

PROTOCOLO LASOS-Peds

Registro hospitalario del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad del paciente: _____ años - *Campo de llenado automático*

Sexo: Masculino Femenino

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

IMC: _____ *Campo de llenado automático*

Fecha de ingreso en este hospital: ____/____/____

Fecha de la cirugía: ____/____/____

COMORBILIDADES

El paciente presenta comorbilidad: Sí No

En caso afirmativo, marque:

- Enfermedad cardíaca Enfermedades respiratorias crónicas Enfermedad neurológica
 Enfermedad infecciosa Cáncer Infección actual de las vías respiratorias Alteración congénita

PERIODO INTRAOPERATORIO

Fecha de la cirugía: _____

Clasificación ASA I II III IV V

Hemoglobina: _____ g/L (no más de 28 días previos a la cirugía)

Urgencia de la cirugía: Electivo Urgencia Emergencia

Porte de la cirugía: Pequeño Mediano porte Grande

Indicación primaria para la cirugía:

- Enfermedades no transmisibles Lesión traumática Infeccioso Congénito

Tipo de cirugía:

- Cirugía neurológica Cirugía cardíaca (excepto trasplante) Cirugía ginecológica Cirugía torácica
 Ojos/Nariz/Garganta Labio leporino Paladar hendido Cirugía hepatobiliar Cirugía ortopédica
 Cirugía Maxilofacial o Craneofacial Cirugía gastrointestinal Cirugía Dental Riñones/ Urológico (excepto trasplante) Oftálmico Plástico/Cutáneo Quemaduras Trasplante de hígado
 Trasplante de riñón Trasplante de corazón Otros Si se trata de otra cirugía, describa: _____

Horario de inducción de la anestesia: ____:____

Hora de finalización de la cirugía: ____:____

Duración de la cirugía: _____ min *Campo de llenado automático*

Fuera del horario estándar? Sí No

Se utilizó la lista de verificación de cirugía (ex. WHO checklist)? Sí No

Equipo – el profesional más experimentado presente en el quirófano

Anestesiólogo: Experto Médico no especialista enfermero No médico

Cirujano: Experto Médico no especialista enfermero No médico

EVENTOS ADVERSOS INTRAOPERATORIOS GRAVES

El paciente presentó algún evento adverso grave durante la cirugía? Sí No

Laringoespasma Sí No

Aspiración Sí No

Broncoespasmo Sí No

Hipoxia severa Sí No

Dificultad en la ventilación con mascarilla Sí No

Dificultad en la intubación Sí No

Fracaso de la intubación Sí No

Anafilaxia Sí No



Bradycardia Sí No
Inestabilidad cardiovascular Sí No
Temperatura < 36°C Sí No
Hipoglucemia Sí No
Error de medicación Sí No
Paro cardíaco Sí No
Muerte en quirófano Sí No

PERIODO POS OPERATORIO

Nivel de atención en el pos operatorio inmediato:

Enfermería Unidad de Cuidados Intermedia Unidad de Cuidados Intensivos

COMPLICACIONES POS OPERATORIAS

Infección superficial del sitio quirúrgico Leve Moderado Grave Ninguno
Infección profunda del sitio quirúrgico Leve Moderado Grave Ninguno
Infección de la cavidad abdominal Leve Moderado Grave Ninguno
Infección de la sangre Leve Moderado Grave Ninguno
Neumonía Leve Moderado Grave Ninguno
Otra infección Leve Moderado Grave Ninguno
Arritmia Leve Moderado Grave Ninguno
Sangrado Leve Moderado Grave Ninguno
Lesión renal aguda Leve Moderado Grave Ninguno
Paro cardíaco Sí No
Reoperación Sí No

Fecha de alta hospitalaria: ____/____/____ Hora: ____:____

Horas de hospitalización después de la cirugía: _____ *Campo de llenado automático*

Estado en alta o después treinta días de la intervención quirúrgica si sigue hospitalizado

Vivo Muerto