



FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO
SOCIAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO
DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

“Relevo anestésico con lista de cotejo en la unidad
de cuidados postanestésicos posterior a cirugía electiva”

Tesis para obtener el diploma de:

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA

Presenta: **Dra. Pérez Fernández Mariana del Consuelo**
Director: **Dra. Enríquez Ávila Ruth Vianey**
Asesor: **Dr. Martínez Romero Miguel Ángel**



H. Puebla de Zaragoza. Noviembre de 2018

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES_____	6
1.1 GENERALES_____	7
1.1 ESPECÍFICOS_____	9
2. JUSTIFICACIÓN_____	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA_____	14
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION_____	16
5. HIPÓTESIS_____	18
6. OBJETIVOS_____	20
7. METODOLOGÍA_____	22
8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN_____	24
9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN_____	26
10. VARIABLES_____	28
11. RECOLECCIÓN DE DATOS_____	32
12. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO_____	34
13. RESULTADOS_____	36
14. CONCLUSIONES_____	46
15. BIBLIOGRAFÍA_____	48

1. ANTECEDENTE S

1.1 GENERALES

INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio de las complicaciones anestésicas se remonta al siglo XIX cuando la Sociedad Médica Británica integró un comité para determinar las causas de muerte en los casos de pacientes anestesiados con cloroformo. En este

sentido Dripps en 1961 enfatizó la importancia de la valoración preanestésica, de la elección del método y la aplicación de la técnica en relación a la mortalidad en anestesia. En un análisis de más de 33 mil casos el autor refiere una relación de 1:1560 casos de muerte directa para anestesia regional, y de 1:536 en anestesia general; mencionando que los factores principales son los errores en oportunidad y de omisión. Por otro lado, en lo que se refiere a complicaciones, indica que la hipoxemia y la hipotensión arterial constituyen las alteraciones más frecuentes.

Por otra parte Perez y cols, en 1975, analizaron más de 119 mil casos de pacientes obstétricas, en las que observaron una tasa de muerte directa por anestesia de 1.4×10^{-5} anestésias y que entre las complicaciones más frecuentes se encontraron la hipotensión arterial, náuseas, vómito, hipertensión arterial, analgesia insuficiente y punción accidental.

A pesar de que en años recientes la práctica de la anestesia se relaciona con baja mortalidad, aun está relacionada con una significativa morbilidad, es por esto que se han utilizado varios métodos para reunir información acerca de su seguridad, así como, establecer el riesgo de mortalidad, morbilidad y complicaciones.¹

De igual forma, la transferencia del cuidado de los pacientes entre cuidadores de la salud es inevitable, en tanto los cuidados frecuente-

mente se extienden recientemente en número de relevos se ha incrementado

Se han hecho múltiples estudios utilizando diversos protocolos de transmisión de información para evitar la omisión de datos importantes, así como repetición de datos al momento de la entrega de pacientes, existen en la literatura el método SBAR, SWITCH y I PUT PATIENTS FIRST, éste último consiste en una nemotécnica para el relevo transanestésico utilizado por la Universidad de Nevada en su protocolo de relevo transanestésico seguro.

I PUT PATIENTS

FIRST

I.-

Identificación

P.- Historia médica del paciente

U.- Diagnósticos subyacentes

T.- Técnica anestésica

P.- Líneas periféricas, catéter central,

drenajes A.- Alergias

T.- Terapia farmacológica.

Coadyuvantes I.- Intubación. Vía aérea difícil

E.- Probabilidad de

extubación N.- Infusiones

continuas

T.- Plan de tratamiento postoperatorio (presión arterial, parámetros ventilatorios)

S.- Signos

vitales

F.- Terapia intravenosa (líquidos, sangre)

I.- Intraoperatorio (eventos sucedidos durante en transoperatorio)

R.- Laboratoriales recientes (hemoglobina, gasometrías)

S.- Sugerencias. Control de dolor postoperatorio, bombas, etc)

T.- Tiempo estimado de egreso a UCPA

La Fundación de Seguridad del Paciente de Anestesia (APSF por sus siglas en Inglés) realizó un estudio para mejorar el traspaso de información en la Unidad de Atención Posanestésica mediante la implementación de una lista de verificación, la cual arrojó los

siguientes resultados: 4 de cada 50 transferencias incluyeron el 100% de la información listada. Se ha demostrado que la falla de comunicación pone en riesgo la seguridad del paciente. ²

• •

RELEVO

Se define como el proceso estructurado de transferencia de información, responsabilidad y autoridad de un cuidador a otro. Al realizarse esto, la persona o el equipo que recibe debe obtener una historia rápida de la situación³, sin embargo, son extremadamente variables, y al realizarse adecuadamente pueden formar una red de seguridad para el paciente al proporcionar una nueva visión de la situación. Por otra parte, al realizarse inadecuadamente puede provocar errores, complicaciones e incluso la mortalidad de los pacientes.

