

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Práctica Clínica GPC

Intervenciones preventivas para la  
**SEGURIDAD EN EL PACIENTE  
QUIRÚRGICO**

**Guía de Referencia Rápida**  
Catálogo Maestro de GPC: **IMS-676-13**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

**ÍNDICE**

1. CLASIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO .....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO .....	4
3. HISTORIA NATURAL DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO .....	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO .....	19

## 1. CLASIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

GPC: INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

## 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

### DEFINICIÓN

Dirigir de forma específica el diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria. Por lo tanto, las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que puedan evitar (potencialmente) que los errores humanos alcancen de hecho al paciente y minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna. (Joint Commission Internacional, OMSS 2007).

## DIAGNÓSTICO

- El baño preoperatorio con clorhexidina es tan efectivo como el baño con jabón para la prevención de la Infección de herida quirúrgica (IHQ). Este debe realizarse como mínimo la noche anterior a la intervención
- Se recomienda que los pacientes realicen un baño con jabón como mínimo la noche anterior a la intervención quirúrgica.
- Cuando sea necesario rasurar, se recomienda utilizar una maquina eléctrica con cabezal de un solo uso el mismo día de la cirugía.
- No se recomienda el uso de cuchillas para el rasurado, porque aumentan el riesgo de IHQ
- No se recomienda el uso de cremas depiladoras porque existe el riesgo de reacciones cutáneas.
- Se recomienda el rasurado del vello, posterior al baño.
- Se debe proporcionar al paciente ropa apropiada que permita el fácil acceso al sitio quirúrgico, así como la colocación de dispositivos para monitoreo y accesos vasculares
- Todo el personal de quirófano deberá utilizar ropa específica destinada para el uso exclusivo en el mismo
- El personal de quirófano que vista ropa no estéril debería minimizar las entradas y salidas a las salas en las que tengan lugar las intervenciones quirúrgicas.
- El personal de quirófano debería quitarse los anillos, debería retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas.
- Se recomienda no utilizar la descontaminación nasal con agentes antimicrobianos tópicos para
- eliminar *S. aureus* de forma rutinaria para reducir el riesgo de IHQ.
- Se recomienda no utilizar la preparación mecánica del intestino de forma rutinaria para prevenir la IHQ.

### **Prevencciones Durante la Cirugía**

- El personal de quirófano deberá lavarse las manos antes de cada intervención utilizando una solución antiséptica quirúrgica, con un cepillo de un solo uso para las uñas
- El personal de salud debe lavarse las manos antes y después de cada contacto directo con el paciente, después de retirarse los guantes.
- Las manos visiblemente sucias o potencialmente contaminadas con suciedad o material orgánico deben lavarse con agua y jabón
  
- Por conveniencia y eficacia, se prefiere el uso de gel con base alcohol, a no ser que las manos estén visiblemente sucias.
- Las manos deberán lavarse con agua y jabón después de varias aplicaciones sucesivas de gel con base alcohol.
- Las manos y los brazos deben secarse con técnica aséptica y con una toalla estéril antes de colocarse los guantes.
- Se recomienda no utilizar campos quirúrgicos auto adheribles de forma rutinaria puesto que pueden aumentar el riesgo de IHQ
- Se recomienda utilizar dos pares de guantes estériles cuando hay riesgo alto de perforación de guantes y las consecuencias de la contaminación pueden ser graves
- Se recomienda preparar la piel en el quirófano antes de la incisión con clorhexidina, si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada
- Se recomienda no utilizar diatermia en la incisión quirúrgica para reducir el riesgo de IHQ.
- Se recomienda mantener la perfusión adecuada del paciente durante la cirugía.
- Se recomienda administrar fluidos endovenosos suplementarios en los casos en los que previamente se haya realizado una valoración del estado hemodinámico del paciente y como resultado, se considere necesario
- Se recomienda utilizar suturas absorbibles para el cierre de las capas subcutáneas y musculares por su efecto protector en la incidencia de IHQ.
- Se recomienda cubrir las heridas quirúrgicas con un apósito o cubierta estéril apropiado al final de la cirugía

### **Previsiones en el Posoperatorio**

- Se recomienda utilizar una técnica aséptica para cambiar o retirar el vendaje de la herida quirúrgica
- Se recomienda utilizar suero salino estéril para el lavado de la herida en las primeras 24 horas después de la cirugía.
- Los pacientes pueden ducharse a partir de las 24 horas después de la cirugía
- Se recomienda no utilizar agentes antimicrobianos para prevenir el riesgo de IHQ en las heridas quirúrgicas.

