

TÍTULO DEL TRABAJO

“LA ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA EN ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL CANTABRIA”

AUTORES

González Sobrado, Marta 1; Torres Manrique, Blanca 2; Cabeza Díaz, Pedro 3; Sarabia Cobo, Carmen 4
1 Enfermera Área Quirúrgica Hospital Cantabria .2 Profesora Universidad de Cantabria.3 Servicio de Salud Laboral Solvay.4 Profesora Universidad de Cantabria.

RESUMEN

En el mundo 7 millones los pacientes sufren complicaciones quirúrgicas, pero aproximadamente el 43% de ellas son evitables. Para conseguirlo la Organización Mundial de la Salud, en su segundo reto para la seguridad del paciente en el año 2007 “La cirugía segura salva vidas”, propone una herramienta sencilla, con el fin de conseguir reducir esas complicaciones; la Lista de Verificación del Proceso Quirúrgico.

Esta lista, después de una experiencia piloto en ocho hospitales de diferentes países, es recomendada a nivel mundial. Además debe de ser adaptada a las características particulares de cada país. Se trata de una comprobación de diferentes aspectos del procedimiento que se ha de realizar, desde la identidad del paciente, sitio quirúrgico correcto o si se ha realizado el tratamiento profiláctico antibiótico, para lo que se divide el acto quirúrgico en tres fases; entrada, pausa y salida. El papel de la enfermería es de gran importancia, aconsejándose sea la que tome la responsabilidad de su realización.

Para que su implantación sea un éxito, ha de realizarse un programa de concienciación y formación a los miembros del equipo quirúrgico. Los resultados del cumplimiento de la implantación en el Hospital Cantabria (98%), demuestran la implicación de los profesionales de la salud en los temas de seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Lista de verificación, Calidad de la Atención de Salud, Efecto adverso, Enfermería de Quirófano, Seguridad del paciente.

● INTRODUCCIÓN

Cuando el ser humano tiene un problema de salud, acude a los profesionales sanitarios, para que se le resuelva, pero la actuación de estos profesionales para solucionar ese problema tiene unos riesgos y unos efectos adversos (EAs) no deseados; que son lesiones o complicaciones, que prolongan la estancia hospitalaria, que precisen procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional o que esté relacionado con exitus o incapacidad al alta (1).

Los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema, dañan a las instituciones y al personal sanitario que son, sin duda, su segunda víctima (2). Además

existen unas consecuencias económicas, ya que genera más tiempo de tratamiento, hospitalización y quizás secuelas.

Por ello la comunidad científica se ha centrado en intentar paliar estos EAs, mediante la seguridad del paciente; “que es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (3).

El estudiar la seguridad clínica en las ciencias de la salud es relativamente reciente, sin embargo en otras disciplinas, como la aviación o centrales nucleares, se vienen

aplicando técnicas de la seguridad (4), realizando unas listas de verificación, llamadas checklist, que han permitido mejorar sus niveles de seguridad al poder detectar las incidencias y minimizar el número de errores. En el ámbito médico, estas técnicas comenzaron a introducirse en los servicios de anestesia con muy buenos resultados en la década de los ochenta y en los últimos años, están constituyendo la base de todos los programas e iniciativas de prevención de riesgos (2).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se crea por la OMS en 2004 y promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad en la atención sanitaria. Un elemento fundamental de la Alianza es la formulación de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente, formulándose el Primer Reto para la Seguridad del Paciente (5). En enero del 2007 se empezó a trabajar en el Segundo Reto Mundial para la Seguridad del Paciente “La cirugía segura salva vidas”, cuyo objetivo es la mejora de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto de normas básicas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados miembros (3).

En cuanto a cifras, la OMS, reporta que en el mundo se realizan alrededor de 234 millones de operaciones de cirugía mayor se realizan al año en el mundo, aproximadamente 7 millones sufren complicaciones quirúrgicas. Esos objetivos se condensaron en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”, entendiendo por cirugía; *“la rama de la medicina que manipula físicamente las estructuras del cuerpo con fines diagnósticos, preventivos o curativos”* (6). La Lista de Verificación del Proceso Quirúrgico (LVPQ), pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios, para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir los EAs evitables (7).