La junta Nacional de Seguridad de los pacientes en Estados Unidos en 2006 estableció un protocolo estandarizado de las especificaciones necesarias para la transferencia de pacientes de los miembros del equipo anestésico durante el ingreso de los pacientes a la Unidad de Cuidados Postanestésicos, de igual modo, identifico las fallas en la comunicación como la raíz principal del 65% de los eventos centinela. La OMS enlistó cinco iniciativas para la comunicación durante el relevo del cuidado de los pacientes.⁴

Los relevos efectivos son instrumentos que garantizan el cuidado exitoso de los pacientes a través de equipos multidisciplinarios y actividades diversas para el cuidado del paciente; la calidad de los relevos, sin embargo, se ve afectada negativamente por diversos factores como la falta de herramientas estandarizadas de relevo, omisión de información, falta de entrenamiento en estos procesos y distracciones durante los procesos.⁵

Debido a la complejidad del cuidado de los pacientes a través de los departamentos clínicos diversos, se han implementado guías de estandarización de éstos relevos para garantizar el éxito de los mismos.⁶

1.1 ESPECÍFICO

S

La recuperación postanestésica es un período de crítico de la atención ya que en este momento es cuando suceden la mayoría de las complicaciones postoperatorias, las cuales pueden ser consecuencia de la anestesia, la cirugía o ambas.

Los cuidados postoperatorios o postanestésicos se definían como aquellos proporcionados de manera inmediata en la unidad de cuidado postoperatorio. Estos cuidados deben mejorarse para que la per-

sona inicie su recuperación o para un tránsito adecuado hacia unidades de mayor complejidad.⁷

Se realizó un estudio en Uruguay para determinar la frecuencia de complicaciones Postanestésicos en el Hospital de Clinicas Dr. Manuel Quintela. Los eventos más frecuentes en este estudio fueron Saturación de oxígeno menor al 90% (8.4%), náusea (6.4 %), Hipertensión arterial (5.9%), Hipotensión (3.3%) Vómitos (2.7%).⁸

En 2016 el Hospital Civil de Culiacán y el Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa realizó un estudio observacional retrospectivo para determinar la frecuencia de complicaciones posanestésicas sometidos a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general. Las principales complicaciones que se presentaron fueron: dolor en 62 pacientes (20.1%); complicaciones respiratorias en 43 pacientes (13.9%) (Hipoventilación, depresión respiratoria, sedación prolongada y broncoespasmo); náusea y vomito en 23 pacientes (7.4%), agitación en 19 pacientes (6.1%) y alteraciones cardiovasculares en 2 pacientes (0.6%).⁹

Durante el primer semestre del año 2018 se realizaron en el Instituto un total de 1641 procedimientos quirúrgicos dentro del área de Quirófanos, de los cuales, 670 fueron bajo Anestesia General, 795 bajo Anestesia Regional y 176 bajo sedación. No se tiene un registro escrito sobre los efectos adversos sucedidos en el área de recuperación del Instituto.

Checklist: El uso de instrumentos de apoyo de listas de cotejo previo y durante los procesos quirúrgicos ha demostrado su eficacia para disminuir eventos no deseados y aumentado la seguridad del paciente quirúrgico.¹⁰

Un estudio realizado por Salzwedel publicado en 2013, concluye que el uso de una lista de verificación en el traspaso de pacientes posterior al evento anestésico puede mejorar la calidad de éste al

aumentar la cantidad de información entregada.¹¹

Se ha demostrado que la falla en la comunicación pone en riesgo la seguridad del paciente en varios estudios de diferentes especialidades.¹²

La Fundación de Seguridad del paciente de Anestesia en su hoja informativa reporta un estudio con una Lista diseñada por ellos mismos, donde se concluye que incrementa el número de elementos entregados con la hoja de cotejo, que sin ésta, asumiendo así mayor seguridad durante el traspaso.¹³

