

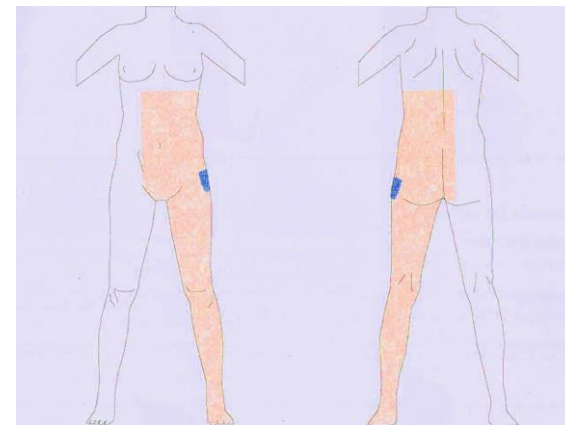
INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

SONIA SÁNCHEZ LIDÓN
ISIDRO GARCÍA ABAD

23 de marzo de 2017 Madrid

Funciones de la enfermería de planta de hospitalización

- **Tratamiento del vello**
- **Higiene del paciente**
- **Profilaxis antibiótica**
- **Registro de las medidas en el listado de verificación IQZ**



LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

Eliminación del vello (PLA)		<input type="checkbox"/> Rasurado cuchilla		<input type="checkbox"/> Maquinilla eléctrica		<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otros:				Presencia de heridas o dermatitis		SI	NO
Hecho baño/ducha (PLA)		SI	NO	Hecha inspección visual correcta		SI	NO
Han pasado <16 horas hasta I.Q.		SI	NO	Procedimiento Global Correcto:		SI	NO
Observaciones:							

Funciones de la enfermería del área quirúrgica

- **Validar las medidas preoperatorias realizadas en Planta de Hospitalización:**
 - Profilaxis antibiótica
 - Preparación del área a intervenir
- **Subsanar los posibles errores detectados**
- **Colaborar con el resto del equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas:**
 - Preparación del campo de incisión con Clorhexidina 2% alcohólica
 - Control de Normotermia
 - Control de Normoglucemia
- **Registrar las medidas realizadas**



Preparación del área a intervenir:

Revisar eliminación del vello



Preparación del área a intervenir:

Revisar presencia de lesiones



Documentos de verificación:

Hoja de registro del paciente quirúrgico

Electrocardiograma: Reserva de sangre:

Preparación física:

Higiene: Baño Ducha Desmaquillado y despintado de uñas

Retirada de: Prótesis dentales Objetos metálicos (joyas, etc.)

Preparación del campo: Rasurado Pintado Colocación de paño estéril

Colocación de: Bata o entremetida Gorro Calzas SNG Sonda vesical Pulsera

Vía venosa brazo: Derecho Izquierdo Solución

Medicación prequirúrgica: Antibióticos Otra:

Preparación digestiva: Enema Otra:

Preparación psicológica:

Autorización para la intervención: **Consentimiento informado:**

4. OBSERVACIONES:

Recuperación (URPA) Reanimación Unidad hospitaliza

7. ACTUACIÓN Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA:

Buena higiene general: SI NO
 Profilaxis antibiótica: SI NO
 Preparación campo quirúrgico: SI NO

Monitorización:

E.C.G.:
 P.A.:
 SatO₂:
 Capnografía:
 Temperatura

Bisturí eléctrico: Miembro
 Ubicación Placa: Tórax
 Abdomen

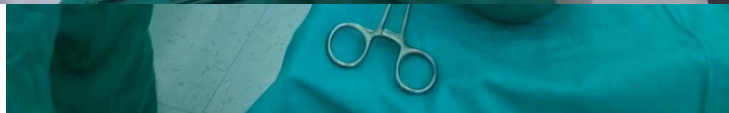
Vías de perfusión: Central:
 Periférica: N.º

Sondas: S.N.G.:
 Vesical:
 Otras:

Drenajes: Redón:
 Penrose:
 Torácico:
 Otros:

Observaciones de enfermería:

Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas: Preparación del campo de incisión con Clorhexidina 2% Alcohólica



Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas: Preparación del campo de con Clorhexidina 2% Alcohólica



LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

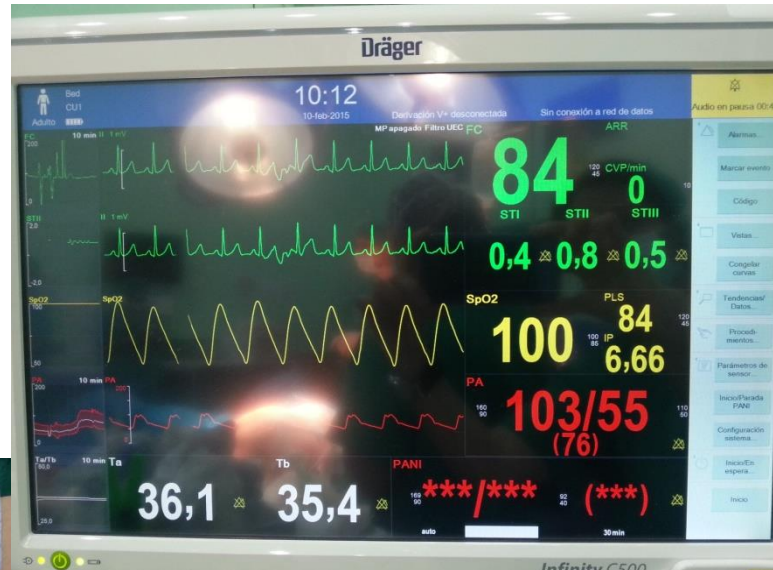
Registro de la Preparación de la piel con Clorhexidina 2% Alcohólica

Preparación piel Clorhexidina Alcoh. (2%) (QUIR):		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> OTROS	Cantidad en cc: _____
• Aplicada en bandas con fricción:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	• Modo de aplicación: Aplicador <input type="checkbox"/> Torunda <input type="checkbox"/>		
• Aplicada al menos durante 30 s:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	• Se ha dejado secar 2 minutos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Hecho control visual de derrames:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	• Se ajusta a consumo previsto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Observaciones:	• Procedimiento Global Correcto:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

- **3- VIDEO CLIP DE PINTADA DE
CAMPO COT RODILLA**

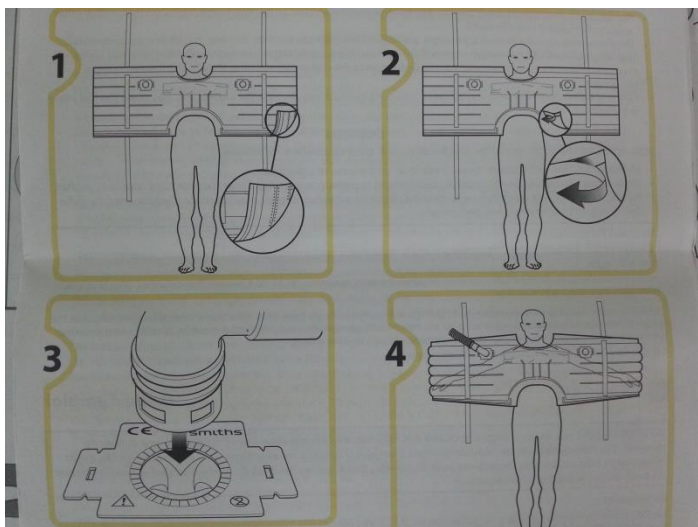
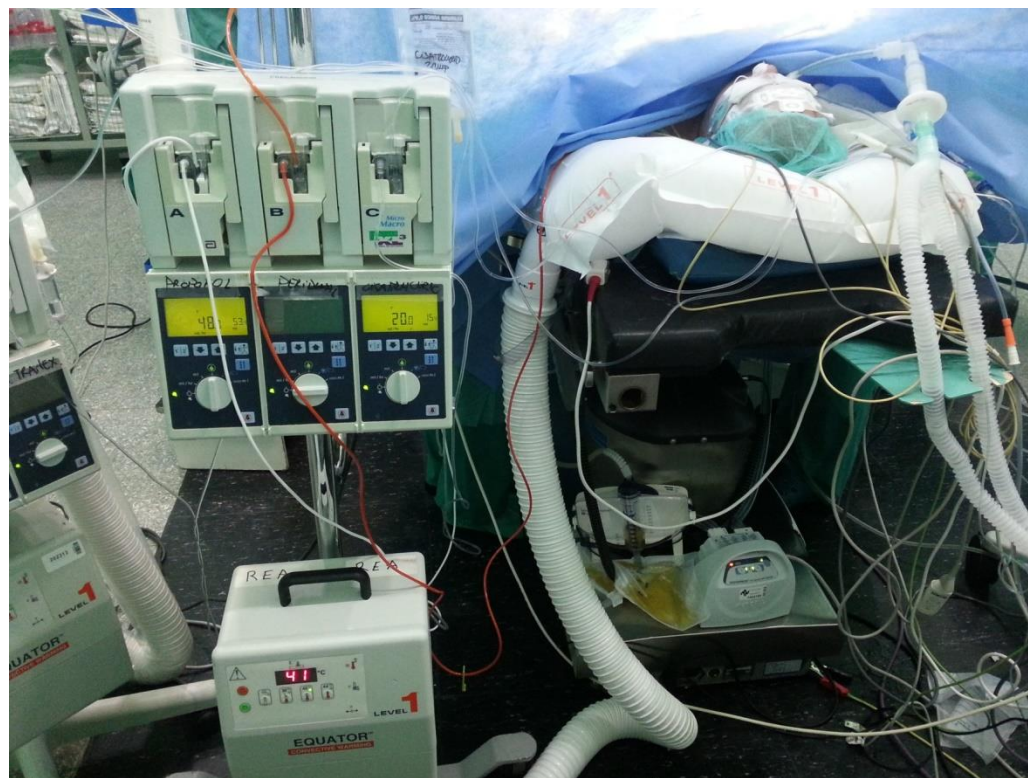
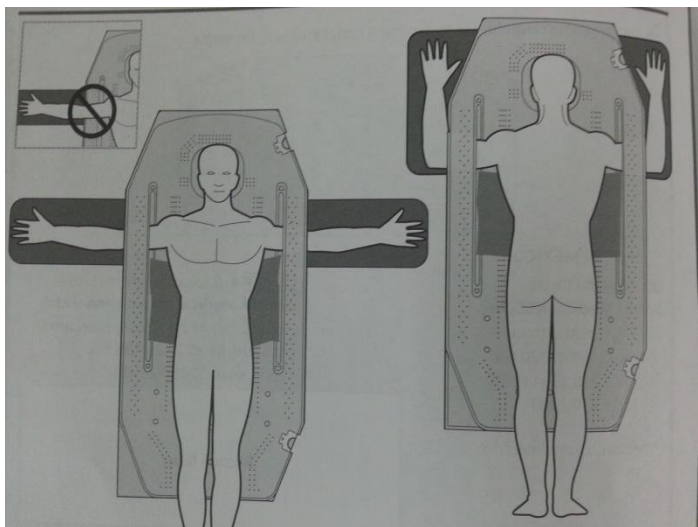
Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas:



Control de Normotermia

Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas:

Control de Normotermia



Cobertores térmicos

Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas: **Control de Normotermia**



Calentador de fluidos



Calentador de sueros para irrigación

Colaborar con el Equipo en la aplicación del resto de medidas preventivas:

Control de Normoglucemia



Registrar las medidas realizadas



LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRURGICA



Servicio (PLA):.....

Fecha intervención (PLA): ___/___/___

Intervención (PLA):.....

