso de usuario a los cuales se le coloco material de osteosíntesis se deberá diligenciar el formato "Reporte de material para trazabilidad de implantes" (F_03_CG-2)
- Si durante el procedimiento quirúrgico se realiza toma de muestra para patología se deberá preparar la muestra teniendo en cuenta el protocolo "Preparación, empaque y entrega de muestras anatomopatológicas" (PT_06_CG-1) y diligenciar el Formato "Solicitud Estudio Anatomopatológico"(F_28_CG-1).
- Siempre que se presente una complicación quirúrgica intraoperatoria o inmediata, el especialista deberá diligenciar el formato "**Reporte de complicaciones en cirugía (F_32_CG-1)**". Posterior a esta notificación se hará el "**Análisis de la complicación en el formato (F_33_CG-1)**" por parte del Coordinador de Cirugía, si requiere aclaración del caso en estudio se recurrirá al par especialista de la intervención analizada.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| CÓDIGO | NOMBRE |
|------------|--|
| GI_01_CG-1 | Guía de enfermería posiciones quirúrgicas. |
| GI_02_CG-1 | Guía Acto Anestésico y recuperación Postanestésica. |
| PT_05_CG-1 | Asepsia en cirugía. |
| PT_06_CG-1 | Preparación, empaque y entrega de muestras Anatomopatológicas. |
| MN_01_GL-3 | Manual de Limpieza y Desinfección |



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

Código

PR_03_CG-1

REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO

Versión

5

Página

11 de 20

ANEXO 1

| | | | | |
|--|---------------------------|--------|-----------|------------|
| | Formato | Código | F_17_06-1 | |
| | RIPS E INFORME QUIRÚRGICO | | Versión | 3 |
| | | | Fecha | 2018-04-05 |

Página 2 de 2

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|-----------------------|--|---------------------------|---|----------|-------|---------|--------|---|-------|---|-------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | | | Nombres | | | | | | | | | |
| Documento de Identidad | C.C. | T.L. | R.C. | MUIP | Nro. | | | | | | | | | | |
| No. Historia clínica | No. de factura | | | Tipo de aseguradora | | Consecutivo | | | | | | | | | |
| Fecha | | Sexo | | Quirúrgico | | Edad | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | M | F | Si | No | Años | Meses | Días | | | | | | |
| Ambito del procedimiento | 1 | Atención ambulatoria | 2 | Atención hospitalaria | 3 | Urgencias | | | | | | | | | |
| | Finalidad del procedimiento | 1 | Diagnóstico | 2 | Detección temprana | 3 | Terapéutico | | | | | | | | |
| | | 4 | Protección específica | 5 | Detección temprana enfermedad profesional | | | | | | | | | | |
| Manual de tarifas | | Nombre del procedimiento | | | | | Via | Cantidad | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personal que atiende | | 1 | Médico especialista | 2 | Médico general | 3 | Enfermera | | | | | | | | |
| | | 4 | Auxiliar de enfermería | 5 | Otro | | | | | | | | | | |
| Forma realización acto quirúrgico | | 1 | Único o unilateral | 2 | Múltiple o bilateral diferente vía igual esp. | 3 | Múltiple o bilateral misma vía diferente esp. | | | | | | | | |
| | | 4 | Múltiple o bilateral diferente vía igual esp. | 5 | Múltiple o bilateral diferente vía diferente especificidad | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico principal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico relacionado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico complicación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora ingreso quirófano | | Hora | | Minutos | | Hora inicio procedimiento | | Hora | | Minutos | | | | | |
| Hora fin de procedimiento | | Hora | | Minutos | | Hora egreso quirófano | | Hora | | Minutos | | | | | |
| Cirujano | | Anestesiólogo | | | | | | | | | | | | | |
| Primer ayudante | | Instrumentador | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de anestesia | | 1 | General | 2 | Raquídica | 3 | Epidural | 4 | Local | 5 | Venosa | 6 | Mixta | 7 | Otros |



