

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) | PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea) | 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El procedimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Su consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></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 anestésico</p> <p>Equipo de intubación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema de ventilación</p> <p>Oxígeno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fármacos inhalados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Medicación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></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"/> Cuáles _____</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><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA</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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa:</p> <p>Duración del procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida prevista de sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:</p> <p>Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></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>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:</p> <p>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</p> <p>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"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cultivos <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Anatomopatológico <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Otros:</p> <p>_____</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>_____</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> |
| 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 |