La seguridad clínica se relaciona estrechamente con el estilo gerencial y la “microgestión” que realizan los gerentes o jefes de los servicios clínicos.³³ Operativamente, dicha seguridad depende básicamente de dos factores: a) Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud. Se refiere a la competencia y desempeño del personal de salud, que deben ser evaluados y gestionados permanentemente por los jefes de servicio, debido a que la incompetencia es un riesgo para la seguridad clínica de los pacientes. b) Condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se internan los pacientes. Se refiere a la disponibilidad de infraestructura, equipos e insumos en las mejores condiciones posibles para operar los servicios. Ambientes insalubres, insumos en mal estado, falta de protocolos y equipos descompuestos o no calibrados, constituyen riesgos ambientales para la seguridad clínica. La disponibilidad de esos elementos depende en gran medida de la capacidad de los gerentes clínicos para gestionarlos.¹⁴

Seguridad: riesgo que ha sido controlado de manera adecuada. Es el producto de la acción preventiva.¹⁵

2. JUSTIFICACIÓ N

La necesidad de una hoja de cotejo para el relevo anestésico es importante para la prevención de complicaciones y mortalidad. Para determinar su impacto y relevancia en nuestra institución es necesario hacer comparaciones con la propuesta y sin ella, así como determinar la presencia de complicaciones durante la estancia en la unidad de cuidados Postanestésicos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se cuenta con un registro de eventos adversos en la Unidad de Cuidados Postanestésicos asociados con el relevo del personal de Anestesiología en la institución, es importante tener registro de estos eventos y determinar una solución


en caso de que se registren de manera importante, esto para mejorar la calidad en la atención del servicio prestado a los derechohabientes.

4. PREGUNT

A DE

INVESTIGACION

Es seguro el relevo anestésico en la unidad de cuidados
postanestésicos con Lista de cotejo?



5. HIPÓTESIS

ALTERNA

La aplicación de una hoja de cotejo para la entrega de pacientes en la UCPA aumenta la seguridad del paciente sometido a cirugía electiva.

NULA

La aplicación de una hoja de cotejo para la entrega de pacientes en la UCPA NO aumenta la seguridad del paciente sometido a cirugía electiva.

6. OBJETIVO S

10.1 GENERALES

Evaluar la seguridad del relevo anestésico con lista de cotejo en la Unidad de Cuidados Postanestésicos

10.2 ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la incidencia de eventos no deseados en la Unidad de Cuidados Postanestésicos
- 2.- Evaluar la seguridad de la entrega de pacientes utilizando un Lista de cotejo
- 3.- Evaluar la seguridad de la entrega de pacientes sin utilizar lista de cotejo.

7. METODOLOGÍ A

DISEÑO DEL ESTUDIO: DE INTERVENCIÓN
TRANSVERSA
L
PROSPECTIVO
HOMODÉMICO
UNICÉNTRICO

8. CRITERIO

S DE

INCLUSIÓN

Pacientes que se encuentren programados para cirugía electiva
Pacientes que egresen del área de quirófano acompañados de un anestesiólogo.

9. CRITERIO

S DE

EXCLUSIÓN

- 1.- Pacientes que ingresan al área de quirófano con programación de urgencia
- 2.- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- 3.- Pacientes que ingresan al área de cuidados posanestésicos sin ser acompañados por un anestesiólogo
- 4.- Pacientes que egresan al área de cuidados intensivos o cuidados intermedios.

10. VARIABLE S

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Presentación del paciente por su nombre completo	CUALITATIVA	SI NO
¿SE APLICÓ ENCUESTA?	Recibe paciente usando la lista de cotejo	CUALITATIVA	SI NO
SEXO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	CUALITATIVA	MASCULINO FEMENINO
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	CUANTITATIVA	AÑOS
TIEMPO ANESTESICO	Tiempo transcurrido desde la monitorización en la sala quirófano hasta su salida	CUANTITATIVA	MINUTOS
ALERGIAS	Conjunto de alteraciones de carácter respiratorio, nervioso o eruptivo que se producen en el sistema inmunológico por una extremada sensibilidad del organismo a ciertas sustancias a las que ha sido expuesto, y que en condiciones normales no causan esas alteraciones	CUALITATIVA	
ESPECIALIDAD	Especialidad que ingresa al paciente a quirófano	CUALITATIVA	CIRUGÍA GENERAL UROLOGIA ORTOPEDIA OTORRINOLARINGOLOGIA
PROCEDIMIENTO	Nombre del procedimiento quirúrgico	CUALITATIVA	
ESTADO COGNITIVO	Procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el	CUALITATIVA	ORIENTADO DESORIENTADO SOMNOLIENTO

sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea

TIPO DE ANESTESIA

Técnica anestésica utilizada para el procedimiento quirúrgico

CUALITATIVA

GENERAL
REGIONAL
SEDACION

COMPLICACIONES
TRANSANESTÉSICAS

Efecto indeseado que ocurre
durante una técnica anestésica

CUALITATIVA

N
O
M
B
R
E
D
E
L
A
C
O
M
P
L
I
C
A
C
I
Ó
N

ASA

Sistema de clasificación
que utiliza la American
Society of Anesthesiolo-
gists (ASA) para estimar
el riesgo que plantea la
anestesia para los
distintos estados del
paciente

