

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Versión: 1  
Código: DNCSS-MSP-003  
Fecha: 01/08/2016

a. Establecimiento de salud: TyB Salud y Bienestar S.A. b. Unicódigo: \_\_\_\_\_ c. Fecha: 11/12/2022  
d. Nombre del paciente: Daniel Antonio Solerzano Proaño e. Edad: 32 años  
f. N° de Historia Clínica única: 909001176926 g. N° Quirófano: 4  
h. Procedimiento: Emplejo total no segmentado de Cadena

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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Su consentimiento verbal y escrito <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Demarcación del sitio quirúrgico</p> <p>SI <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sistema de ventilación</p> <p>Oxígeno <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Fármacos inhalados <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Medicación <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Capnógrafo colocado y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Tiene el paciente alergias conocidas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia &gt; 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>Identidad del paciente <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa:</p> <p>Duración del procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pérdida prevista de sangre <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>SI <input checked="" 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 checked="" 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>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hubo necesidad de empaquetar al paciente</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Registre el número de compresas <u>6</u></p> <p>Nombre del procedimiento realizado <u>emplejo total no segmentado de Cadena</u></p> <p>Clasificación de la herida</p> <p>Limpia <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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</p> <p>Nombre: <u>Tejido Oseo</u> N° <u>4</u></p> <p>Anatomopatológico <input checked="" type="checkbox"/> N° <u>1</u></p> <p>Nombre: <u>Tejido Oseo</u></p> <p>Otros: _____</p> <p>Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cuáles: _____</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Firma y sello</p> <p>Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación</p>	<p>Dr. Juan Carlos Ordóñez Padilla</p> <p>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</p> <p>C.I. 1707593743</p> <p>Firma y sello</p> <p>Nombre del cirujano</p>	<p>Dra. Annelina Padilla</p> <p>ANESTESIOLOGÍA</p> <p>C.I. 17260</p> <p>Firma y sello</p> <p>Nombre completo del anestesiólogo</p>