

# ¿Son los Check-List conocidos por los enfermeros?

## 1. INTRODUCCIÓN

En 2004, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Uno de sus retos para conseguirlo ha sido "La cirugía segura salva vidas". Para ello se crean los Check-Lists (herramienta importante que poseen los sanitarios para la mejora de la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y la reducción de los riesgos).

## 2. OBJETIVOS

- Saber si los enfermeros conocen los Check-lists y para qué se usan.
- Conocimiento de los apartados de la herramienta por los profesionales.
- Evaluar el éxito del Check-list entre los profesionales de enfermería que lo han usado.

## 3. MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo. Cuestionario de 7 preguntas y apartado final para comentarios.
- Se evalúan: el nivel de conocimiento de la herramienta y de su aplicación en el medio sanitario, el éxito de esta herramienta entre los profesionales. Cada pregunta se valora con 3 ítems consecutivos.
- 34 profesionales. Se llevó a cabo en un estudio online.

## 5. CONCLUSIONES

Conocimiento de Check-list



Uso correcto



- Mejora de seguridad  
- Reducción de riesgos



- Los profesionales que lo han usado creen que es una herramienta básica para su trabajo y que es necesario que se use.

- Instar a quienes no conocen el Check-List a saber de él y a usarlo en sus prácticas y ámbitos de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

López Fresneña, C; Mezcuá Navarro, S. Enfermería quirúrgica. En: CTO Editorial, S.L. Manual CTO de Enfermería. Tomo II. España: Madrid; 2013. p. 543-582.

## AUTORES

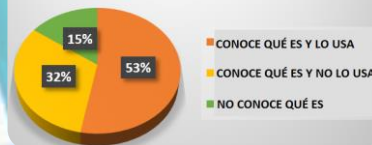
Autora: Padilla Barrios, Patricia

World Health Organization		LISTA DE CHEQUEO QUIRURGICO	
Antes de la Inducción anestésica		Antes de la incisión	Antes de la salida del quirófano
<b>INGRESO</b>		<b>PAUSA</b>	
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO -IDENTIDAD -SITIO -PROCEDIMIENTO -CONSENTIMIENTO		<input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE -PACIENTE -SITIO -PROCEDIMIENTO	
<input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA <input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS <input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE		<b>EVENTOS CRITICOS PROBABLES</b> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE? <input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD (INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO? SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA	
TIENE EL PACIENTE? ALERGIJA CONOCIDA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA	
NOMBRE / SELLO		NOMBRE / SELLO	
		<b>SALIDA</b>	
		<input type="checkbox"/> ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO <input type="checkbox"/> LA CIRUGIA REALIZADA <input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA) <input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE CONSIDERACIONES PARTICULARES: <input type="checkbox"/> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA OTRAS <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO	
NOMBRE / SELLO		NOMBRE / SELLO	

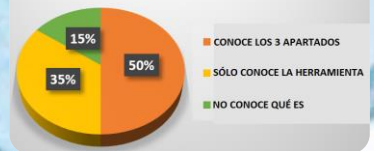
ESTA LISTA DE CHEQUEO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL. TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008 - COMITÉ DE SEGURIDAD SCORE

## 4. RESULTADOS

### Conocimiento de la herramienta y uso de ella.



### Conocimientos de los apartados



### ¿Recomendaría el uso de la herramienta?

