

Guía SAFEST:



Recomendaciones de Seguridad del Paciente en el Perioperatorio en castellano

Documento citable disponible en:

*Arnal-Velasco D, Martinez-Nicolas I, Fabregas N, et al. **Perioperative Patient Safety Recommendations: a European consensus study.** Br J Anaesth. 2025 in press.*

En este sumario, las prácticas estandarizadas SAFEST de seguridad perioperatoria del paciente están marcadas con símbolos que indican su grado de recomendación. Para las recomendaciones fuertes, como "recomendamos..." o "los médicos deberían...", la práctica estandarizada se marca con **Recomendado**. Para las recomendaciones débiles, como "sugerimos..." o "los médicos podrían...", se utiliza el símbolo **sugerido**.

Además:

- Las 10 recomendaciones mejor valoradas en importancia se marcan con el siguiente icono: 
- Las 10 recomendaciones mejor valoradas en importancia por representantes de pacientes están marcadas con el icono: 
- Las 10 recomendaciones mejor valoradas en cuanto a factibilidad están marcadas con el siguiente icono: 

PPSR ID	Lenguaje técnico en español	Lenguaje comprensible en español	SAFEST SoR
PPSR-001	Implementar una estrategia clara y explícita para desarrollar una sólida cultura de seguridad, que incluya: 1. Reconocimiento de que los errores son humanos; 2. Compromiso de discutir y aprender de los errores; 3. Identificación proactiva de amenazas latentes; 4. Incorporación de sistemas no punitivos, justos y transparentes para el reporte y análisis de eventos adversos; 5. Eventos adversos Divulgación abierta a los pacientes.	Implementar una estrategia clara y explícita para desarrollar una sólida cultura de seguridad, que incluya: 1. Reconocimiento de que los errores son humanos; 2. Compromiso de discutir y aprender de los errores; 3. Identificación proactiva de amenazas latentes; 4. Incorporación de sistemas no punitivos, justos y transparentes para el reporte y análisis de eventos adversos; 5. Eventos adversos Divulgación abierta a los pacientes.	Sugerido
PPSR-002	Implementar registros, encuestas, entrevistas y otras herramientas proactivas para identificar y prevenir situaciones lesionales de alto riesgo en el perioperatorio.	Utilizar por parte del hospital diferentes formas para identificar situaciones en las que los pacientes son frecuentemente de alto riesgo antes, durante y después de la cirugía. Estos incluyen mantener registros, cuestionarios y otros métodos para prevenir problemas potenciales.	Sugerido
PPSR-003	Tener los profesionales de la salud involucrados en el cuidado perioperatorio una formación multidisciplinar inicial y periódica que promueva la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, la comunicación eficaz, la apertura y las habilidades de manejo de la tecnología.	Por parte de los profesionales de la salud involucrados antes, durante y después de la cirugía, recibir capacitación regular desde el principio. Esta capacitación incluye cómo trabajar juntos para mantener seguros a los pacientes, cómo comunicarse y ser abiertos entre sí, y cómo usar el equipo correctamente.	Sugerido

PPSR-004 	A lo largo del proceso de atención, especialmente durante el proceso de admisión y las fases de consentimiento informado, confirmar la identidad del paciente mediante la verificación de su nombre completo, fecha de nacimiento, número de registro de salud (u otro identificador único) y procedimiento planificado, con el paciente, tutor legal, o cuidador.	A lo largo del proceso de atención, especialmente durante el proceso de admisión y las fases de consentimiento informado, confirmar la identidad de los pacientes mediante la verificación de su nombre completo, fecha de nacimiento, número de registro de salud (u otro identificador único) y el procedimiento previsto con el paciente, su tutor legal o cuidador.	Sugerido
PPSR-005	Por parte de los departamentos perioperatorios: monitorear, utilizar para planificar la mejora y compartir internamente los indicadores clave de calidad relevantes para su actividad para facilitar la mejora de la calidad.	Por parte de los departamentos involucrados en cirugía tener mediciones clave y compartir datos que respalden la mejora de la calidad de la atención.	Sugerido
PPSR-006 	Realizar por parte del hospital auditorías continuas de los procesos de atención, cumplimiento de las directrices y resultados, las cuales serán compartidas con todo el equipo multidisciplinario.	Veerifica regularmente en el hospital si la atención brindada sigue las pautas y produce buenos resultados para los pacientes. Compartir estos hallazgos con su equipo.	Recomendado
PPSR-007 	Se realizan análisis periódicos y sistemáticos de incidentes graves, acontecimientos adversos y reclamaciones para aprender de ellos y evitar que se repitan. Los pacientes también participan en el proceso y reciben información oportuna y transparente.	Examinar de forma regular y cuidadosa las quejas por parte del hospital, los accidentes y los daños prevenibles para comprender qué sucedió y evitar que vuelva a suceder. Los pacientes también participarán en la identificación de problemas potenciales, y el hospital se asegurará de brindarles actualizaciones oportunas y transparentes sobre lo que está haciendo el hospital para abordar el problema.	Sugerido
PPSR-008	Tener fácilmente disponibles las ayudas cognitivas o los manuales para gestionar escenarios de crisis.	Disponer de herramientas o manuales de recordatorio disponibles en caso de emergencias.	Sugerido
PPSR-009 	Los miembros del equipo de atención médica involucrados deben recibir apoyo práctico y psicológico inmediato, según sea necesario, como parte de un programa de segunda víctima después de un evento adverso grave. También se les debe invitar a participar en la conversación de aprendizaje lo antes posible.	Para ayudar a sobrellevar la situación cuando ocurre un daño inesperado grave en la atención médica, lo que también afecta a los miembros del equipo involucrados, es importante brindarles apoyo inmediato, tanto práctico como emocional (llamado "plan de la segunda víctima"). También se les debe invitar lo antes posible para que hablen sobre lo sucedido y compartan lo que aprendieron de la experiencia.	Sugerido

PPSR-010	Establecer por parte del hospital procedimientos para reuniones multidisciplinarias de morbilidad y mortalidad.	Tener un plan en el hospital para que el personal clínico se reúna y discuta los casos de pacientes que han sufrido complicaciones o muerte durante su atención.	Sugerido
PPSR-011	Contar los hospitales con documentación aprobada que determine los niveles seguros de dotación de personal para los equipos quirúrgicos, incluidos los planes de contingencia para evitar la escasez de personal. Se realizarán revisiones anuales del cumplimiento de las normas.	Establecer planes en el hospital para determinar cuántas personas deben estar en un equipo quirúrgico para asegurarse de que todos estén seguros. También, disponer de planes de emergencia en caso de que el equipo no tenga suficiente personal. Revisar anualmente el seguimiento de estos planes.	Sugerido
PPSR-012	En la cirugía de alto riesgo, la atención en el quirófano debe estar a cargo de un equipo quirúrgico completo compuesto, como mínimo, por un anestesta consultor, un cirujano consultor y una enfermera capacitada en el quirófano.	Tener presente en la sala de operaciones, para cirugías o pacientes con alto riesgo de complicaciones, un equipo quirúrgico completo. Este equipo debe estar compuesto por al menos un anestesta consultor, un cirujano consultor y una enfermera capacitada para trabajar en el quirófano.	Sugerido
PPSR-013	En cada lugar donde se administra anestesia, siempre disponer de un asistente de anestesia dedicado y capacitado (como una enfermera anestesta, un médico del departamento de operaciones o equivalente) disponible en caso de que sea necesario, incluso si el procedimiento de anestesia lo realiza un anestesiólogo.	Disponer, en cada lugar donde se administra anestesia, de alguien que esté capacitado para ayudar al anestesiólogo, como una enfermera anestesióloga o un practicante del departamento de operaciones. Aunque el anestesiólogo sea el que administre directamente la anestesia, tener siempre un asistente.	Sugerido
PPSR-014	Contar en los centros de recuperación, como la UCI, la PACU y las salas de posoperatorio, con un número suficiente de enfermeros con capacitación avanzada en dolor, así como apoyo anestésico y quirúrgico adecuado, incluidos servicios especializados en medicina del dolor, hasta que los pacientes cumplan con los criterios de alta acordados.	Contar las instalaciones de recuperación (como las unidades de cuidados intensivos, las unidades de cuidados posanestésicos y las salas de posoperatorio) con suficientes miembros del equipo de atención médica, como personal de enfermería especializado en el tratamiento del dolor, hasta que el paciente esté lo suficientemente bien como para dejar el hospital.	Sugerido
PPSR-015	Tener disponible el siguiente equipo en todos los sitios donde se administre anestesia. Incluso durante un escenario de sedación consciente, el equipo mencionado estará disponible en caso de que se requiera convertir en anestesia general debido a un evento	Tener disponible todo el equipo adecuado cuando un paciente necesite anestesia o sedación. Este equipo debe incluir, entre otros, una máquina para monitorear la actividad cardíaca, una máquina para medir cuánto oxígeno hay en la sangre, una máquina para	Sugerido

	adverso: 1. Electrocardiógrafo continuo; 2. Oxímetro de pulso; 3. Monitor de presión arterial no invasivo; 4. Un monitor neuromuscular cuantitativo para guiar la dosificación y la reversión de los agentes bloqueantes neuromusculares; 5. Equipo de medición y calentamiento de la temperatura corporal del paciente; 6. Monitoreo de la profundidad de la anestesia; 7. Un dispositivo para mostrar la presión de las vías respiratorias siempre que se utilice ventilación con presión positiva, con alarmas que adviertan si la presión de las vías respiratorias es demasiado alta o demasiado baja; 8. Analizador de gases para oxígeno, anestésicos volátiles y capnógrafo; 9. Desfibriladores y equipos para estimulación cardíaca externa; 10. Equipo de posicionamiento; 11. Equipo necesario para la administración de un anestésico libre de volátiles; 12. Suficientes bombas de infusión y jeringas (inyecciones) para medicamentos de alto riesgo; 13. Equipos para el manejo de pacientes con vía aérea difícil, incluyendo videolaringoscopia; 14. Dispositivo de vacío; 15. Dispositivo de infusión rápida para el manejo de hemorragias mayores; 16. Equipos de imagen por ultrasonido para acceso vascular y anestesia regional; 17. Otros equipos de anestesia regional, incluidos los estimuladores nerviosos de anestesia.	medir la presión arterial, una máquina para ayudar a que el aire entre y salga de los pulmones, una máquina de ultrasonido y equipo para ayudar con el manejo del dolor.	
PPSR-016	Tener disponibles el laboratorio in situ o el diagnóstico en el punto de atención para gases sanguíneos, electrolitos séricos, tiempo de coagulación activado, análisis tromboelastográfico y de función plaquetaria para permitir el manejo seguro de los pacientes durante los	Disponer siempre de un laboratorio cerca para analizar rápidamente la sangre del paciente en caso de un sangrado de alto riesgo durante la cirugía. Las pruebas pueden incluir el diagnóstico de diferentes niveles químicos en la sangre y cómo de bien la sangre es capaz de coagular.	Sugerido

	procedimientos quirúrgicos de alto riesgo de sangrado en el quirófano.		
PPSR-017 	Utilizar un listado de verificación para comprobar diariamente el equipo de anestesia. Las revisiones deben incluir fugas en el circuito de la máquina de anestesia y posibles daños o mal funcionamiento de los dispositivos eléctricos.	Revisar diariamente el equipo de anestesia mediante una lista de verificación para velar por el correcto funcionamiento tanto del circuito respiratorio como de los componentes eléctricos.	Sugerido
PPSR-018 	Dentro de la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) tener disponible un mínimo de: 1. Instalaciones para el lavado de manos; 2. equipo y medicamentos para el manejo de la vía aérea y equipo de vía aérea difícil de fácil acceso; 3. dispositivos para ventilación manual con oxígeno; 4. pulsoximetría y capnografía; 5. monitorización hemodinámica básica; 6. un medio para medir la temperatura corporal; 7. medicamentos de emergencia y medios para administrarlos por vía intravenosa o inhalada; 8. fácil acceso a un desfibrilador.	Tener equipada la Unidad de Cuidados Postanestésicos, donde el paciente suele recuperarse inmediatamente después de la cirugía, con varios dispositivos y equipos para ayudar a monitorear y manejar a los pacientes después de la cirugía. Estos incluirán al menos instalaciones para lavarse las manos, equipos para controlar las vías respiratorias y la respiración del paciente, la actividad del corazón, equipo de monitoreo de temperatura y sangre, medicamentos que podrían ser necesarios en caso de emergencia y una máquina que pueda ayudar a reiniciar el corazón si se detiene.	Sugerido
PPSR-019 	Inspeccionar y mantener periódicamente el equipo médico. Establecer un plan de reemplazo y llevarse a cabo de manera oportuna.	Revisar regularmente el equipo médico y, si es necesario, reemplazarlo oportunamente por equipo nuevo.	Sugerido

PPSR-020	Antes de la cirugía, discusión por parte del equipo multidisciplinario la estrategia quirúrgica óptima de opciones de terapia difíciles y pacientes con comorbilidad grave en función de su estado clínico, comorbilidades, riesgo de sangrado y la experiencia del equipo.	Antes de la cirugía, por parte del equipo de médicos y profesionales de la salud, reunirse y analiza el mejor enfoque quirúrgico para cirugías difíciles y pacientes gravemente enfermos, en función de todas sus afecciones médicas, su estado de salud actual, su riesgo de sangrado y la experiencia del equipo.	Sugerido
PPSR-021	Para garantizar una comunicación eficaz y minimizar los malentendidos en el quirófano, estandarizar la comunicación verbal entre los miembros del equipo. Esto se puede lograr evitando suposiciones y asegurando que todos los miembros del equipo cierren explícitamente los ciclos de comunicación como parte de la cultura de comunicación.	Para evitar confusiones y errores en el quirófano, utilizar técnicas de comunicación explícitas y efectivas entre los miembros del equipo. Como parte de ello, todos deben indicar expresamente que han entendido lo que se ha dicho.	Sugerido
PPSR-022	Implementar un proceso para reducir las barreras a la comunicación efectiva; éste pueden incluir problemas de diseño de instalaciones, conversaciones irrelevantes, niveles de ruido, sociales (p. ej., estado, jerarquía), distracciones e interrupciones.	Desarrollar un plan para ayudar a las personas a comunicarse mejor. Esto incluye la eliminación de obstáculos, como la disposición de la sala, los ruidos fuertes, las charlas banales, las distracciones y las interrupciones.	Sugerido
PPSR-023 	Implementar un proceso de traspaso estandarizado para la transferencia de información del paciente entre individuos y equipos.	Implementar un plan para garantizar que todos tengan toda la información relevante sobre un paciente cuando la atención pasa a otra persona o equipo.	Recomendado
PPSR-024 	Adoptar y utilizar por parte de todo el equipo quirúrgico una lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS adaptada localmente, o equivalente (p. ej., SURPASS), que aplique herramientas de ayuda a la memoria.	Utilizar en el hospital una lista de verificación de seguridad especial y herramientas de memoria para cirugías para asegurarse de que todos los miembros del equipo quirúrgico recuerden qué hacer para mantener seguros a los pacientes.	Recomendado

