



LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA C.M.

H.R.U. CARLOS HAYA -MÁLAGA

Basado en el Listado de Verificación Quirúrgica de la O.M.S.



ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ANTES DE LA INCISIÓN EN LA PIEL

ANTES QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIRÓFANO

ENTRADA (enfermera y anestesiólogo)	PAUSA (enfermera, anestesiólogo y cirujano)	SALIDA (enfermera, anestesiólogo y cirujano)
<p>Preparación prequirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente/familiar o tutor ha confirmado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Localización quirúrgica • Procedimiento quirúrgico • Consentimiento informado <p><input type="checkbox"/> Pruebas preoperatorias realizadas</p> <p><input type="checkbox"/> Peso/Talla</p> <p><input type="checkbox"/> Higiene corporal se ha completado</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmado que todos los miembros del equipo están presentes</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermera/o han confirmado verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identidad del paciente • Procedimiento • Zona de acceso venoso y ritmo de infusión • Sitio quirúrgico/Asepsia • Posición/protección cutánea de los ojos • Sondajes 	<p>La enfermera/o confirma verbalmente con el equipo</p> <p><input type="checkbox"/> Registrado el nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Recuento de compresas, agujas e instrumental correcto</p> <p><input type="checkbox"/> Control de implantes <input type="checkbox"/> No procede</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación y gestión de muestras biológicas</p> <p><input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿Hay algún problema en relación con el material y/o equipos?</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No procede</p>
<p>Preparación quirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Temperatura del quirófano adecuada</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar del cuerpo marcado <input type="checkbox"/> No procede</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación de equipo y medicación anestesia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estación Anestésica adecuada a peso/edad • Material de vía aérea adecuado peso/edad • Medicación revisada y cargada según peso/edad • Revisión de vías/Planificación de sueros <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro funcionando en el paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación instrumental quirúrgico/equipo/prótesis</p>	<p>Anticipación de sucesos críticos</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano/a repasa cuales son los pasos críticos o inesperados, la duración de la intervención y la pérdida de sangre esperada</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesiólogo/a repasa las peculiaridades del paciente que pueden suscitar preocupación</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmada esterilidad (con resultados de los indicadores) • Recuento de material quirúrgico • Dudas o problemas con instrumental y/o equipos 	<p>Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermera/o revisaron las preocupaciones claves en la recuperación y atención del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Plan postoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de sueros y acceso vascular • Sueroterapia • Tolerancia • Prescripción de fármacos (analgesia-antibióticos) • Petición de pruebas complementarias • Revisión de apósitos, sondas y drenajes
<p>¿Tiene el paciente?</p> <p>Alergias conocidas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Profilaxis antibiótica en los últimos 60 mn <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No procede</p> <p>Dificultad vía aérea/riesgo de aspiración <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Verificado equipo disponible <input type="radio"/> Sí</p> <p>Puede precisar hemoderivados <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	<p>¿Se muestran imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No procede</p> <p>Procedimiento:</p> <p>Especialidad:</p> <p>Fecha:</p>	<p>¿Necesita el paciente profilaxis tromboembólica?</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No procede</p> <p style="text-align: center;">ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE</p>

Observaciones:



Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera