Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

Dirección de Calidad en Servicios de Salud

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA

NOMBRE DEL PACIENTE: | **HC N°:** | **EDAD:**

Antes de la inducción anestésica ►►►► Antes de la incisión cutánea ►►►► Antes de la salida del quirófano

ENTRADA

COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:

PACIENTE, PADRE, MADRE O TUTOR/A

- ☐ Identidad del niño/a
- ☐ Procedimiento
- ☐ Ayuno según protocolo
- ☐ Baño Prequirúrgico
- ☐ Historia Clínica
- ☐ Control clínico previo efectuado
- ☐ Verificación de alergias conocidas
- ☐ Agrupación del paciente

INSTRUMENTADOR/A

- ☐ **Esterilidad del instrumental**
- ☐ Chequeo del funcionamiento correcto de los equipos necesarios

ANESTESIOLOGO/A

- ☐ Control de equipamiento de anestesia
- ☐ Oxímetro de pulso colocado y funcionando
- ☐ Disponibilidad de máscara laringea
- ☐ Aspiración funcionando
- ☐ Equipo de vía aérea dificultosa
- ☐ Si existe riesgo de hemorragia (> 7ml/kg) confirmación de disponibilidad de sangre y fluídos con Hemoterapia

CIRUJANO/A

- ☐ Consentimiento informado firmado
- ☐ Marcación de sitio quirúrgico (si corresponde)
- ☐ Imágenes y exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde)
- ☐ Control de materiales protésicos necesarios

EQUIPO

- ☐ Conocimiento de patologías asociadas

Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a

PAUSA QUIRÚRGICA

COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:

EQUIPO

- ☐ Que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes
- ☐ Que todo el equipo verifica verbalmente:
  - Identidad del paciente
  - Sitio quirúrgico
  - Procedimiento
- ☐ Control de decúbitos y fijación del paciente

CIRUJANO/A

- ☐ Pérdida de sangre prevista

ANESTESIOLOGO/A

- ☐ El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico
- ☐ Verificación de profiláxis antibiótica en últimos 60 minutos

Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a

SALIDA

COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:

EQUIPO

- ☐ Procedimiento
- ☐ Recuento de gasas y control de implantes e instrumental utilizado
  Si ☐ No ☐
- ☐ Muestras correctamente acondicionadas e identificadas con documentación respaldatoria
- ¿Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? **(*)**
  Si ☐ No ☐
- ☐ Revisión de condiciones especiales a tener en cuenta durante la recuperación del paciente (indicaciones post-quirúrgicas)
- ☐ Control de normotermia post operatoria
- ☐ Traspaso escrito de medicación post quirúrgica
- ☐ Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica
- ☐ Parte anestésico escrito en Historia Clínica

OBSERVACIONES (*):

FECHA Y HORA DE SALIDA DE QUIRÓFANO:

Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a