PPSR-025	Poder solicitar cualquier miembro del equipo perioperatorio una pausa de seguridad para abordar las inquietudes de de ésta, lo que implique identificar el problema, solicitar una pausa y comunicar la inquietud, resolver el evento con una respuesta del equipo, discutirlo durante el proceso de información e identificar oportunidades para mejorar la atención al paciente.	Poder solicitar una "pausa de seguridad" si alguien del equipo perioperatorio está preocupado por la seguridad del paciente. Esto significa que se detienen y discuten la situación con todos los miembros del equipo para resolver el problema antes de continuar con la cirugía. Después de la cirugía hablar sobre lo sucedido y cómo poder mejorar la próxima vez.	Sugerido
PPSR-026	Documentar y actualizar continuamente los datos de los pacientes y la información clínica en un formato estandarizado, ya sea escrito a mano o en formato electrónico, y estar disponibles para futuras consultas.	Escribir en papel u ordenador toda la información importante sobre la salud y la atención del paciente de manera que sea fácil de entender y seguir y esté disponible para atención futura.	Sugerido
PPSR-027 	Proporcionar a los pacientes y cuidadores información personalizada comprensible y completa verbal y escrita al momento del alta. Esta información también se proporcionará a los proveedores de atención primaria de salud y sociales comunitarios para garantizar la continuidad de la atención con especial énfasis en los cambios de medicamentos y la prescripción.	Proporcionar a los pacientes cuando abandonen el hospital toda la información que necesiten de forma fácil de entender y adaptada individualmente. Esta información también se proporcionará a otros proveedores de atención y cualquier servicio comunitario que pueda estar involucrado en su atención. La parte más importante de esta información será sobre el estado actual de los medicamentos. Esto es para asegurarse de que todos los involucrados en la atención del paciente estén informados y puedan continuar brindando la mejor atención posible.	Recomendado
PPSR-028	Compromiso de los pacientes, sus cuidadores y familiares con su propia seguridad durante todo el proceso de atención. Que los pacientes reciban información y orientación sobre cómo garantizar su propia seguridad.	Compromiso de los pacientes, sus cuidadores y familiares con su propia seguridad durante todo el proceso de atención. Los pacientes recibirán información y orientación sobre cómo garantizar su propia seguridad.	Sugerido
PPSR-029 	Empoderamiento de los profesionales de la salud y los pacientes para implementar un enfoque de toma de decisiones compartida a lo largo del proceso de atención, considerando las preferencias de los pacientes. Este proceso debe incluir la discusión preoperatoria de los hitos y los criterios de alta con los pacientes, la discusión de los riesgos y beneficios, y la	Empoderamiento de los profesionales de la salud y los pacientes para implementar un enfoque de toma de decisiones compartida a lo largo del proceso de atención, considerando las preferencias de los pacientes. Este proceso debe incluir la discusión preoperatoria de los hitos y los criterios de alta con los pacientes, la discusión de los riesgos y beneficios, y la	Sugerido

	provisión asegurada de información integral, comprensible para los legos y accesible para los pacientes.	provisión asegurada de información integral, comprensible para los legos y accesible para los pacientes.	
PPSR-030	Disponer de un teléfono de atención las 24 horas para que los pacientes consulten en caso de complicaciones postoperatorias. Siempre habrá un profesional de la salud disponible para responder la llamada.	Disponer de un número de teléfono al que los pacientes pueden llamar las 24 horas del día si tienen algún problema o inquietud después de la cirugía. Un trabajador de la salud siempre estará allí para contestar el teléfono y ayudarlos.	Sugerido
PPSR-031	Utilizar los sistemas basados en evidencia para identificar pacientes quirúrgicos de alto riesgo que requieran una evaluación preoperatoria adicional basada en: - Edad; - comorbilidad; - Historial de medicamentos y alergias; - Tipo de cirugía, incluido el riesgo de dolor posquirúrgico intenso; - Demencia o disfunción cognitiva; - Fragilidad; - Estado nutricional (a todos los pacientes sometidos a cirugía mayor se les realiza un cribado nutricional para mejorar la desnutrición detectada antes de la cirugía); - Factores de estilo de vida; - Factores psicológicos; - Estado funcional; - Dolor crónico.	Contar el hospital con herramientas para ayudar a identificar a los pacientes que necesiten más atención en la evaluación antes de la cirugía. Utilizar información sobre la edad, problemas de salud adicionales, medicamentos y alergias, el tipo de cirugía, el estado mental y psicológico, la fuerza corporal y el estado físico, la nutrición y los hábitos de vida.	Sugerido
PPSR-032 	Utilizar y documentar Escalas de Riesgo Quirúrgico validadas para morbilidad y mortalidad. Los resultados se compartirán con los pacientes para facilitar la toma de decisiones informadas.	Utilizar el hospital herramientas de evaluación para anticipar la aparición de problemas durante la cirugía. El equipo de atención médica documentará estos resultados y los compartirá con los pacientes. Esto ayudará a los pacientes y médicos a tomar mejores decisiones sobre si la cirugía es una buena idea o no.	Sugerido

PPSR-033	Tener indetificados a los pacientes de alto riesgo por el cirujano y darles prioridad en la programación de la cirugía. En caso de pacientes críticos, prever un ingreso preoperatorio para estabilizar y optimizar su estado si es necesario.	Identificar por parte del cirujano a las personas con alto riesgo de complicaciones durante la cirugía y darles prioridad para la misma. Si alguien está muy enfermo, puede ser ingresado en el hospital para estabilizar u optimizar su enfermedad antes de la cirugía.	Sugerido
PPSR-034 	Realizar una evaluación temprana de todos los pacientes, ya sea en persona o virtualmente, antes de la anestesia para permitir la optimización de su condición. En los casos en que haya transcurrido un período significativo entre la preevaluación y la fecha de la cirugía, realizar una reevaluación.	Antes de que alguien sea anestesiado, realizar una evaluación en persona o virtualmente para verificar su salud y asegurarse de que la persona esté lo más saludable posible antes de la cirugía. Se hará esto tan pronto como sea posible y nuevamente si ha pasado demasiado tiempo desde la primera verificación.	Sugerido
PPSR-035	Establecer políticas o pautas preoperatorias por escrito, que incluyan pero no se limiten a: -Optimización y manejo de medicamentos regulares; -Exámenes preoperatorios y exploraciones complementarias; - Órdenes preoperatorias para posibles transfusiones de sangre; -Horarios de ayuno preoperatorio.	Establecer reglas o instrucciones escritas para el período anterior a la cirugía del paciente. Estas reglas incluirán aspectos tales como la forma en que se deben administrar los medicamentos regulares del paciente antes y después de la cirugía, qué tipo de pruebas o controles médicos se deben realizar antes de la cirugía, adelantar las necesidades de transfusión de sangre del paciente durante la cirugía y el momento en que el paciente necesita dejar de comer y beber antes de la cirugía.	Sugerido
PPSR-036	Proporcionar una evaluación y tratamiento preoperatorios más profundos, si las cirugías electivas pueden retrasarse, en ciertas situaciones clínicas, que incluyan: síndrome coronario agudo en pacientes programados para cirugía no cardíaca, accidentes cerebrovasculares grandes o múltiples y síntomas neurológicos graves, infecciones actuales no relacionadas con la cirugía planificada, tromboembolismos venosos actuales, anemia en pacientes de cirugía mayor y descompensación de patologías crónicas.	En el caso de que alguien necesite someterse a una cirugía electiva (una cirugía que se puede planificar), pero tiene ciertos problemas de salud, la cirugía podría retrasarse. El médico hará una evaluación cuidadosa y decidirá si es mejor esperar y tratar primero los problemas de salud. Algunos ejemplos de problemas de salud que podrían causar un retraso en la cirugía incluyen pacientes que acaban de sufrir un ataque al corazón y necesitan una cirugía no cardíaca, que han tenido accidentes cerebrovasculares graves u otros problemas neurológicos, una infección que no está relacionada con la cirugía planificada, coágulos de sangre, anemia (bajo nivel de hierro) o una enfermedad crónica (a largo plazo) que	Recomendado

		está empeorando y se someterá a una cirugía mayor.	
PPSR-037	Optimizar en el entorno de atención primaria siempre que sea posible los factores de riesgo preoperatorios como el abandono del hábito de fumar, la reducción de peso, el control de la diabetes o la anemia	Considerando que algunos pacientes necesitan mejorar su salud antes de la cirugía, que estos reciban ayuda para dejar de fumar, perder peso o controlar mejor su diabetes o anemia. Esto lo hará principalmente su médico general si es posible.	Sugerido
PPSR-038	Discuter y valorar durante la visita preoperatoria la necesidad de acompañamiento perioperatorio por parte de un familiar, traductor u otro trabajador de la salud. La decisión se basa en las preferencias y la viabilidad del paciente.	Antes de la cirugía, por parte del equipo de atención médica, analizar con los pacientes si desean que alguien, como un familiar, un traductor o un trabajador de la salud, esté con ellos durante la cirugía y la recuperación. Considerar las preferencias del paciente y si es posible tener a alguien con ellos durante ese tiempo.	Sugerido
PPSR-039 	Adaptar las pautas nacionales o internacionales de Recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) localmente a la atención preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria, actualizarlas regularmente e implementarlas lo antes posible (en algunos casos antes del diagnóstico confirmado) cuando corresponde.	Seguir en el hospital un conjunto especial de pautas llamadas Recuperación mejorada después de la cirugía, que se enfoca en la atención óptima antes, durante y después de la cirugía. Estas directrices se adaptarán localmente y se actualizarán periódicamente. Se utilizarán lo antes posible, a veces incluso antes del diagnóstico.	Sugerido
PPSR-040	Tener disponible el mismo estándar de atención perioperatoria y seguimiento para todos los pacientes quirúrgicos ambulatorios, independientemente del tipo de centro de tratamiento.	Para todos los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria, disponer del mismo nivel de atención quirúrgica y seguimiento, independientemente del tipo de centro médico que visiten.	Sugerido

PPSR-041	Después de la anestesia general o neuroaxial, transportar al paciente de manera segura a un lugar de recuperación o permanece en la sala de operaciones hasta que se recupere.	Trasladar, después de la cirugía, a los pacientes que reciben anestesia general o anestesia neuroaxial (es decir, cualquier anestesia inyectada alrededor de la médula espinal), de manera segura a una sala de recuperación o permanecer en la sala de operaciones hasta que se hayan despertado por completo.	Sugerido
PPSR-042	Contar en los hospitales con protocolos implementados y actualizados, capacitaciones y contar con las instalaciones necesarias para el manejo de los cuidados postoperatorios y los resultados no deseados frecuentes para cada tipo de operación.	Implementar por parte del hospital un plan de cómo manejar la atención y los resultados no deseados después de la cirugía. Este plan incluirá capacitación, instalaciones y protocolos actualizados para cualquier tipo de cirugía que realicen.	Sugerido
PPSR-043	Evaluar y documentar preoperatoriamente el riesgo de complicaciones respiratorias postoperatorias e implementar una estrategia específica para prevenir estas complicaciones, incluida la fisioterapia preoperatoria.	Antes de la cirugía, evaluar y anotar el riesgo de tener problemas respiratorios después de la cirugía y elaborar un plan para prevenir esos problemas. Una forma de prevenir los problemas respiratorios es la fisioterapia antes de la cirugía.	Sugerido
PPSR-044	Si el paciente se somete a cirugía ambulatoria con anestesia general o regional, darle de alta solo después de someterse a una evaluación exhaustiva para garantizar que cumple con los criterios de alta. Se proporcionará un plan de seguimiento y un adulto responsable debe estar disponible para ofrecer apoyo durante las primeras 24 horas después del alta.	Cuando los pacientes se someten a una cirugía bajo ciertos tipos de anestesia durante el día y no necesitan pasar la noche en el hospital, se los revisará para asegurarse de que estén listos para irse a casa. Antes de ir, se les dará un plan para su cuidado y alguien deberá estar con el paciente durante las primeras 24 horas después de irse para asegurarse de que esté bien.	Sugerido
PPSR-045 	Los servicios de Cuidados Críticos Extendidos están siempre disponibles y abarcan una serie de medidas, entre las que se incluyen: -El uso de un sistema de alerta de seguimiento y activación para identificar a los pacientes de riesgo; -Rápida derivación a expertos debidamente equipados; -Traslado oportuno a la UCI cuando sea necesario; -Facilitar el alta y la rehabilitación de los pacientes en cuidados críticos.	Tener servicios especiales llamados "cuidados críticos extendidos" que estén siempre disponibles. Estos incluirán: - Identificar a los pacientes que estén en riesgo de empeoramiento severo mediante el uso de un sistema de alerta temprana. - Conexión rápida con expertos que tienen el equipo adecuado, si fuera necesario. - Trasladar rápidamente a los pacientes a la unidad de cuidados intensivos si fuera necesario. - Permitir la mejoría física y la recuperación general de los pacientes para salir	Sugerido