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO


PR_03_CG-1

Código

Versión

Página

ANEXO 3

|  | | LISTA DE QUEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DE LOS USUARIOS | | Fomato Código F_24_CG-1 Versión 4 Vigencia 2018-04-05 | |
|--|---|--|--|--|--|
| Nombre del Usuario: _____ No H. C.: _____ C.C.: _____ Fecha: _____ | | Antes de la incisión cutánea Antes de la salida del quirófano | | | |
| ENTRADA <input type="checkbox"/> El paciente ha confirmado • Su identidad • El lugar del cuerpo • La operación • Su consentimiento <input type="checkbox"/> Marca en el lugar del cuerpo/No aplica <input type="checkbox"/> Verificar que los equipos y la medición anestésica están completos. <input type="checkbox"/> Esta colocado monitoreo en el paciente y funcionando Tiene el usuario: ¿alguna alergia conocida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, y el equipo y la asistencia están disponibles ¿Riesgo de pérdida de sangre > 500ml (7ml/Kg en los niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, y tiene una vía de acceso intravenosa adecuada y los líquidos necesarios para revivirlo | PAUSA <input type="checkbox"/> Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y su función <input type="checkbox"/> El cirujano, anestesta y la enfermera confirman verbalmente: • La identidad del paciente • El lugar del cuerpo • La operación <input type="checkbox"/> Anticipación de casos críticos. El cirujano repasa ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la operación, la pérdida sanguínea anticipada? <input type="checkbox"/> El anestesta repasa: ¿Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación? <input type="checkbox"/> La enfermera repasa: ¿ se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos (incluyendo los resultados de los indicadores)? ¿hay problemas o inquietudes con el material? ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica ¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica | SALIDA La enfermera confirma verbalmente con el personal: <input type="checkbox"/> Nombre de la operación registrada <input type="checkbox"/> Que los recuentos de los instrumentos, esponjas y agujas son correctos (o que no aplica) <input type="checkbox"/> Como se han rotulado las muestras (Incluyendo el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas con el equipo que requieran atención <input type="checkbox"/> El cirujano, el anestesta y la enfermera repasan las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo del paciente. <input type="checkbox"/> Presencia del anestesiólogo | Firma Cirujano _____ Firma Anestesiólogo: _____ Firma Instrumentadora: _____ Firma enfermera: _____ | | |




REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO

Procedimiento

| | |
|---------|------------|
| Código | PR_03_CG-1 |
| Versión | 5 |
| Página | 17 de 20 |

ANEXO 6

|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Formato | F_27_CG-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|----------|--------|---------|----------|------|--------|-------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| | CONTROL DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA | Código Versión Vigencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE HISTORIA CLÍNICA ENTIDAD CIRUJANO INSTRUMENTADORA AUXILIAR DE QUIROFANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTEO</th> <th>INICIO</th> <th>DURANTE</th> <th>FINALIZA</th> <th>COMP</th> <th>INCOMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GASAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPRESAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MATERIALES CORTOPUNZANTES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TORUNDAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COTONES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INSTRUMENTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | CONTEO | INICIO | DURANTE | FINALIZA | COMP | INCOMP | GASAS | | | | | | COMPRESAS | | | | | | MATERIALES CORTOPUNZANTES | | | | | | TORUNDAS | | | | | | COTONES | | | | | | INSTRUMENTAL | | | | | |
| CONTEO | INICIO | DURANTE | FINALIZA | COMP | INCOMP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GASAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPRESAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATERIALES CORTOPUNZANTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TORUNDAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COTONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTRUMENTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREGA DE PATOLOGIA SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREGA RECIBE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES GENERALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTRUMENTADOR (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUXILIAR Qx. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

Código

PR_03_CG-1

REALIZACIÓN DE ACTO QUIRÚRGICO

Versión

5

Página

20 de 20

ANEXO 9

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------|------------|
| | Formato | Código | F_33_CG-1 |
| | ANÁLISIS DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA | Versión | 2 |
| | | Fecha | 2018-04-08 |

| NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO | | | | | |
|--|-----|-----------------------|-----|----------------------------|----|
| EDAD | | ESPECIALIDAD | | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA | |
| FECHA | DÍA | MES | AÑO | HORA | |
| CIRUGIA REALIZADA: | | | | | |
| Tipo de procedimiento: | | Fecha de realización: | | | |
| Ambulatoria | | Hospitalaria | | Urgente | |
| Fecha programación | | Hora inicio | | Hora fin | |
| SE REALIZÓ LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS USUARIOS | | | | | |
| Antes de la administración de la anestesia | | | | SI | NO |
| Antes de la incisión cutánea | | | | SI | NO |
| Antes de la sede del quirófano | | | | SI | NO |