CUANTITATIVA

I
II
III
IV

ESTADO COGNITIVO

Procesos mentales que
nos permiten llevar a
cabo cualquier tarea.
Hacen posible que el
sujeto tenga un papel
activo en los procesos
de recepción, selección,
transformación,
almacenamiento,
elaboración y recupera-
ción de la información,
lo que le permite
desenvolverse en el
mundo que le rodea.

CUALITATIVA

ORIENTADO
DESORIENTADO
SOMNOLIENTO

ACTIVIDAD
PREOPERATORIA

RESTRICCIONES DE ALGÚN
MIEMBRO

SIGNOS VITALES
PREANESTÉSICOS

POSICIÓN DEL
PACIENTE

Acoplamiento de una serie de acciones musculares que sirven al movimiento voluntario o que constituyen una reacción observable

Limitación a la movilidad de cualquier miembro

Medición de las funciones básicas del organismo

Colocación del paciente respecto a la mesa quirúrgica

CUALITATIVA
NORMAL CON AYUD

CUALITATIVA

CUALITATIVA

U
N
M
I
M
E
B
R
O
D
O
S
M
I
E
M
B
R
O
S
T
R
E
S
O
M
A
S
MIEB
ROS
NING
UNA

EST
ABL
ES
HIP
OTE
N
SIÓ
N
HIP
ERT
ENS
IÓ
BRA
DIC

CUALITATIVA

AR
DIA
TAQ
UIC
AR
DIA

DE
CU
BIT
O
DO
RSA
L
DE
CU
BIT
O
PR
ON
O
DE
CU
BIT
O
LAT
ERA
L

▪

CONDICIONES DE LA INTUBACIÓN	Grado de dificultad para la intubación endotraqueal al realizar la laringoscopia directa, según las estructuras anatómicas que se visualicen	CUALITATIVA	FÁCIL DIFÍCIL
CATÉTERES, DRENAJES	Método para retirar sangra, líquido o pus de la herida quirúrgica Acceso vascular a través de un catéter plástico	CUALITATIVA	PERIFÉRICO CENTRAL ARTERIAL
BALANCE HÍDRICO	Cantidad de líquidos administrados en relación al requerimiento individual	CUALITATIVA	POSITIVO NEGATIVO NEUTRO
TIEMPO DE ENTREGA	Medicamentos administrados o pendientes de administrar para control del dolor	CUALITATIVA	INTRAVENOSO PERIDURAL
ANTIEMÉTICOS	Medicamentos administrados para control de náusea o vomito postoperatorio	CUALITATIVA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO
MEDICACIÓN PREANESTESICA	Medicamentos administrados previo a iniciar la técnica anestésica	CUALITATIVA	MIDAZOLAM FENTAN
COADYUVANTES	Efecto indeseado que ocurren las primeras 3 horas posterior a una técnica anestésica	CUALITATIVA	DOLOR NAUSEA VOMITO HIPOTENSION HIPERTENSION NINGUNA

11. RECOLECCIÓ

N

DE

DATOS

lista de cotejo obtenida de Anesthesia Patient Safety Foundation. Permiso para utilizar, reproducir y modificar

P A C I E N T E	Identificación del paciente	
	Hora de ingreso	
	Alergias	
	Procedimiento quirúrgico y diagnóstico	
	Tipo de anestesia	
	Complicaciones quirúrgicas o anestésicas	
	ASA	
	Estado cognitivo preoperatorio	
	Nivel de actividad preoperatorio	
	Restricciones de algún miembro	
	Signos vitales preoperatorios	
P R O C E D I M I E N T O	Posición de la paciente	
	Condiciones de la intubación	
	Catéteres/ canalizaciones/ sondas/ drenajes	
	Balance de líquidos	
M E D I C A M E N T E	Plan analgésico (trans y postoperatorio)	
	Antieméticos administrados	
	Medicación preanestésica	
	Coadyuvantes	

Improving Post Anesthesia Care Unit (PACU) Handoff By Implementing A Succinct Checklist.
Circulation 118,032 • Volume 30, No. 1, June 2015.