(MP) Código Servicio IQZ: ___-__

(MP) Código Intervención IQZ: ___-__

(MP) Puntuación NNIS: ___-__

Etiqueta

Antibiótico para Profilaxis antibiótica (PLA/QUIR):

• ¿Se ha administrado y era la indicada? (MP): SI NO

• Hora inicio administración AB (PLA/QUIR):

No indicada, no administrada

No indicada, si administrada

Si indicada, no administrada

Administrada, adecuada

Administrada, inadecuada momento administración

Administrada, inadecuada elección

Administrada, inadecuada duración

Administrada, inadecuada varias causas

• Hora de inicio de la incisión (QUIR):

• Tiempo transcurrido < 80 minutos: SI NO

• ¿Ha sido necesaria 2ª dosis?: SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

Preparación piel Clorhexidina Alcoh. (2%) (QUIR): SI NO OTROS Cantidad en cc: _____

• Aplicada en bandas con fricción: SI NO

• Aplicada al menos durante 30 s: SI NO

• Hecho control visual de derrames: SI NO

• Observaciones:

• Modo de aplicación: Aplicador Torunda

• Se ha dejado secar 2 minutos: SI NO

• Se ajusta a consumo previsto: SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

Eliminación del VELLO (PLA/DOM): Rasurado cuchilla Maquinilla eléctrica Ninguno Otros

• Hecho baño/ducha (PLA): SI NO

• Han pasado < 16 h hasta interv: SI NO

• Presencia de heridas o dermatitis en la zona de incisión: SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

Cumple criterios NORMOTERMIA (PLA/QUIR): SI NO

• Tª paciente a la entrada > 35,5º C: SI NO

• Tª paciente a la salida > 35,5º C: SI NO

• Uso de cobertores de calor: SI NO

• Uso de calentador de fluidos: SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

Indicado control GLUCEMIA (PLA/QUIR): SI NO

• Última glucemia en planta (PLA): _____ mg/dl

• ¿Se han superado los 180 mcg? SI NO

• Hecho control horario de dextro: SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

PLA: Acción realizada en Planta. QUIR: Acción realizada en Quirófano. DOM: Acción realizada en domicilio

- Complimentación en planta, en quirófano, en domicilio.
- Contiene los **5 áreas básicas de la intervención** (3 primeras obligatorias y las 2 restantes a elegir por cada centro).
- Informa de **aspectos clave** de cada intervención.
- Redactada en **sentido positivo** para identificar la conducta correcta.
- Incluye **valoración final** de cada procedimiento.

Registrar las medidas realizadas

MANUAL DE INSTRUCCIONES Y GUÍA PARA LA LISTA DE VERIFICACIÓN (LV).

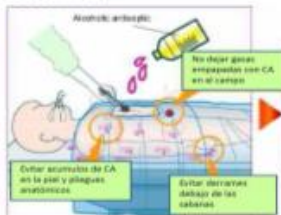
NORMAS GENERALES:

Los apartados con la nota (MP) serán rellenados en Medicina Preventiva. Los apartados con la nota (PLA) en la Planta (enfermera/o responsable) Quirófano (QUI) (enfermera/o volante). Todos ellos recibirán la ayuda necesaria por parte de cirujanos y anestesiólogos para rellenar la hoja. Este LV se iniciará en la Planta y se grpará a la "hoja verde" (Registro de Paciente Quirúrgico) antes de que pase el enfermo de la planta a quirófano. Se recomienda ir rellenando cada apartado en cada paso a verificar, y no hacerlo al final de la intervención. Pueden escribirse todas las observaciones o notas que se consideren necesarias.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: El enfermero/a de planta (o el de quirófano) apuntará el AB y la hora de administración. MP codificará la indicación, rellenando una de las 8 opciones. Se cumplirán, en cuanto a la indicación, vía de administración, dosis y tiempo de administración, los protocolos de profilaxis antibiótica del hospital. Es muy importante que no transcurran >60 minutos. Si es necesaria una 2ª dosis lo decidirá el cirujano. Puede darse otro AB diferente al del protocolo y estar justificado. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



PREPARACIÓN DE LA PIEL CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA (CA) AL 2%: En algunos tipos de cirugía no se utilizará CA, sino clorhexidina acuosa. Si es posible, utilizar un aplicador. Aplicar durante al menos 30 segundos haciendo fricción y barrido en bandas (horizontales o verticales). No dejar Ninguna zona sin pincelar como ocurre en el dibujo. Secar al menos 2 minutos. Verificar que no queda CA acumulada en pliegues anatómicos o encima del empapador y que no quedan gasas empapadas en el campo. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