		pronto de forma segura de la unidad de cuidados intensivos.	
PPSR-046	Garantizar la continuidad de la atención a través de protocolos establecidos sobre arreglos con proveedores esenciales de atención especializada fuera del sitio, incluidos farmacéuticos clínicos, dietistas, enfermeras de extensión, fisioterapeutas, atención mental y social.	Tener un plan claro para garantizar la continuidad de la atención mediante la posibilidad de enviar a los pacientes a profesionales de la salud fuera del hospital, como: farmacéuticos, dietistas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, profesionales de la salud mental y trabajadores sociales.	Sugerido
PPSR-047 	Adaptar el programa de rehabilitación a las necesidades y características individuales de cada paciente, con un enfoque específico dado a la fisioterapia respiratoria según sea necesario.	Diseñar un plan específico de rehabilitación para cada paciente que se esté recuperando de una lesión o enfermedad según sus necesidades. Esto incluye asegurarse de que reciban fisioterapia respiratoria para mejorar la respiración si es necesario.	Recomendado
PPSR-048	Implementar protocolos para garantizar una gestión confiable de los medicamentos, incluida la documentación precisa del historial de medicamentos al ingreso, los medicamentos de los pacientes utilizados durante la hospitalización, los recursos tecnológicos (códigos de barras, órdenes de prescripción informatizadas, automatización de farmacias, etc.), la revisión y gestión de existencias, el suministro, los controles de caducidad y acceso a personal de farmacia debidamente capacitado para gestionar cualquier escasez de medicamentos. El almacenamiento de medicamentos se organizará siguiendo consideraciones de seguridad: - Separación de medicamentos por nombre genérico y empaque; - Separación de medicamentos de alta alerta, con segregación sistemática de medicamentos para anestesia general y anestesia neuroaxial/bloqueos periféricos; - Proporcionar recipientes separados o separadores adecuados para todos los medicamentos; - Compartimentos de almacenamiento de etiquetas; - Use letras de hombre alto; - Usar nombres genéricos y de marca; - Coloque los contenedores de manera	Implementar protocolos para garantizar el manejo seguro y protegido de los medicamentos. Estos protocolos incluirán mantener un registro preciso de los medicamentos utilizados por el paciente durante su estadía en el hospital, usar tecnología como códigos de barras y pedidos computarizados para ayudar a administrar los medicamentos, verificar las fechas de vencimiento y tener personal de farmacia capacitado disponible para manejar la escasez de medicamentos. Los medicamentos se almacenan de una manera que prioriza la seguridad. Hay recipientes o separadores separados para los medicamentos; Los compartimentos de almacenamiento están etiquetados con letras de hombre alto y los medicamentos no se almacenan simplemente alfabéticamente. Los medicamentos de alerta máxima también se separan de otros medicamentos.	Recomendado

	que las etiquetas sean visibles; - Evitar el mero almacenamiento alfabético.		
PPSR-049 	Tener a todo el personal involucrado en la prescripción, dispensación, preparación, administración y seguimiento de medicamentos debidamente capacitado y, si es necesario, supervisado.	Capacitar y supervisar adecuadamente si es necesario a todos los miembros del equipo de atención médica involucrados en tratamientos con medicamentos.	Sugerido
PPSR-050 	Asegurar la administración de medicamentos de acuerdo con los siguientes principios de seguridad: 1. las órdenes verbales se minimizan y estandarizan; 2. se verifican las alergias y las posibles interacciones; la administración está documentada; 3. Se verifica la identificación del paciente, la dosis del medicamento, la ruta y el tiempo, la fuerza de concentración y la configuración de la bomba de infusión, si se usa.	Garantizar la seguridad de la administración de medicamentos evitando las órdenes verbales si es posible. Si se dan órdenes verbales, el lenguaje debe ser claro. Se deben verificar las alergias del paciente y las interacciones con los medicamentos, y se debe anotar la administración. Se debe verificar la identificación del paciente, la dosis del medicamento, el momento, la concentración y la forma de administración. Si el paciente usa una bomba de infusión, esto también debe verificarse.	Sugerido
PPSR-051	Utilizar medicamentos preparados previamente, como jeringas precargadas que contienen medicamentos de emergencia de uso común, ampollas estériles o bolsas preparadas previamente (es decir, dosis bajas de anestésico local mezclado con soluciones opioides para la analgesia regional). Si no están disponibles, utilizar soluciones de concentraciones estandarizadas del hospital.	Utilizar en el hospital medicamentos preparados previamente, como jeringas precargadas con medicamentos de emergencia o bolsas preparadas previamente con una mezcla de medicamentos para aliviar el dolor. El hospital también utilizará ampollas estériles, que son pequeños recipientes sellados que contienen medicamentos en su interior. Si no cuentan con estos medicamentos preparados, utilizar soluciones elaboradas en el hospital definidas a través de un protocolo.	Sugerido