COMPLICACIONES POSTANESTESICAS:

• •

12. TÉCNIC

A Y

PROCEDIMIENT

O

A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado para poder utilizar los datos que se obtuvieron durante el estudio

Se eligieron al azar los pacientes a los cuales se aplicó la lista de cotejo durante el periodo de Junio- Julio de 2018

El instrumento de información se aplicó únicamente por el tesista, quien hizo las preguntas directamente al anesthesiologo encargado del procedimiento anestésico.

Los datos fueron capturados y analizados utilizando Microsoft Excel y IBM SPSS Statistics 23.

13. RESULTADO S

Se aplicaron un total de 94 instrumentos a 94 pacientes que ingresaron a cirugía electiva durante el periodo mencionado. 63% fueron femenino y 26% masculino. El rango de edad fue de 3 a 78 años con una media de 46 años.

La especialidad que ingresa más pacientes es cirugía general (42%), Ortopedia (25%) urología (14%).

El tipo de anestesia más utilizado es la anestesia general (32%).

En el 78% de pacientes se utilizó profilaxis antiemética, siendo el más utilizado Ondansetrón (27%), metoclopramida (17%), dexametasona (6%).

El plan analgésico más utilizado fue con ketorolaco (36%), seguido de buprenorfina/ketorolaco intravenoso (8%), Buprenorfina/Clonixinato de lisina (8%) El 74.5 % de pacientes se premedicó con Midazolam (46.8%), Fentanil (10.6%), Diacepam (2.1%)

Se presentaron complicaciones transanestésicas en 14% de los pacientes, las cuales fueron espasmo (4%), Bloqueo fallido (2%), Bradicardia (2%),

Se encontró un total de 32 pacientes que presentaron complicaciones postanestésicas.

La tasa de incidencia de complicaciones postanestésicas es de 34 por cada 100 cirugías.

La complicación postanestésica más frecuente fue dolor 14%, 66% de pacientes no presentaron complicaciones postanestésicas.

De los pacientes a los que se aplicó la lista de cotejo 36% no presentaron complicaciones 14% presentaron complicaciones postanestésicas en el área de recuperación.

Se analizó la información con el programa estadístico IBM SPSS Statistics obteniendo una chi cuadrada de 14.83, con una significancia estadística de 0.038.

GRÁFICA
1

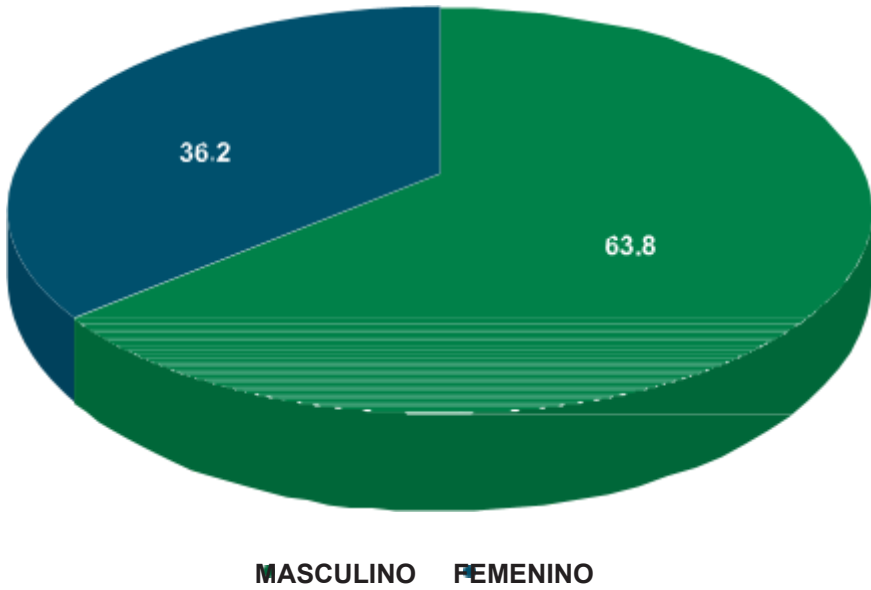


TABLA 1

	SEXO	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	NTAJE
FEMENINO	60	63.8
MASCULINO	34	36.2
TOTAL	94	100