TRATAMIENTO DEL VELLO: Si no es necesario, no eliminar el vello. Si lo es, utilizar maquinilla eléctrica, que es capaz de recortar hasta 0.3 mm. de vello. Se admite eliminación de vello en casa por el paciente con cortadora (<16 horas antes) o con cera (al menos 5 días antes). Realizar eliminación de vello y el baño o ducha posterior en la noche anterior a cirugía programada. Se admite no hacer baño/ducha ni eliminación de vello en cirugía muy urgente. Revisar con detenimiento la presencia de heridas, forúnculos o dermatitis en la zona próxima a la incisión y tratar previamente si procede. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



CONTROL DE LA NORMOTERMIA: Sólo indicada en intervenciones que cumplan CUALQUIERA de estos criterios: duración superior a 1 hora, importante sangrado ó cavidades abiertas. La Tª ambiental del quirófano estará entre 21-23º C y será garantizada por el 5º de Mantenimiento. Se aconseja medir la temperatura central con un método continuo y fiable (sensores cutáneos, sonda vesical, sonda esofágica). Si no es posible, monitorizar de forma horaria y utilizar termómetros de oído. No debe bajar la Tª de los 35.5 º C a la entrada y salida del paciente en quirófano. En intervenciones de mayor riesgo, se calentarán los fluidos. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



CONTROL DE LA GLUCEMIA: Sólo indicada sólo en pacientes diabéticos o con alto riesgo de hiperglucemia intraoperatoria. La glucemia no debe superar los 180 mg. Apuntar ya en planta la última determinación de glucemia. Se realizará un control con dextros al inicio y al final de la intervención y con periodicidad horaria. Las dosis de insulina se administrarán de acuerdo a la tabla-guía estandar de cada hospital. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



- Figura en el reverso de cada check-list a fin de que pueda consultarse fácilmente.

- Contiene los **5 áreas básicas de la intervención** (3 primeras obligatorias y las 2 restantes a elegir por cada centro).

- Cada centro puede **adaptar las instrucciones** a sus propias características.

Documentos de verificación HGU d'ELX:

Lista de verificación para la seguridad quirúrgica de los pacientes

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELX - HOSPITAL GENERAL

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

FECHA: / / N° QUIRÓFANO: ETIQUETA

ESPECIALIDAD: N° INTERVENCIONES:

ANTES DE LA INDUCCIÓN

El Paciente ha confirmado:
- Su identidad.
- El procedimiento y la zona a intervenir.
- Su consentimiento informado.

¿Preparación adecuada de la zona a intervenir?
 SI NO NO PROCEDE

Verificación Instrumental / Equipo quirúrgico / Prótesis.

Control de la Seguridad de la Anestesia Completado.

Monitorización del paciente.

¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?
 SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible
 NO

¿Alergias conocidas? **Acceso IV Adecuado**
 SI NO SI SUBSANADO

¿Riesgo de hemorragia? (>500 ml. y 7 ml./kg. en niños)
 SI NO

Reserva de sangre
 SI NO PROCEDE SUBSANADO

¿Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
 SI, y es la indicada. NO, pero se ha subsanado.
 SI, y no es la indicada. No procede.

¿Se ven las imágenes diagnósticas esenciales?
 SI NO NO PROCEDE

ANTES DE LA INCISIÓN

Confirmar que todos los miembros del Quirófano se han presentado por su nombre y función.

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería confirman verbalmente:
- La identidad del paciente.
- La zona a intervenir.
- El procedimiento.

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

El Cirujano revisa:
- Posibles complicaciones.
- La duración de la operación.
- La pérdida de sangre prevista.

El equipo de Anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico.

El equipo de Enfermería revisa:
- Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores).
- Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.

OBSERVACIONES:

Firma Cirujano/a: _____
Firma Anestesiólogo/a: _____
Firma Enfermero/a: _____

N° Col.: _____ N° Col.: _____ N° Col.: _____

ANTES DEL CIERRE

Recuento de compresas, gases, instrumentos, agujas, linternas, torundas, etc.
 CORRECTOS
 INCORRECTOS

En el etiquetado de las muestras figura el nombre del paciente:
 SI NO PROCEDE

¿Ha habido problemas con el equipamiento?
 SI NO

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería repasan verbalmente el procedimiento realizado y los eventos intraoperatorios importantes.