El Consejo de Europa, aconseja a sus miembros abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional, así en 2005, se llevó a cabo el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), donde un 31.4% de los EAs identificados, tuvieron como consecuencia un aumento de las estancias hospitalarias. La reducción de EAs requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto

están muy implicados en la seguridad del paciente (1).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), en base a los acuerdos del Consejo de Europa, formaliza en 2007 mediante el Plan de Calidad la Seguridad del Paciente como una prioridad a nivel estatal, para lo que se plantean cinco grandes objetivos, poniendo a disposición de la Comunidades Autónomas (CCAA), un presupuesto económico para poner en marcha acciones y proyectos relacionados con la seguridad (8). El Ministerio, mantiene un portal de Seguridad del Paciente en Internet, con diverso contenido formativo y divulgativo (9).

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria a través del Servicio Cántabro de Salud (SCS), tomó la decisión de implantar la LVPQ en todos sus Hospitales en 2010, haciéndose eco de las recomendaciones tanto de la OMS, como del MSC. La enfermería, siempre ha demostrado su interés en elevar la calidad de la asistencia, la investigación, la gestión y así mejorar la asistencia que brinda a la sociedad. La seguridad del paciente es un reto más que asume la enfermería para satisfacer los mejores cuidados posibles a los pacientes que día a día han de tratar, por ello y a pesar de ser una actividad más para su carga de trabajo, la enfermería no ha dudado a responsabilizarse de la aplicación de la LVPQ, sabiendo la importancia que tiene, ya que puede reducir los EAs de las intervenciones quirúrgicas.

● **OBJETIVOS**

Por todo ello, se definen un objetivo principal y cuatro secundarios, que serán abordados a lo largo del trabajo:

Objetivo principal:

- ✓ Analizar la importancia de la implementación de la LVPQ en la Unidad Quirúrgica.

Objetivos secundarios:

- ✓ Describir la experiencia de la implantación en la Unidad Quirúrgica del Hospital Cantabria de la LVPQ.
- ✓ Comparar las LVPQ con las de otros Hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- ✓ Determinar la importancia de crear una cultura de seguridad clínica en el área quirúrgica.
- ✓ Definir el papel de la Enfermería en la cumplimentación de la lista de verificación

● MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este estudio se solicitó permiso a la Dirección del Hospital, en el Anexo 1, se incluye la autorización de la Subdirectora de Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Anexo 2, se refleja el registro de entrada del Comité de Bioética del Hospital.

La LVPQ al ser un objetivo institucional, su implantación comenzó en los dos bloques quirúrgicos a la vez en julio de 2009 en el Anexo 4, se presenta el modelo de LVPQ, hay un procedimiento descrito por la OMS con unas pautas a seguir para que su aplicación tenga éxito, siendo fundamental que el proceso lo dirija una sola persona, los hospitales han de estudiar con sumo cuidado qué miembro de su personal es el adecuado para desarrollar esta función, en muchas instituciones esta tarea recae en la enfermera circulante, aunque cualquier miembro del equipo puede realizar esta labor (10). Para ello hay que seguir una serie de etapas:

- Trasladar a todo el equipo la información necesaria para la realización de los procesos quirúrgicos de manera segura.
- Adoptar un registro común, sencillo y universal que permita la evaluación de los cuidados y que sirva de prevención y detección de los incidentes.
- Formar al equipo quirúrgico en hábitos seguros, mediante el registro y notificación de la actividad.
- Las comprobaciones de seguridad antes durante y después de la intervención hacen que se transmita una imagen del equipo quirúrgico de seguridad.

Las LVPQ una vez cumplimentadas, son recopiladas en dos formatos, en papel e informática en una hoja de cálculo y son archivadas en la Unidad Quirúrgica del Hospital Cantabria. Existen datos informáticos en formato Excel de doce meses, que van desde Abril de 2011 a Marzo de 2012 y que seguidamente se analizarán.