| ANTECEDENTES | | | | | |
|---|-----------|----------------|----------|----------------|---------------|
| Antecedentes personales | | | | | |
| Hiperlipidión | Tiroides | Hipertensión | Diabetes | Alcoholismo | Psiquiátricos |
| Hematológicos | Epilepsia | Cáncer | Alergia | Tabaquismo | Otros |
| Antecedentes quirúrgicos | | | | | |
| Antecedentes familiares | | | | | |
| Hta quien | | Cáncer quien | | Diabetes quien | |
| Aams quien | | Cardiaco quien | | Otro quien? | |
| Conclusiones ayudas diagnósticas prequirúrgicas | | | | | |

| PROCEDIMIENTO | | | | | | | |
|--|-----|--------|----|--------------------|----|-------------|-----------|
| Dx preoperatorio | | | | Dx posoperatorio | | | |
| Lineas iv/veas | TOT | CVC | LA | BCPAs | SV | CSG | Electrodo |
| Transfusiones: Cantidad y cual | | | | | | | |
| Clase de herida | | Limpia | | Limpia contaminada | | Contaminada | |
| Complicaciones intraoperatorias | | | | | | | |
| Cuales: | | | | | | | |
| Causa posible: | | | | | | | |
| Cirujano | | | | Anestesiólogo | | | |
| Procedimiento | | | | Tipo de anestesia | | | |
| Instrumentador | | | | ayudante | | | |
| Complicaciones post-operatorias inmediatas | | | | | | | |
| Cuales: | | | | | | | |
| Causa posible: | | | | | | | |
| Complicaciones post-teridas | | | | | | | |
| Cuales: | | | | | | | |
| Causa posible: | | | | | | | |

| | | | |
|--------|------------------------|--------------|-------------------|
| Egreso | Muerte intraoperatoria | Estancia UCI | Estancia hospital |
| | Muerte - de 48 hrs | Causas | |
| | Muertes + de 48 hrs | Causas | |
| | Reinternación | Causas | |

| ESTUDIO DEL CASO | |
|-------------------|--|
| Análisis: | |
| Conclusiones: | |
| Fecha de análisis | |
| Analizada por: | |
| FIRMA | |

| |
|---------------------------------|
| FIRMA |
| NOMBRES COMPLETOS |
| COORDINADOR SERVICIO DE CIRUGIA |



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

Código

PR_03_CG-1

**REALIZACIÓN DE ACTO
QUIRÚRGICO**

Versión

5

Página

19 de 20

ANEXO 8.

| Formato | | Código | F_32_CG-2 |
|---|---|--|-----------------------------|
| SEGUIMIENTO CANCELACIONES | | Versión | 2 |
| | | Vigencia | 2018-04-05 |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | | | |
| | | | |
| EDAD | IDENTIFICACION | NUMERO HISTORIA | ASEGURADORA |
| | | | |
| ESPECIALIDAD | DIA | MES | AÑO |
| | | | |
| | | | HORA CX |
| | | | TIEMPO QGCO ASIGNADO |
| | | | |
| MOTIVO DE CANCELACION | | | |
| TIEMPO QUIRURGICO | PACIENTE NO ASISTE | CAMBIO DE PROCEDIMIENTO | |
| ENFERMEDAD DEL PACIENTE | RECURSO HUMANO NO DISPONIBLE | SIN CONSULTA PREANESTESICO PREVIA | |
| FALTA EXAMENES PREQUIRURGICOS ESENCIALES | NO DISPONIBILIDAD DE MATERIALES Y/O RECURSOS | OTRO ¿Cuál? | |
| OBSERVACIONES | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| FIRMA Y SELLO DE MEDICO QUE CANCELA | | | |
| | | | |
| INFORME DE SEGUIMIENTO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| FIRMA Y COORDINADOR CIRUGIA | | | |
| | | | |
| | | | |