ANTES DE LA SALIDA

El Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente, y coordinan con el servicio receptor las precauciones a tomar.

ESPECIALIDAD: N°

ANTES DE LA INDUCCIÓN

El Paciente ha confirmado:
- Su identidad.
- El procedimiento y la zona a intervenir.
- Su consentimiento informado.

¿Preparación adecuada de la zona a intervenir?
 SI NO NO PROCEDE

Verificación Instrumental / Equipo quirúrgico / Prótesis.

Control de la Seguridad de la Anestesia Completado.

Monitorización del paciente.

¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?
 SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible
 NO

¿Alergias conocidas? **Acceso IV Adecuado**
 SI NO SI SUBSANADO

¿Riesgo de hemorragia? (>500 ml. y 7 ml./kg. en niños)
 SI NO

Reserva de sangre
 SI NO PROCEDE SUBSANADO

¿Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
 SI, y es la indicada. NO, pero se ha subsanado.
 SI, y no es la indicada. No procede.

¿Se ven las imágenes diagnósticas esenciales?
 SI NO NO PROCEDE

OBSERVACIONES:

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

FECHA: / /

Nº QUIRÓFANO: _____

ESPECIALIDAD: _____

Nº INTERVENCIONES: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN

- El Paciente ha confirmado:
 - Su identidad.
 - El procedimiento y la zona a intervenir.
 - Su consentimiento informado.
- ¿Preparación adecuada de la zona a intervenir?
 - SI NO NO PROCEDE
- Verificación Instrumental / Equipo quirúrgico / Prótesis.
- Control de la Seguridad de la Anestesia Completado.
- Monitorización del paciente.

- ¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?
 - SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible
 - NO

- ¿Alergias conocidas? **Acceso IV Adecuado**
 - SI SI
 - NO SUBSANADO

- ¿Riesgo de hemorragia? (>500 ml. y 7 ml./kg. en niños)
 - SI NO

- Reserva de sangre
 - SI NO PROCEDE SUBSANADO

- ¿Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
 - SI, y es la indicada. NO, pero se ha subsanado.
 - SI, y no es la indicada. No procede.

- ¿Se ven las imágenes diagnósticas esenciales?
 - SI NO NO PROCEDE

ANTES DE LA INCISIÓN

- Confirmar que todos los miembros del Quirófano se hayan presentado por su nombre y función.
- Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería confirman verbalmente:
 - La identidad del paciente.
 - La zona a intervenir.
 - El procedimiento.

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

- El Cirujano revisa:
 - Posibles complicaciones.
 - La duración de la operación.
 - La pérdida de sangre prevista.
- El equipo de Anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico.
- El equipo de Enfermería revisa:
 - Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores).
 - Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.

ANTES DEL CIERRE

Recuento de compresas, gasas, instrumentos, agujas, lentinas, torundas, etc.

- CORRECTOS
- INCORRECTOS

En el etiquetado de las muestras figura el nombre del paciente:

- SI NO PROCEDE

¿Ha habido problemas con el equipamiento?

- SI NO

- Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería repasan verbalmente el procedimiento realizado y los eventos intraoperatorios importantes.

ANTES DE LA SALIDA

- El Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente, y coordinan con el servicio receptor las precauciones a tomar.

OBSERVACIONES:

CLORHEXIDINA CORRECTO
SI NO

NORMOTERMIA CORRECTO
SI NO

NORMOGLUCEMIA CORRECTO
SI NO

Firma Cirujano/a

Firma Anestesiólogo/a

Firma Enfermero/a

Nº Col.: _____

Nº Col.: _____

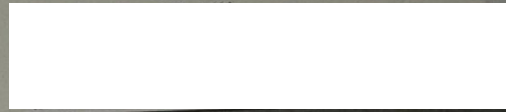
Nº Col.: _____

07/02/2017 13:35

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE (12779371L)

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

NHC: 517258
SIP: 1420834



FECHA: 6.3.17 N° QUIRÓFANO: 3

ESPECIALIDAD: Cir N° INTERVENCIONES: 1

ANTES DE LA INDUCCIÓN

El paciente ha confirmado:
- Su identidad.
- El procedimiento y la zona a intervenir.
- Su consentimiento informado.