GRÁFICA
2

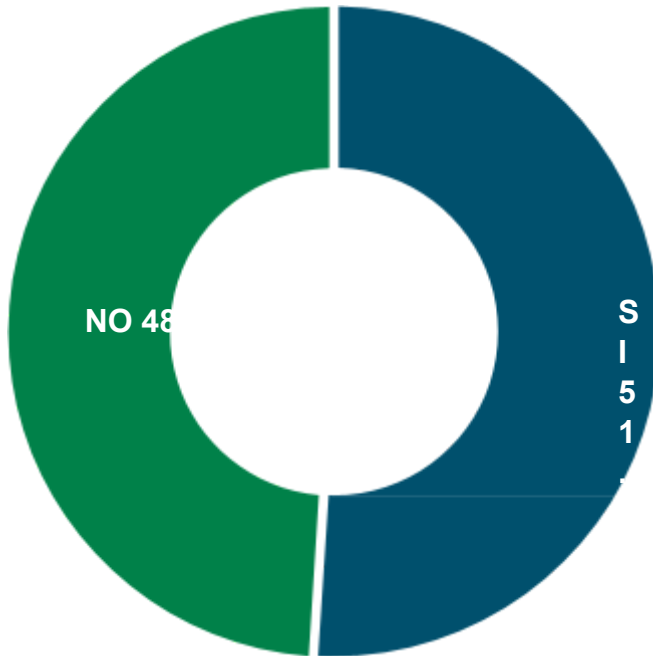


TABLA 2

¿SE APLICÓ ENCUESTA?

	FRECUENCIA 48	PO
SI NO	46	RC
TOTAL	94	ENT
		AJE
		51.1
		48.9

100.0

GRÁFICA 3



EDAD

3 8 16 18 19 29 30 34 34 36
37 38 39 40 41 44 45 46 47 50

TABLA 3

M	N
E	A
D	M
I	O
A	D
M	A
E	
D	
I	

46.96
50.0
47^a

GRÁFICA 4

CIRUGÍA POR SERVICIO

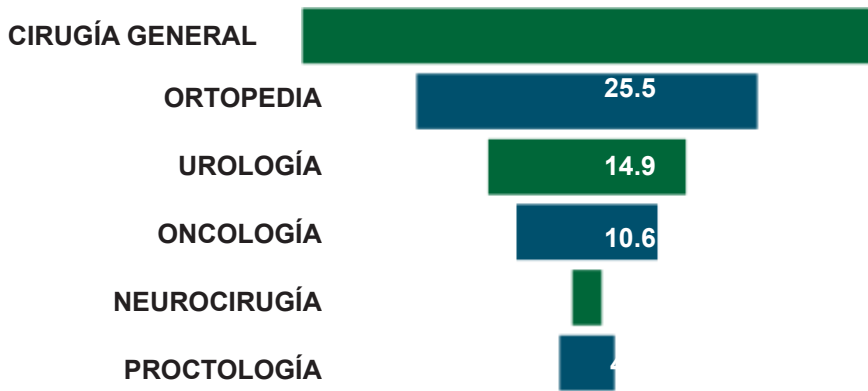


TABLA 4

	FRECUENCIA 40
CIRUGÍA	24
GENERA	14
L	10
ORTOPE	2
DIA	4
UROLOGÍ	94
A	
OCOLOGÍA	
QUIRURGICA	
NEUROCIRUGÍ	
A	
PROCTOLOGÍA	
TOTAL	

PORCENTAJE

42.6

25.5

14.9

10.6

2.1

4.3

100

GRÁFICA 5
TIPO DE ANESTESIA

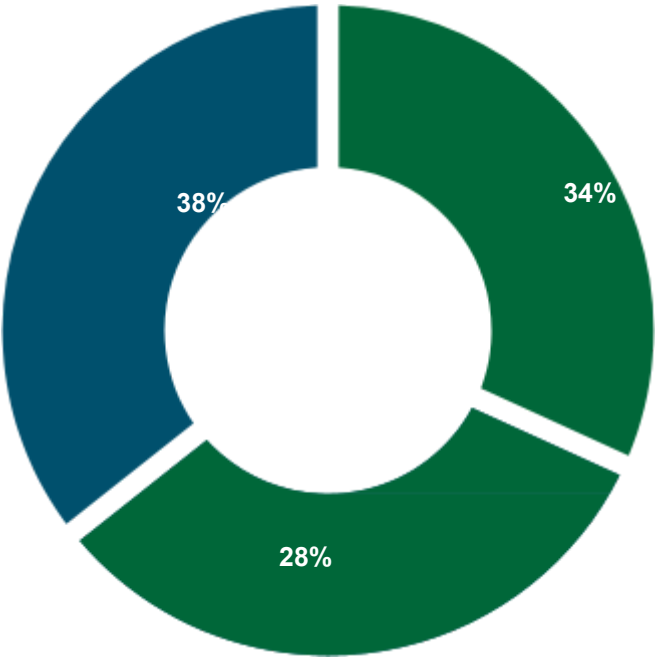


TABLA 5

GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REGIONAL	32	34.0
SEDACIÓN	26	27.7
TOTAL	36	37.8
	94	100