### **Factores de riesgo en la infección de herida Quirúrgica**

- La diabetes está asociada con una mayor incidencia de la IHQ, así como la malnutrición; los tratamientos con radioterapia o esteroides son factores predictores independientes de riesgo de IHQ.
- La edad del paciente es un factor de riesgo significativo en la IHQ, que muestra una tendencia ascendente al aumentar la edad

### **Prevención de los Eventos Cardiovasculares en Pacientes Sometidos a Cirugía no Cardíaca.**

- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, se recomienda no utilizar, los betabloqueantes de manera rutinaria para la prevención de episodios cardiovasculares.
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca no se recomienda en principio utilizar los alfa-2-agonistas para la prevención de eventos cardiovasculares.
- En el caso de la cirugía vascular valorar de manera individualizada la utilización de los alfa-2-agonistas
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca que no estén en tratamiento con ácido acetil salicílico, valorar de manera individualizada su utilización en el entorno peri operatorio en pacientes con bajo riesgo de sangrado y alto riesgo cardiovascular.
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca en tratamiento con ácido acetil salicílico no se recomienda retirarlo excepto en situaciones individualizadas donde los riesgos superen los beneficios.
- En pacientes sometidos a cirugía y que requerirían un tratamiento con estatinas por razones médicas, independientemente del tipo de cirugía valorar el uso de estatinas en el preoperatorio. Por ejemplo, pacientes con un alto riesgo vascular, enfermedad coronaria o con niveles elevados de LDL-colesterol.
- En pacientes que cumplan criterios para el tratamiento con estatinas, ya sea para prevención primaria o secundaria, utilizar el período perioperatorio para introducir este tratamiento
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, considerar de manera individualizada el uso de antagonistas del calcio para la prevención de fibrilación auricular.
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca se recomienda no utilizar los betabloqueadores de manera rutinaria para la prevención de fibrilación auricular.
- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca se recomienda no utilizar la digital para la prevención de fibrilación auricular



- En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca se recomienda no utilizar la amiodarona, ni el magnesio para la prevención de fibrilación auricular.

### **Efectividad de la Profilaxis Antitrombótica en El Paciente Quirúrgico**

- Se debe valorar el riesgo de complicaciones tromboticas en todo paciente que se va a someter a cirugía, considerando el tipo de cirugía y las características del paciente.
- El balance riesgo beneficio de las estrategias de prevención de eventos tromboticos debe ser individualizado y basado en la historia clínica del paciente, interacciones farmacológicas, tipo de anestesia, riesgo de trombosis y sangrado de la intervención, principalmente
- Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital posterior a la cirugía, debe recibir algún método eficaz de prevención de complicaciones tromboticas
- Se debe caracterizar el riesgo de trombosis venosa profunda y posibilidad de tromboembolismo pulmonar y en base a esto considerar las medidas pertinentes,
- En todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital posterior a la cirugía, se recomiendan las medias de compresión, preferiblemente las graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación
- En pacientes con ciertos factores de riesgo de trombosis o que van a ser sometidos a una cirugía con un riesgo elevado de complicaciones tromboticas, se recomienda el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, además de medidas mecánicas.

### **Medidas Profilácticas Antitrombóticas que reducen el Riesgo en Pacientes Quirúrgicos.**

- Se recomienda el uso de HBPM sobre la heparina no fraccionada por el mayor riesgo de sangrado de esta última
- Se aconseja valorar individualmente las dosis de heparinas según el riesgo quirúrgico (de trombosis y hemorrágico) y las características del paciente (edad, peso o alteración renal).
- En los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía con un riesgo elevado de complicaciones trombóticas, la heparina no fraccionada, los anticoagulantes orales, los antiagregantes o el fondaparinux son alternativas a la heparina de bajo peso molecular.
- En los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica con un riesgo muy alto de sangrado (neurocirugía o con malformaciones vasculares), se recomiendan las medidas mecánicas de prevención de complicaciones trombóticas
- Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
- En los pacientes que se decida retirar el tratamiento anticoagulante, deberá hacerse cinco días antes de la intervención en el caso de la warfarina y dos o tres días antes en el caso del acenocumarol

## Inicio de la Tromboprofilaxis en el Paciente Quirúrgico

- En los pacientes en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, se sugiere iniciar el tratamiento entre dos y doce horas antes de la intervención quirúrgica, y mantener el tratamiento durante un mínimo de una semana tras el alta hospitalaria o un máximo de 30 días.
- Se administrarán entre 1 y 2 mg de vitamina K oral el mismo día de la intervención si el INR se mantiene alto
- En pacientes que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante y que serán sometidos a cirugía debe valorarse el riesgo peri operatorio de trombo embolismo venoso, y el riesgo que comporta el mantenimiento del tratamiento para algunos procedimientos concretos.
- En pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante y riesgo alto o medio de trombo embolismo en el peri operatorio, el tratamiento de sustitución debería ser con dosis terapéuticas de heparina de bajo peso molecular subcutáneo.
- En pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante y riesgo bajo de trombo embolismo en el peri operatorio, se deberían administrar o dosis bajas de heparina de bajo peso molecular subcutánea, o no dar nada.
- En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente y además tienen un bajo riesgo de trombo embolismo en el peri operatorio, se debería retirar el tratamiento antes de la intervención quirúrgica

En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de trombo embolismo en el peri operatorio y han sido programados para by-pass coronario, se debe interrumpir el tratamiento con clopidogrel durante al menos cinco días en los diez días antes de la intervención quirúrgica.

### **Factores de Riesgo en una Intervención Quirúrgica Que Propician la Transfusión de hemoderivados**

- Dados los riesgos potenciales, cada transfusión alogénica debe tener una indicación válida, definida y justificable, que debe constar en la historia clínica
- La transfusión de sangre alogénica desleucocitada no debería limitarse por dudas sobre el aumento de la recurrencia de cáncer o infección peri operatoria.
- En el momento de la transfusión, es imprescindible comprobar la coincidencia de los datos del paciente con los de la solicitud de los componentes sanguíneos a transfundir.
- Todos los pacientes sometidos a cirugía mayor electiva deberían tener un hemograma antes de la cirugía para evitar cancelaciones a corto plazo y permitir el tratamiento apropiado de la anemia.
- En el postoperatorio se requiere una transfusión si la hemoglobina es  $< 7$  g/dl o  $< 9$  g/dl en pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Todos los pacientes sometidos a cirugía con pérdida sanguínea mayor y que hayan firmado su consentimiento para transfusión, deben tener una provisión mínima de sangre de su grupo sanguíneo en el banco de sangre.

### **Factores Predictores de Transfusión de Sangre en Cirugía Cardíaca**

- Se recomienda el uso de ácido tranexámico en pacientes con cirugía cardíaca electiva con alto riesgo de transfusión.
- El ácido tranexámico puede utilizarse para reducir la pérdida sanguínea y los requerimientos transfusionales en pacientes programados para cirugía de prótesis de rodilla, cuando otras técnicas de conservación sanguínea son inapropiadas y se prevé una pérdida sanguínea mayor.

### **Características de los pacientes quirúrgicos para Realizar una Predonación de Componentes Sanguíneos**

- La anemia debería corregirse antes de la cirugía mayor para reducir la exposición a la transfusión alogénica.

### **Efectividad del recuperador de células y la Autotransfusión en el peri operatorio**

- La reinfusión de sangre recuperada del drenaje mediastínico derramada y lavada puede utilizarse para reducir la transfusión alogénica en la cirugía cardíaca.
- En cirugía ortopédica, la recuperación de células sin lavar, utilizando drenajes, debería considerarse en pacientes en quienes se prevé una pérdida sanguínea postoperatoria entre 750 y 1.500 ml.

### **Intervenciones que reducen la necesidad de transfusión de sangre durante el periodo peri operatorio**

- La eritropoyetina debería suministrarse a pacientes menores de 70 años programados para cirugía con pérdida sanguínea mayor y Hb < 13 g/dl.
- En pacientes sanos con cirugía mayor electiva, la eritropoyetina puede usarse en combinación con la donación autóloga de sangre o para obtener múltiples donaciones de hematíes y mantener una Hb adecuada el día de la cirugía.

### **Mantenimiento de la temperatura corporal optima Del paciente antes de la intervención Quirúrgica**

- Debería valorarse el riesgo de hipotermia de cada paciente antes de la cirugía. Los profesionales sanitarios deberían asegurarse de que los pacientes no tengan frío antes de ir al quirófano, abrigándoles con mantas o un cobertor, especialmente si se les medica previamente.
- La temperatura corporal debería ser de 36°C o superior antes de trasladar el paciente a quirófano. Si la temperatura del paciente es < 36°C el calentamiento con aire forzado debería empezar antes del traslado a quirófano y mantenerlo durante la fase intraoperatoria
- La temperatura del paciente debería tomarse y documentarse previo al traslado a quirófano y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea mayor de 36°C y deberá de tomarse cada treinta minutos hasta el final de la cirugía.
- La temperatura de los dispositivos de aire caliente convectivo debería programarse al máximo y ajustarse posteriormente para mantener una temperatura mínima en el paciente de 36,5°C.
- El paciente debería estar cubierto adecuadamente previo, durante y posterior a la intervención para conservar adecuada temperatura corporal



### **Intervenciones previas, durante y posteriores a la cirugía que han demostrado prevenir problemas derivados de la anestesia**

- El médico anestesiólogo debe realizar una valoración pre anestésica, en procedimientos programados e inmediatamente antes de la inducción anestésica, incluyendo la educación del paciente, familia o personas responsables para la toma de decisiones como parte de la obtención del consentimiento anestésico documentándose ambos en el expediente clínico.
- Es altamente recomendada la presencia del anestesiólogo durante todo el procedimiento anestésico del paciente

### **Factores de riesgo que están relacionados con la Presencia de náuseas y vómitos Postoperatorios.**

- Se deberían identificar los factores de riesgo asociados con las NVPO en cada paciente que va a ser sometido a cirugía.
- La profilaxis con antieméticos debería considerarse en los pacientes con riesgo moderado o alto de presentar NVPO.
- Cuando sea posible la elección, se debe advertir a los pacientes que el riesgo de NVPO disminuye al utilizar anestesia regional en lugar de anestesia general.
- Se debe minimizar la utilización de opioides en las intervenciones. Los profesionales deben evaluar el balance entre riesgo y beneficio de la administración de opioides en relación al riesgo de NVPO.

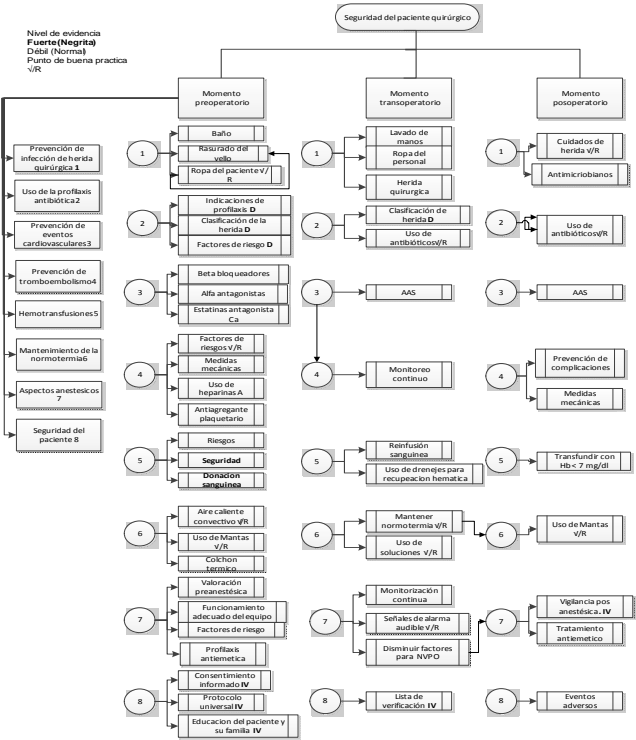
### **Intervenciones Generales para la seguridad del paciente**