Preparación adecuada de la zona a intervenir?
 SI NO NO PROCEDE

Verificación Instrumental / Equipo quirúrgico / Torundas.

Control de la Seguridad de la Anestesia Completado.

Monitorización del paciente.

¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?
 SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible
 NO

¿Alergias conocidas? **Acceso IV Adecuado**
 SI SI
 NO SUBSANADO

¿Riesgo de hemorragia? (>500 ml. y 7 ml./kg. en niños)
 SI NO

Reserva de sangre
 SI NO PROCEDE SUBSANADO

Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos
 SI, y es la indicada. NO, pero se ha subsanado.
 SI, y no es la indicada. No procede.

¿Se ven las imágenes diagnósticas esenciales?
 SI NO NO PROCEDE

ANTES DE LA INCISIÓN

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

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería confirman verbalmente:
- La identidad del paciente.
- La zona a intervenir.
- El procedimiento.

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

El cirujano revisa:
- Posibles complicaciones.
- La duración de la operación.
- La pérdida de sangre prevista.

El equipo de Anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico.

El equipo de Enfermería revisa:
- Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores).
- Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.

ANTES DEL CIERRE

Recuento de compresas, gasas, instrumentos, agujas, lentinas, torundas, etc.
 CORRECTOS
 INCORRECTOS

En el etiquetado de las muestras figura el nombre del paciente:
 SI NO PROCEDE

¿Ha habido problemas con el equipamiento?
 SI NO

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería repasan verbalmente el procedimiento realizado y los eventos intraoperatorios importantes.

ANTES DE LA SALIDA

El Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente, y coordinan con el servicio receptor las precauciones a tomar.

OBSERVACIONES:

CLORHEXIDINA CORRECTO
SI NO

NORMOTERMIA CORRECTO
SI NO

NORMOGLUCEMIA CORRECTO
SI NO

Firma Cirujano/a N° Col.: 59235	Firma Anestesiólogo/a N° Col.: 9448	Firma Enfermero/a N° Col.:
--	--	-----------------------------------

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

NHC: 132109

SIP: 1555456



GENERALITAT VALENCIANA
ELX DEPARTAMENT DE SALUT
CONSSELLERIA DE SANITAT UNIVERSITARIA I SALUT PÚBLICA

FECHA: 7/3/17 N° QUIRÓFANO: 4

ESPECIALIDAD: Cir N° INTERVENCIONES: 1

ANTES DE LA INDUCCIÓN

- El Paciente ha confirmado:
 - Su identidad.
 - El procedimiento y la zona a intervenir.
 - Su consentimiento informado.

¿Preparación adecuada de la zona a intervenir?
 SI NO NO PROCEDE

Verificación instrumental / Equipo quirúrgico / Prótesis.

Control de la Seguridad de la Anestesia Completado.

Monitorización del paciente.

¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?
 SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible
 NO

¿Alergias conocidas? Acceso IV Adecuado
 SI SI
 NO SUBSANADO

¿Riesgo de hemorragia? (>500 ml. y 7 ml./kg. en niños)
 SI NO

Reserva de sangre
 SI NO PROCEDE SUBSANADO

¿Se han realizado pruebas analíticas en los últimos 60 minutos?
 SI, y es la indicada. NO, pero se ha subsanado.
 SI, y no es la indicada. No procede.

¿Se han realizado pruebas analíticas?
 SI NO NO PROCEDE

ANTES DE LA INCISIÓN

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

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería confirman verbalmente:

- La identidad del paciente.
- La zona a intervenir.
- El procedimiento.

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

El Cirujano revisa:

- Posibles complicaciones.
- La duración de la operación.
- La pérdida de sangre prevista.

El equipo de Anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico.

El equipo de Enfermería revisa:

- Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores).
- Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.

ANTES DEL CIERRE

Recuento de compresas, gasas, instrumentos, agujas, lentinas, torundas, etc.