La estructura de la recogida de estos datos está organizada como se describe a continuación, las intervenciones se dividen en programadas y urgentes y los datos son informatizados diariamente de manera separada, siguiendo la misma estructura; cuatro dimensiones que comprenden un total de 17 ítems, que se describen en el Anexo 3.

a) La dimensión LVPQ, abarca 5 ítems y hacen todos referencia a la realización o no de la lista:

- **IQ:** Número de intervenciones en el día.
- **CH:** Número de LVPQ realizados en el día.
- **NO1:** Número de LVPQ no realizadas por desconocimiento del procedimiento.
- **NO2:** Número de LVPQ no realizadas por ser la intervención de urgencia.
- **NO3:** Número de LVPQ no realizadas por la no colaboración del paciente.

b) La dimensión Incidencias, está formada por 6 ítems:

- **1:** Falta de personal.
- **2:** Fallo de aparatos.
- **3:** Cambio de procedimiento.
- **4:** Material deteriorado o su falta.
- **5:** Complicaciones del paciente.
- **6:** Otras causas: preparación de ropa, rasurado, dentadura, joyas.

c) La dimensión Fases: los tres ítems hacen referencia a las tres fases en las que se divide la LVPQ, entrada, pausa y salida y se recogen las incidencias que se han advertido en cada una.

d) La dimensión Firmas: se registran las firmas de cada uno de los componentes del equipo quirúrgico, cirujano, anestesta y enfermera circulante.

● RESULTADOS

Una vez registrados los datos de estos doce meses, se pueden analizar los resultados obtenidos y que se explican a continuación: en cuanto al número de intervenciones realizadas y LVPQ cumplimentadas, se puede apreciar en la Figura 1, donde se reflejan mensualmente la comparación entre las intervenciones y la LVPQ. En este periodo de tiempo se realizaron 2.596 intervenciones y se efectuaron 2.588 LVPQ, lo cual supone que en el 99.69% de las intervenciones se realizó este protocolo de seguridad. Como se puede apreciar el desfase entre las intervenciones realizadas de manera programada y la realización es muy pequeño únicamente en 8 intervenciones no se realizó la LVPQ.

El índice de cumplimiento de la LVPQ, durante el periodo en que han sido recogidos estos datos, se puede considerar como muy satisfactorio, ya que el porcentaje de cumplimentación que se ha obtenido entre las intervenciones programadas y urgentes es del 98.48%.

Entre el porcentaje de listas no efectuadas dentro de las intervenciones programadas, se encuentra que en el 50% de ellas no se ha registrado su causa, el 25% se debe al desconocimiento del procedimiento y el 25% restante a la falta de colaboración del paciente, lo cual se refleja en la figura 2. Se analizan a continuación los resultados de la realización de la LVPQ en las diferentes fases del acto quirúrgico, para ello sólo se tiene en cuenta el número de lista realizadas, que en el caso de las intervenciones programadas es de 2.588. En la figura 3, están representadas las comprobaciones realizadas en cada fase y se puede comprobar como a medida que va avanzando la intervención, el cumplimiento es menor, así en la fase de entrada se realiza el 100%, en la fase de pausa el 99.57% y en la salida, el 94.8%, aunque se pueden considerar unos resultados óptimos.

Seguidamente se analizarán los resultados de la dimensión de las firmas donde se comprobará la implicación de los miembros del equipo quirúrgico en la realización de la LVPQ. Tanto en las intervenciones programadas como en las urgentes se toma como referencia el número de operaciones en que se ha realizado la LVPQ, y que en las programadas es de 2.588 y en las urgentes 1.239. En las intervenciones programadas, los cirujanos firman en 1.126, lo que supone un 43.5% de las intervenciones en las que se ha realizado la LVPQ, los anestelistas en 2.033, que representa el 78.5% y las enfermeras en 2.499, que es el 96.5% de las realizadas, con ello se puede apreciar que la enfermería es el miembro del equipo que se implica más en esta actividad, estos datos se representan en la figura 4. En cuanto a la enfermería, que en las intervenciones programadas realiza la LVPQ en el 96.5% de las operaciones, en las urgentes, todavía lo hace en más ocasiones llegando al 97.1%, con lo cual se puede suponer que sólo cuando la urgencia impide la realización del chequeo, la enfermera no la realiza. En la figura 5 se presentan los datos de las firmas de los diferentes miembros del equipo en su totalidad sin diferenciar si la cirugía es programada o urgente, siendo el porcentaje referido sobre el total de LVPQ realizadas en el periodo analizado.

Las incidencias se han registrado en un 4.3% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el periodo estudiado, siendo las más frecuentes las relacionadas con el fallo de aparatos que aporta el 1.07% de las 210 registradas, ya el ítem número 6: Otras, comprende varias incidencias relacionadas con

la ropa, rasurado, dentadura o joyas y entre todas suponen un 1.13% del total. En relación con este apartado se refleja que son incidencias que competen a el personal de enfermería de la unidad de hospitalización que ha de revisar que el paciente halla sido rasurado, no lleve la dentadura no ninguna joya cuando se le traslade al quirófano.

• DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Después de haber pasado un periodo de controversia, en la puesta en marcha de la LVPQ, ya que según la recomendación de la OMS, cualquier miembro del equipo podía ser portavoz de su realización, finalmente se han alzado como responsables de la cumplimentación los profesionales de enfermería. Y esto se verifica analizando los datos obtenidos en la dimensión de firmas donde se puede deducir que por el alto porcentaje de firmas por parte de la enfermería son las responsables de realizar la LVPQ, bajando el porcentaje en los anestelistas y sobre todo los cirujanos.

Por los resultados obtenidos de los datos de cumplimentación en las diferentes fases, se comprueba que aunque en la fase de salida existan un número inferior de LVPQ cumplimentadas, en cambio el documento está firmado, ello puede deberse a que nos desenvolvemos de forma inconsciente y automática en la mayor parte de nuestro trabajo, mediante modelos mentales que nos hacen expertos en situaciones habituales que ya hemos realizado repetidas veces con anterioridad.

Después de la experiencia de más de dos años de realización de la LVPQ, se pueden identificar oportunidades de mejora mediante las revisiones de los datos obtenidos y aplicarlos, a continuación se analizan algunos de ellos:

- Consolidación de la cultura de seguridad en nuestra organización, avanzando en la formación de todos los profesionales implicados.
- Realización de cuestionarios al equipo quirúrgico sobre sus opiniones con objeto de identificar y solucionar problemas respecto a la LVPQ.
- Contemplar un circuito de seguridad clínica que comience en la Unidad de hospitalización, continúe con el traslado a reanimación y termine de nuevo en la unidad de hospitalización.

- Diseñar diferentes modelos de LVPQ a situaciones especiales, como pacientes pediátricos o discapacitados.
- Implantar una lista para procedimientos de riesgo, donde se contemplen los chequeos de los ítems de la entrada y salida del proceso.
- Otro paso hacia la excelencia en la seguridad clínica de los pacientes es el perfeccionamiento de sistemas de notificación y registro de EAs, incidentes, casi errores.

Los profesionales de enfermería, han de proporcionar a los pacientes un alto nivel de excelencia en su ejercicio profesional procurando que exista un riesgo mínimo que los haga sentirse seguros del sistema que les presta la atención utilizando eficientemente los recursos disponibles. En este sentido debemos reflexionar permanentemente sobre los conocimientos, valores, normas, actitudes y aptitudes como un grupo de factores que se necesitan para lograr que el ejercicio de nuestra profesión tenga la mayor calidad posible.

• BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC 2005:169.
- (2) Villarreal-Pérez JZ, Gómez-Almaguer D, Bosques-Padilla FJ. Errar es humano. Publicado en Medicina Universitaria. 2011; 13 :69-71 - vol.13 núm 51.
- (3) Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- (4) Wears R, Zipperer L, Cushman S. The science of safety. Lessons in patient safety. Chicago (IL): National Patient Safety Foundation 2001:1-6.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
- (6) Historia de la cirugía. 2012; Available at: http://www.quimica.es/enciclopedia/Historia_de_la_cirurgia.html. Accessed 12/15, 2012.
- (7) Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM, Ferraina PA. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Revista argentina de cirugía 2012;102(1):8-12.
- (8) Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2006; Available at: www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadesns/home.htm. Accessed 11/10, 2012.
- (9) Gutiérrez-Fernández R, Fernández-Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. 2010;15(4):188-194.
- (10) Manual de aplicación de la Lista OMS de verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009. 2012; Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf. Accessed 12/12, 2012.

ANEXO 1



Lourdes Escobar Hoyos, Subdirectora de Enfermería del Hospital Universitario "Marques de Valdecilla", informa que autoriza la solicitud de recogida de datos para la realización del proyecto de investigación presentada por la investigadora principal D^a. Marta GONZALEZ SOBRADO, bajo el título:

"LA ENFERMERIA EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA EN AREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL CANTABRIA.