GRÁFICA 6

COMPLICACIONES TRANSAESTÉSICA

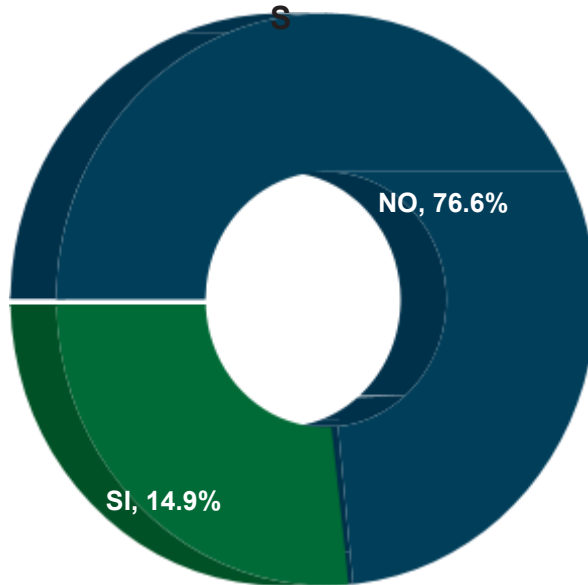


TABLA 6

	FRECUENCIA	POR CEN
NO	14	14.9
SI	86	76.6
TOTAL	94	100

COMPLICACIONES POSTANESTÉSICAS

GRÁFICA 7

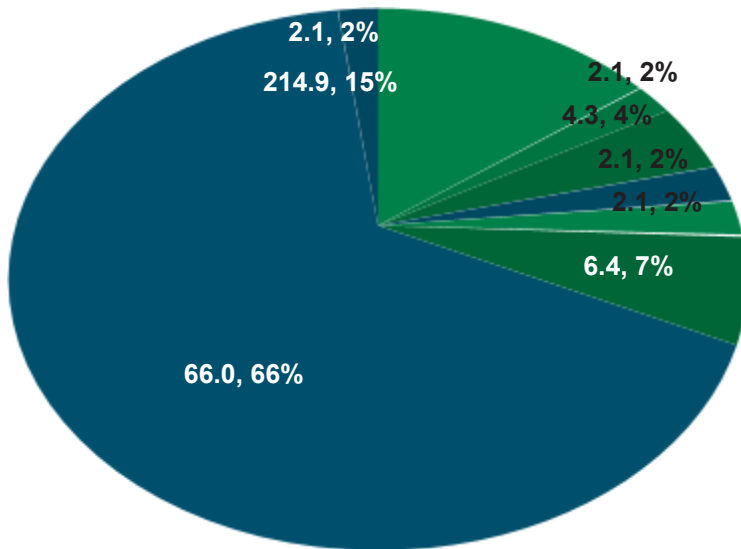


TABLA 7

	FRECUENCIA	PORCEN TAJE
DOLOR	2	2
HIPOTENSIÓN	4	14.9
NÁUSEA VÓMITO	2	2
HIPERTENSIÓN	2	.
OTROS NINGUNA	6	1
DESATURACIÓN	62	4
TOTAL	2	.
	94	3
		2
		.
		1
		2
		.
		1
		6
		.