CORRECTOS
 INCORRECTOS

En el etiquetado de las muestras figura el nombre del paciente:
 SI NO PROCEDE

¿Ha habido problemas con el equipamiento?
 SI NO

Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería repasan verbalmente el procedimiento realizado y los eventos intraoperatorios importantes.

ANTES DE LA SALIDA

El Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente, y coordinan con el servicio receptor las precauciones a tomar.

OBSERVACIONES: NO CORRECTO

SI NO
NORMOTERMIA CORRECTO
SI NO
NORMOGLUCEMIA CORRECTO
SI NO

Firma Cirujano/a

Nº Col.: 11460

Firma Anestesiólogo/a

Nº Col.: 9448

Firma Enfermero/a

Nº Col.:

Datos del paciente – Formulario P		Nº Código del paciente:
Código del hospital:	Fecha de ingreso:/...../..... (día/mes/año)	
Servicio:	Fecha de intervención:/...../..... (día/mes/año)	
Quirófano:	Fecha de alta:/...../..... (día/mes/año)	
Localización quirúrgica:	Motivo del alta:	
Factores de riesgo intrínseco		
Sexo: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre	Fecha de Nacimiento:/...../..... (día/mes/año)	
Diabetes Mellitus: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Inmunodeficiencia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Obesidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Inmunodepresión: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Tabaquismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Hipoalbuminemia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Intervención Quirúrgica		Intervención Preventiva
Tipo de Intervención: <input type="radio"/> Urgente <input type="radio"/> Programada		Disponible Hoja IQZ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Cirugía endoscópica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Antibiótico administrado para profilaxis quirúrgica
Duración en minutos:		Valoración profilaxis Antibiótica sobre indicación/aplicación/tiempo:
Grado de contaminación de la cirugía:		Intervalo Antibiótico-incisión <60 minutos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Clasificación ASA:		Profilaxis Antibiótica Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Puntuación NHSN-NNIS:		Antiséptico preparación piel <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Datos sobre la Infección		Clorhexidina Alcohólica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
¿Ha habido IN en el paciente operado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Uso de aplicador <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
¿Ha habido infección quirúrgica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Clorhexidina Acuosa <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
<input type="radio"/> Superficial <input type="radio"/> Profunda <input type="radio"/> Órgano o espacio		Povidona yodada u otros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
En caso de CBGB, que tipo de ILQ?		Consumo de Antiséptico
<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria		Fricción, movimiento adelante-atrás <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Bacteriemia-Sepsis asociada a ILQ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Preparación piel Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Bacteriemia asociada a catéter vascular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Eliminación del vello <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Neumonía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Cortadora de Vello <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Urinaria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Cuchilla/Rasurado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Otras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido		Otros/Depilación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Fecha de inicio de ILQ ___ / ___ / ____		Baño/ducha previo paciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Periodo donde apareció la infección: <input type="radio"/> No ILQ <input type="radio"/> Ingreso <input type="radio"/> Post-alta		Procedimiento Vello Global correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Traslado a UCI-Q: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, por ILQ <input type="radio"/> Sí, por otras causas		Indicada Normotermia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Reingreso por ILQ: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, por ILQ <input type="radio"/> Sí, por otras causas		Aplicada Normotermia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Reintervención: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, por ILQ <input type="radio"/> Sí, por otras causas		Aplicación cobertores de calor <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Mortalidad post-quirúrgica: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, por ILQ <input type="radio"/> Sí, por otras causas		Uso de calentadores de fluidos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Incidente ligado al protocolo IQZ: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Normotermia Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
Microorganismos y resistencias		Indicada Normoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
		Aplicada Normoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
		Normoglucemia Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
		Correcto Bundle en 3 áreas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
		Correcto Bundle en 5 áreas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido
		Bundle Ampliado: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Especifico de colon <input type="radio"/> Fast-Track <input type="radio"/> Otros
Código de las Resistencias		Finalizada la vigilancia de la intervención (30 o 90 días) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Agentes causales		
Agentes causal 1: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9		
Agentes causal 2: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9		
Agentes causal 3: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9		

MUCHAS GRACIAS