- Hacer coincidir correctamente las necesidades de atención del paciente con los servicios y recursos disponibles
- Antes de realizar un procedimiento, es importante contar con el consentimiento informado del paciente: Consegir la autorización para realizar los procedimientos necesarios para beneficio del paciente. Explicar de manera clara y objetiva sobre los riesgos, beneficios, complicaciones y opciones alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas durante el evento
- Preguntar a los pacientes y a los familiares si han comprendido lo explicado y si tienen preguntas o dudas al respecto.
- Obtener la autorización por escrito del consentimiento

### **Principales Recomendaciones Para Evitar Errores Que Involucren Cirugías en el Sitio, Procedimiento o Paciente Incorrecto**

- Enfatizar aún más la importancia de la prevención para la seguridad del paciente sobre el sitio quirúrgico correcto, con la participación activa de todos los facultativos de primera línea y demás trabajadores de la atención, sanitaria.
- Los principios de esta solución deben aplicarse en todas las áreas en las que se realizan intervenciones, la estrategia deberá llevarse a cabo en forma uniforme, a fin de ofrecer coherencia y un mayor cumplimiento.
- Los pacientes deberán participar en el proceso de marcado del sitio quirúrgico, siempre que sea posible y todos los puntos del proceso de verificación preoperatorio, para identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
- Antes de salir del quirófano, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gases e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida.
- Utilizar todos los registros de incidentes para promover colaboraciones multidisciplinares que incentiven cambios para evitar eventos incorrectos, basados en sistemas y proyectos de mejora en todas las áreas de los procedimientos involucrados

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



## Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía. Organización Mundial de la Salud

Antes de la inducción de la anestesia (con el enfermero y el anestesista como mínimo)	Antes de la Incisión Cutánea (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)
<p>¿Ha confirmado, el paciente, su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p>	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p>
<p>¿Se ha marcada el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No procede</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p>	<p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?</p>

<p>¿Se ha completa la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No procede</p>	
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene el paciente Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí y hay materiales y equipos/ayuda disponible</p> <p>Riesgo de hemorragia &gt; 500ml (7ml/kg en niños)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí y hay materiales y equipos/ayuda disponible</p>	<p>Previsión de eventos críticos Cirujano:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestesista:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?</p>	

UNIDAD HOSPITALARIA	_____	FECHA	_____
NSS	_____	NOMBRE DEL PACIENTE	_____
EDAD	_____	SEXO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAMA	_____	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	_____

**Cirugía Segura**  
Lista de verificación



**Al ingresar el paciente a sala de operaciones**

**Antes de la cirugía**

**Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones**

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y ayuno?

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí  No procede

¿Se ha comprobado el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

¿Tiene el paciente...

...Alergias conocidas?

Sí  No

...Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?

Sí, y hay materiales y equipos/ayuda disponible  No

...Riesgo de hemorragia > 500 mL (7 mL/kg en niños)?

Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados y/o hemoderivados  No

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí  No procede

¿Existe riesgo de enfermedad tromboembólica?

No  Sí  Se ha iniciado tromboprofilaxis

¿Cuenta con Carta de Consentimiento bajo

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

**Previsión de eventos críticos**

**Cirujano:**

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiempo aproximado de la cirugía? (min.) \_\_\_\_\_

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? (mL) \_\_\_\_\_

**Anestesiólogo.** Revisa si el paciente presenta el paciente algún problema específico

**Equipo de enfermería.** Se ha confirmado la esterilización del instrumental, ropa quirúrgica y consumibles

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

Sí  No

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí  No procede



Organización Mundial de la Salud

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

**El personal de enfermería confirma verbalmente:**

El nombre del procedimiento  
 Se realizó el recuento de instrumentos, gasas, compresas y agujas

¿Existen faltantes del instrumental y textiles?

No  Sí Observaciones \_\_\_\_\_

Se efectuó etiquetado de muestras con lectura de la etiqueta en voz alta, incluyendo el nombre del paciente

**Cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería:**

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente en el postoperatorio inmediato?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>CIRUJANO</b> FIRMA Y MATRÍCULA	<b>ANESTESIÓLOGO</b> FIRMA Y MATRÍCULA
<b>INSTRUMENTISTA</b> FIRMA Y MATRÍCULA	<b>CIRCULANTE</b> FIRMA Y MATRÍCULA

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.

[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

2013

ISBN: **En trámite**