PPSR-052 	Etiquetar y codificar por colores los medicamentos en infusiones y jeringas de acuerdo con el esquema de anestesia recomendado. Las preparaciones compuestas hechas fuera del campo estéril estarán claramente etiquetadas con la información de identificación del paciente, los nombres y las cantidades de todos los ingredientes, el nombre o las iniciales de la persona que preparó el compuesto, la fecha de preparación y la fecha y hora en que no se usará.	Tener etiquetados los medicamentos administrados a través de infusiones o inyecciones con información clara sobre la identificación del paciente, el nombre del medicamento, las cantidades de todos los ingredientes y quién lo preparó. Las etiquetas también incluirán la fecha de preparación y la fecha de caducidad. El color de la etiqueta sigue un esquema estándar que ayuda a los anestesiólogos a identificar fácilmente los diferentes medicamentos.	Sugerido
PPSR-053 	Cuando sea posible, evitar los medicamentos con nombres que suenan similares y apariencia similar (sonidos parecidos) y almacenarlos sistemáticamente por separado.	Evitar cuando sea posible los medicamentos con nombres o aspecto similar y almacenarlos por separado.	Sugerido
PPSR-054 	Utilizan para un solo paciente, los viales o dispositivos de dosificación de dosis única/uso único, desechando la medicación abierta o preparada no utilizada al final de los procedimientos.	Usar los envases de medicamentos de una sola vez para un solo paciente, y desechar cualquier medicamento sobrante o sobrante de un envase abierto después del procedimiento.	Sugerido
PPSR-055	Utilizar las conexiones específicas NR-Fit (ISO 80369-6) siempre que se realicen infusiones y bolos neuroaxiales, en lugar de conectores intravenosos Luer.	Cuando los profesionales de la salud administran medicamentos directamente en la médula espinal, utilizar conexiones especiales llamadas NR-Fit (ISO 80369-6). Estas conexiones NR-Fit están diseñadas específicamente para este tipo de procedimiento y son más seguras y menos propensas a causar conexiones incorrectas y la administración accidental de medicamentos por un error.	Sugerido
PPSR-056	Contar en el hospital con una estrategia de manejo de sangre del paciente (PBM), que implique identificar procedimientos de sangrado de riesgo moderado a alto antes de la cirugía, utilizar medidas preoperatorias y perioperatorias multidisciplinarias para conservar la mayor cantidad posible de sangre del paciente e implementar una transfusión restrictiva política basada en la condición clínica del paciente en lugar de un umbral fijo de hemoglobina.	Tener en el hospital un programa, llamado Manejo de sangre del paciente, para identificar procedimientos de sangrado de riesgo moderado a alto antes de la cirugía. Un equipo de diferentes especialistas trabajará en conjunto para utilizar los métodos disponibles para conservar la sangre antes y durante la cirugía. Solo realizarán transfusiones de sangre cuando sea necesario en función de la condición clínica del paciente, en lugar de depender solo de un nivel de hemoglobina específico.	Recomendado

PPSR-057 	Implementar los siguientes protocolos para todos los pacientes que reciban transfusión de sangre y hemoderivados: 1. Identificación del paciente; 2. Comprobación doble del tipo de sangre; 3. Momento y lugar de la transfusión; 4. Verificación del equipo; 5. Procedimientos administrativos de materiales, hemoderivados y medicamentos; 6. Seguimiento del paciente; 7. Documentación del proceso que asegure la trazabilidad de la transfusión; 8. Reportar problemas relacionados con la transfusión; 9. El transporte y distribución de sangre y componentes sanguíneos en todas las etapas de la cadena de transfusión debe realizarse en condiciones que mantengan la integridad del producto.	Seguir ciertos protocolos cuando un paciente recibe una transfusión de sangre. Estos protocolos incluyen: 1. Verificar la identidad y el tipo de sangre del paciente 2. Asegurarse de que el equipo sea el correcto y que el momento y la ubicación de la transfusión sean apropiados. 3. Procedimientos administrativos para el manejo de materiales, hemoderivados y medicamentos. 4. El paciente debe ser monitoreado de cerca durante la transfusión. 5. El proceso debe estar debidamente documentado para garantizar que todo sea rastreable. 6. También se debe informar cualquier problema que surja durante la transfusión. 7. La sangre y los componentes sanguíneos deben transportarse y distribuirse de manera que se mantengan seguros y se preserve su integridad.	Sugerido
PPSR-058	Adaptar e implementar localmente el protocolo multidisciplinario de transfusión masiva para permitir una intervención rápida y eficaz y la reducción de los efectos de la hipovolemia y la coagulopatía.	Tener en el hospital un plan llamado "protocolo de transfusión masiva multidisciplinario" para ayudar a los pacientes que han perdido mucha sangre. El plan ayudará a los médicos y enfermeras a actuar con rapidez y brinda a las personas el tratamiento adecuado para evitar que sangren. Este plan debe adaptarse a la instalación específica.	Sugerido
PPSR-059	Definir un mapeo del piso de la sala de operaciones para facilitar la logística segura y la esterilidad quirúrgica, dividiendo el área en cuatro zonas: campo estéril, vía de circulación, zona de equipos móviles y zona de anestesia.	Tener dividido el quirófano en cuatro áreas para que sea más seguro en las cirugías. Estas áreas son el campo estéril (donde se realiza la cirugía), el camino para que las personas se muevan, el área para el equipo que se puede mover y el área para el anestesiólogo. Esto mejora la esterilidad y la seguridad durante la cirugía.	Sugerido
PPSR-060 	Proteger las áreas quirúrgicas de la contaminación ambiental debido a renovaciones u otras obras de infraestructura.	Tener protegidas las áreas quirúrgicas de la contaminación ambiental debido a renovaciones u otras obras de infraestructura.	Sugerido