Santander, 9 de abril de 2013



Correo electrónico
dlirenf@lii.mv.es

Avda. de Valdecilla, s/n
39018 Santander
Teléfono: 942 20 21 20
FAX: 942 20 27 26

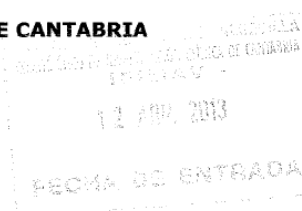


FUNDACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
IFIMAV



LA SECRETARÍA TÉCNICA DEL CEIC DE CANTABRIA

CERTIFICA



Que se ha depositado en las oficinas del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria, para ser evaluada, la propuesta del Investigador Principal del Proyecto de investigación:

TÍTULO: LA ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA EN ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL CANTABRIA.

En caso de ser aprobado, dicho estudio será realizado en el en el Área Quirúrgica del Hospital Cantabria, del Hospital Marqués de Valdecilla, actuando como investigador principal D^a Marta González Sobrado.

Lo que firmo en Santander, a 12 de abril de 2013

Blanca del Pozo Fernández
Secretaria Técnica del CEIC

ANEXO 3

DIA	MES																
	LVPSQ					INCIDENCIAS						FASE			FIRMAS		
	IQ	CH	NO1	NO2	NO3	1	2	3	4	5	6	E	P	S	CJ	AN	ENF

CHECKLIST		Fecha:	Hora:	Quirófano:
Antes de la inducción de la anestesia ENTRADA				
☐ EL PACIENTE HA CONFIRMADO: Identidad ☐ Procedimiento ☐ Consentimiento ☐ Sitio quirúrgico	☐ CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.	☐ CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO	☐ EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO.	Antes de que el paciente salga del quirófano SALIDA
☐ DEMARCACION DEL SITIO / NO PROCEDE	☐ EL CIRUJANO REVISA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA.	☐ EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA SI: EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO.	☐ EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.	☐ QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS.
☐ SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA: Respirador ☐ Intubación ☐ Aspirador ☐ Drogas ☐	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.	☐ SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS ES CORRECTO EN IDENTIDAD, NUMERO Y TIPO.
☐ EQUIPOS DISPUESTOS: Aparataje ☐ Ropa ☐ Instrumental ☐	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA SI: EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO.	☐ SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.
☐ MONITORIZACIÓN: ECG ☐ T/A ☐ Pulsioxímetro ☐	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ RESPETA EL TIEMPO DE AYUNO?	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ DENTADURA, OBJT. METÁLICOS, PRÓTESIS	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ ALERGIAS CONOCIDAS?	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ VIA AEREA DIFÍCIL / RIESGO ASPIRACIÓN? Si y se tienen los equipos necesarios disponibles.	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML? Si y se han previsto las medidas necesarias, vías, fl	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ CONOCEMOS MEDICACIÓN DEL PACIENTE?	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
☐ TIENE PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA?	☐ ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI: SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.	☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
CIRUJANO	ANESTESISTA	CIRCULANTE		

