



## LISTA DE VERIFICACION DE PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURAS

Centro: \_\_\_\_\_

Fecha:	Hora:
--------	-------

Nombre del Paciente:	N° de expediente:
----------------------	-------------------

Antes de la Inducción Anestésica	Responsable Anestesiólogo (a)
<p><b>Ha confirmado:</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Identidad del paciente.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Sitio quirúrgico.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Procedimiento a realizar.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Consentimiento informado completo y ambas firmas.</p>	<p><b>Sitio quirúrgico marcado:</b></p> <p><input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Lateral derecho</p> <p><input type="radio"/> Lateral Izquierdo</p> <p><b>Seguridad previa:</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Se realizó el control de seguridad anestésica.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El oxímetro de pulso se le ha colocado al paciente y funciona.</p>
<p><b>Información sobre el paciente y planificación:</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Paciente tiene alguna alergia conocida. Cuál? _____</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Paciente tiene dificultad para intubación o riesgo de aspiración.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Se cuenta con equipo y asistencia para atender la dificultad de intubación o riesgo de aspiración?</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Paciente tiene riesgo de pérdida sanguínea &gt; 500ml ( 7ml /Kg en los niños):</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Se cuenta con acceso intravenoso (al menos 2 vías de gran calibre)?</p> <p>Anote el Grupo Rh (paciente) _____</p>	

Antes de la Incisión Cutánea	Responsable Cirujano (a)
<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Cirujano confirma: que los integrantes del equipo quirúrgico se presentaron indicando su nombre y función.</p>	
<p><b>El Cirujano, confirma con Anestesiólogo e Instrumentista:</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO La identidad del paciente.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El sitio quirúrgico.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El procedimiento a realizar.</p>	
<p><b>Pasos críticos previos a la cirugía</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El cirujano repasa: Los pasos críticos o inesperados de la cirugía, duración y pérdida sanguínea prevista.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El cirujano confirma con Anestesiólogo (a): Hay consideraciones específicas con el paciente antes de la incisión cutánea.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El cirujano confirma con Instrumentista: La esterilidad del instrumental y disponibilidad del equipo necesario.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Confirma la administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos previos a la incisión.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Confirma que las imágenes radiológicas del paciente esten en el quirófano.</p>	

Antes del Cierre de Herida Quirúrgica y la Salida del Quirófano	Responsable Instrumentista
<p><b>El (la) instrumentista confirma verbalmente:</b></p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El procedimiento quirúrgico programado y realizado (antes del cierre de la herida quirúrgica).</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Que el recuento del instrumental, paños, gasas, torundas, agujas, etc, es correcto (antes del cierre de la herida quirúrgica).</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Rotulado correcto de las muestras biológicas (Tipo y Sitio de la muestra, Fecha e Identificación del paciente) .</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Problemas con el equipo o instrumental quirúrgico que deban reportarse para cambio o reparación.</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Confirma con cirujano y anestesiólogo los aspectos claves para la recuperación y manejo post-operatorio del paciente.</p>	

Nombre del Cirujano	Firma del Cirujano	Código
Nombre del Anestesiólogo	Firma del Anestesiólogo	Código
Nombre del Instrumentista	Firma del Instrumentista	Código