



LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

Establecimiento de Salud: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Nombre de la persona usuaria: _____

N° de Identificación: _____

Antes de la Inducción Anestésica

Anestesiólogo

Anestesiólogo confirma:

- ☐ SI ☐ NO Identidad de la persona usuaria
- ☐ SI ☐ NO Procedimiento a realizar.
- ☐ SI ☐ NO ☐ NA Lateralidad del sitio quirúrgico marcada:
-----> ☐ Derecha ☐ Izquierda
- ☐ SI ☐ NO ☐ NA Consentimiento informado completo y las firmas respectivas.
-----> Emergencia / ASA E.

Seguridad previa a la anestesia:

- ☐ SI ☐ NO Verifica la máquina y equipo de anestesia.
- ☐ SI ☐ NO Oxímetro de pulso colocado y funcionando.

Seguridad ambiental dentro del quirófano:

T° _____ C° Temperatura.
HR _____ % Humedad relativa.

Información sobre la persona usuaria y planificación:

- ☐ SI ☐ NO Alergias conocidas del usuario A qué? _____
- ☐ SI ☐ NO Tiene dificultad de intubación o riesgo de aspiración?.
- > ☐ SI ☐ NO Tiene el equipo y asistencia para atender la dificultad de intubación o riesgo de aspiración?
- ☐ SI ☐ NO Tiene riesgo de pérdida sanguínea > 500ml (7ml /Kg en niños)?.
- > ☐ SI ☐ NO Cuenta con acceso intravenoso (1 vía central o 2 vías periféricas)?
- > ☐ SI ☐ NO Verificó la reserva de sangre y hemoderivados? Grupo Rh: _____

Antes de la Incisión Cutánea

Cirujano

Cirujano confirma:

- ☐ SI ☐ NO El equipo quirúrgico se presentó indicando su nombre y función.
- ☐ SI ☐ NO La identidad de la persona usuaria.
- ☐ SI ☐ NO El procedimiento a realizar.
- ☐ SI ☐ NO El sitio quirúrgico.

Pasos críticos previos a la cirugía

- ☐ SI ☐ NO Repasa con el equipo: pasos críticos de la cirugía, su duración y pérdida sanguínea prevista.
- ☐ SI ☐ NO Confirma con Anestesiólogo: Hay consideraciones específicas con el usuario antes de la incisión cutánea.
- ☐ SI ☐ NO Confirma con Instrumentista: La esterilidad del instrumental y disponibilidad del equipo necesario.
- ☐ SI ☐ NO ☐ NA La profilaxis antimicrobiana se administró dentro de los 60 minutos previos a la incisión.
- ☐ SI ☐ NO ☐ NA Las imágenes radiológicas esenciales están disponibles en el quirófano.

Antes del Cierre de Herida Quirúrgica y la Salida del Quirófano

Instrumentador

Quien instrumenta confirma:

- ☐ SI ☐ NO Confirmó el procedimiento quirúrgico programado, y el realizado (antes del cierre de la herida quirúrgica)?.
- ☐ SI ☐ NO El recuento del instrumental, paños, gasas, torundas, agujas, etc, es correcto (antes del cierre de la herida quirúrgica).
- ☐ SI ☐ NO ☐ NA El rotulado de las muestras biológicas, es correcto (Tipo y Sitio de la muestra, Fecha e Identificación del usuario) .
- ☐ SI ☐ NO Verificó el estado del instrumental quirúrgico y de los equipos?. Reporte los defectos para cambio o reparación.
- ☐ SI ☐ NO Repasó con el equipo los aspectos claves para la recuperación y el manejo post-operatorio del usuario?.

Anestesiólogo Especialista

Firma Anestesiólogo Especialista

Código

Cirujano Especialista

Firma Cirujano Especialista

Código

Instrumentador

Firma Instrumentador

Código