FIGURA 1

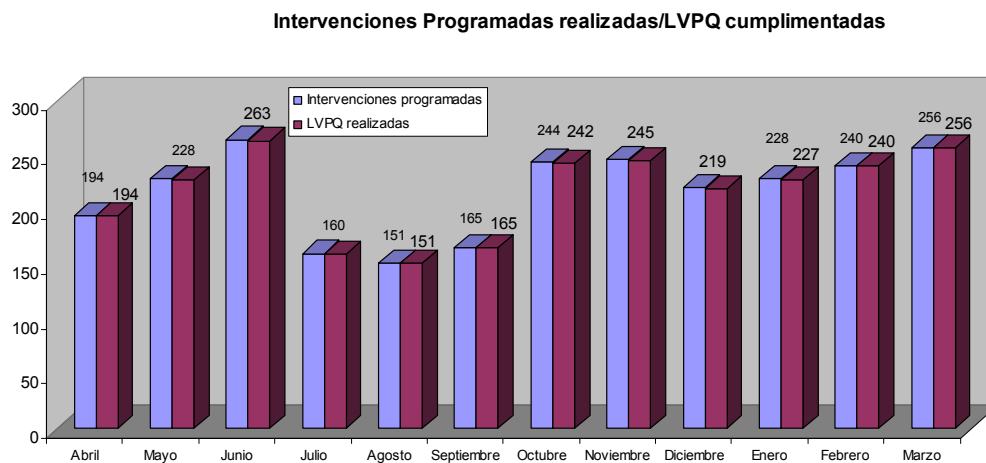


FIGURA 2

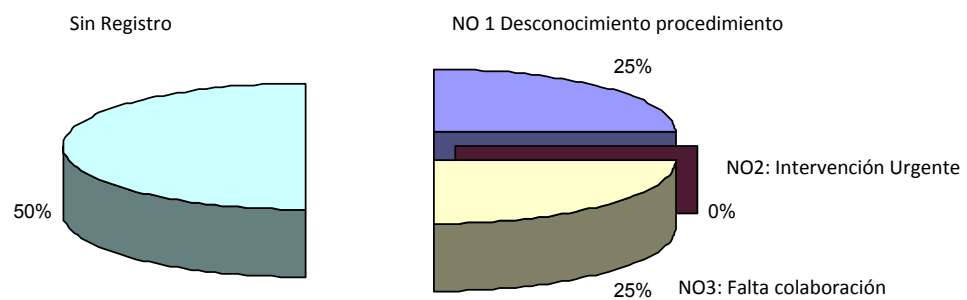


FIGURA 3

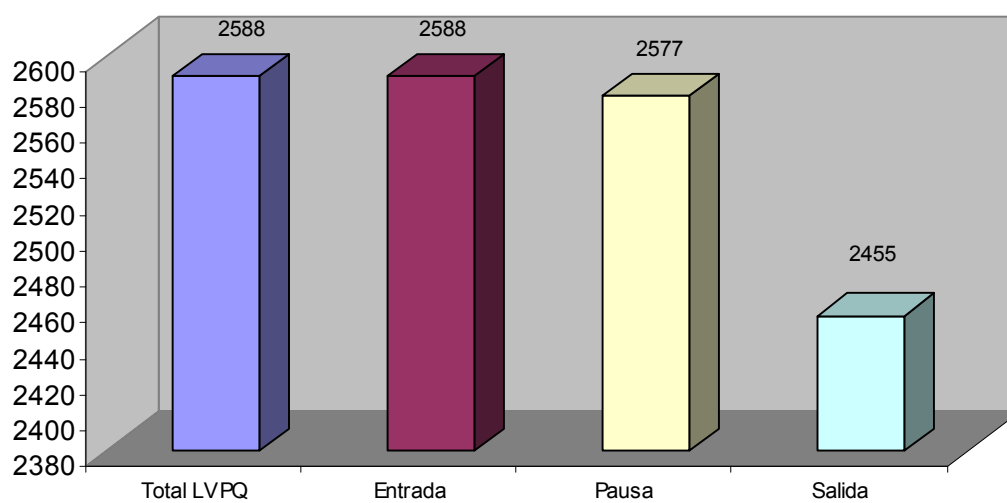


FIGURA 4

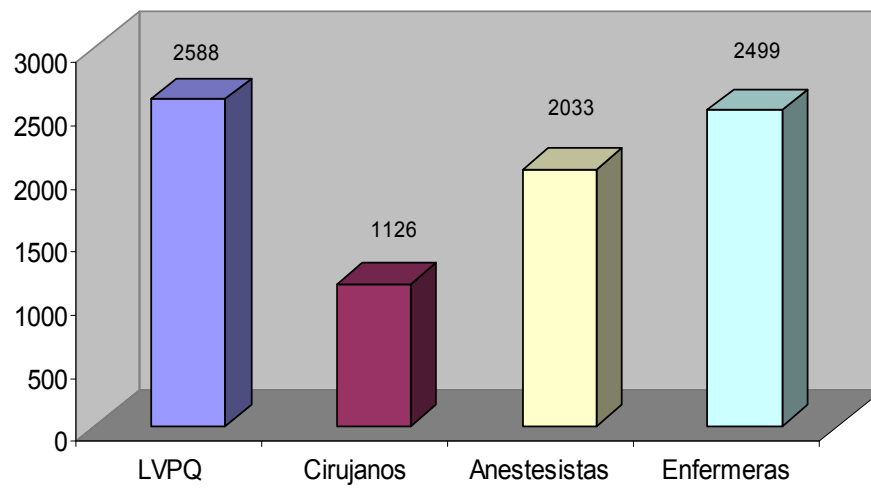


FIGURA 5