4
66.0
2
.
1
100.0

GRÁFICA 8

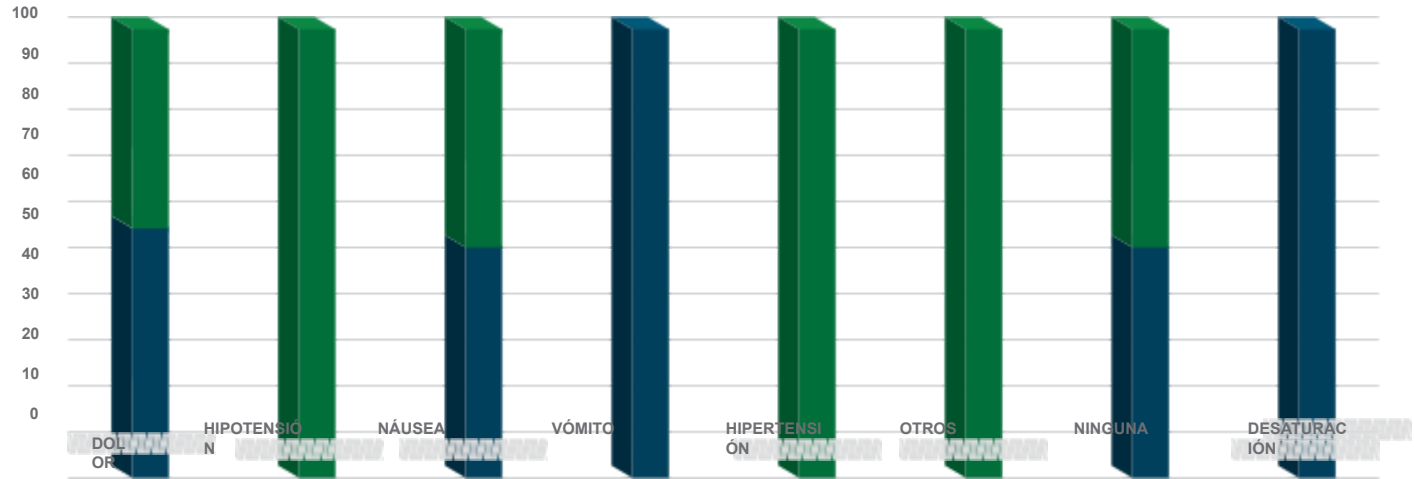


TABLA 8

¿SE APLICÓ
ENCUESTA?

TOTAL

94

14. CONCLUSIONE

S

Durante el estudio se pudo observar que en la institución la incidencia de complicaciones postanestésicas es baja, pero utilizar una lista de cotejo que nos guie para otorgar información relevante al anestesiólogo encargado de la unidad de

cuidados postanestésicos, puede disminuir más la incidencia de estos eventos, otorgando así seguridad durante los eventos anestésicos de los derechohabientes del instituto.

15. BIBLIOGRAFÍ

A

1. Choromansky D, Frederick, McKelvey GM. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers.
 2. Christopher Potestio, MD; Jay Mottla, GT-2; Emily Kelley, RN; Kerry DeGroot, MD Improving Post Anesthesia Care Unit (PACU) Handoff By Implementing A Succinct Checklist
 3. Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P. An experimental comparison of handover methods.
 4. WorldHealthOrganization. Communication during patient care hand-overs
 5. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J. Clinical Handover incident reporting in one UK General Hospital.
 6. Agarwala HS, Saville BS, Slayton JM. Standardized postoperative handover process improves outcomes in intensive care unit: A model for operational sustainability and improve team performance
 7. Cristina Alexandra Benavides Caroa Franklyn Edwin Prieto Alvarado. Evidence-based clinical practice manual: Postoperative controls.
 8. Dra. Sabrina Bertucci, Dra. María José Tomás, Dr. Gustavo Grünberg. Complicaciones anestésicas en la unidad de Recuperación postanestésica. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Uruguay. Junio 2014.
 9. Eréndira Espinoza Quintero , Silvia Annel Prince Angulo , Brisceyda Arce Bojorquez , Yuridia del Rosario Ayala Camargo , Julián Lugo Rodríguez , Pavel Vladimir Félix Rodríguez , Roberto Aurelio Manuel Serna Valencia¹ , Felipe de Jesús Peraza Garay. Frecuencia de complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
- 3
0
- de la Universidad Autónoma de Sinaloa y Hospital Civil de Culiacán. Febrero 2017
10. Norma oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología
 11. Salzwedel C., Bartz H. J., Kühnelt I., Appel D., Haupt O., Maisch S., & Schmidt G. N. The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. International journal for quality in health care. 2013;25:176-181
 13. Christopher Potestio, MD; Jay Mottla, GT-2; Emily Kelley, RN; Kerry DeGroot, MD. Improving Post Anesthesia Care Unit (PACU) Handoff By Implementing A Succinct Checklist. The Official Journal of the Anesthesia Patient Safety Foundation. 2015
 14. Javier Santacruz-Varela, Francisco Hernández-Torres, Germán Fajardo-Dolci. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud
 15. Óscar Guillén. Sección Seguridad en el Trabajo José Espinosa Robles. Jefe Subdepartamento de Seguridad y Tecnologías en el Trabajo. Guía de conceptos básicos e indicadores básicos en seguridad y salud en

el trabajo. Instituto de Salud Pública de Chile, Marzo, 2015

• •