PPSR-061	Para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), el equipo perioperatorio aplica un conjunto protocolizado de procedimientos asépticos y antibióticos. Esto incluye la administración de un antibiótico sistémico en los 120 minutos previos a la incisión en cirugías de alto riesgo de ISQ y el uso de una solución de clorhexidina con alcohol para la preparación de la piel. Durante la intervención, el equipo tiene en cuenta la vida media del antibiótico y puede administrar una segunda dosis, pero evita prolongar su uso una vez finalizada la operación.	Para prevenir las infecciones durante la cirugía, el equipo perioperatorio tiene un plan que sigue. En caso de alto riesgo de infección, administran al paciente un antibiótico dos horas antes de la intervención para reducir el riesgo de infección y limpian la piel del paciente con una solución alcohólica especial. Durante la operación, el equipo puede administrar al paciente otra dosis de antibiótico, pero deja de hacerlo cuando termina la intervención.	Recomendado
PPSR-062 	Realizar todos los miembros del equipo perioperatorio la higiene de manos en cada paso indicado siguiendo las recomendaciones estándar. Antes de ponerse la bata y los guantes estériles, la preparación quirúrgica de las manos se realizará frotando con un jabón antiséptico adecuado y agua, o con un desinfectante de manos adecuado a base de alcohol.	A todos los miembros del equipo perioperatorio que laven las manos siguiendo pautas específicas para evitar la propagación de infecciones. Antes de ponerse ropa y guantes estériles, se lavarán las manos con agua y jabón o usarán un desinfectante para manos con base de alcohol.	Sugerido
PPSR-063	La glucemia se controla en el periodo perioperatorio en pacientes con riesgo de hiperglucemia, pacientes diabéticos y no diabéticos sometidos a cirugía mayor, para reducir el riesgo de infección quirúrgica. En caso necesario, se trata la hiperglucemia con el objetivo de alcanzar niveles inferiores a 150-180 mg/dL (8,33-10 mM).	Los niveles de azúcar en sangre se comprueban tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos sometidos a intervenciones quirúrgicas importantes antes, durante y después de la cirugía. Si los niveles son demasiado altos, se trata al paciente para reducir el riesgo de infección tras la intervención. El objetivo es mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de unos límites recomendados.	Recomendado
PPSR-064	Cambiar los guantes estériles para minimizar el riesgo de infección, después de cubrir y antes de manipular los implantes. Además, los guantes se cambiarán cuando haya una perforación macroscópica.	Para prevenir infecciones durante la cirugía, el equipo médico cambiará sus guantes estériles cuando necesiten manipular implantes o si los guantes tienen algún agujero visible.	Sugerido
PPSR-065	Antes de cerrar heridas en cirugías clasificadas como limpias-contaminadas, contaminadas o sucias, utilizar una bandeja de cierre estéril separada.	Cuando una cirugía implica un mayor riesgo de infección debido a que el sitio o la parte del cuerpo no se puede considerar estéril, usar un conjunto de herramientas por separado para cerrar la herida una vez finalizada la cirugía. Esto reduce el riesgo de infección.	Sugerido

PPSR-066 	Realizar una limpieza a fondo en el quirófano después de una cirugía contaminada y antes de una nueva cirugía, definida por estándares nacionales o internacionales adaptados localmente.	Después de una cirugía que involucra bacterias u otros gérmenes potencialmente dañinos, limpiar la sala de operaciones muy bien antes de que se realicen otras cirugías. El proceso de limpieza seguirá reglas específicas establecidas por las autoridades locales o nacionales.	Sugerido
PPSR-067 	Emplear técnicas asépticas estrictas, como desinfección de manos y precauciones de barrera, incluido el uso de batas estériles, guantes, gorros, máscaras que cubren tanto la boca como la nariz, paños para todo el cuerpo del paciente y protección para los ojos, durante la colocación del catéter venoso central para prevenir infecciones.	Entendemos que un "catéter venoso central" es un tubo largo y delgado que se inserta en una vena grande del cuerpo, generalmente en el cuello, el pecho o la ingle. Cuando un médico coloca un catéter venoso central, usar técnicas muy limpias como lavarse las manos y usar ropa especial como guantes, batas, máscaras y protección para los ojos para evitar que los gérmenes ingresen al cuerpo del paciente y causen una infección.	Sugerido
PPSR-068	Canulación de los catéteres vasculares periféricos en condiciones asépticas, los signos de flebitis se evaluarán diariamente.	Entendemos que un "catéter vascular periférico" es un tubo delgado y flexible que se inserta en una vena del brazo, la mano o el pie. Los catéteres venosos periféricos se insertarán con mucho cuidado, siguiendo pautas estrictas de limpieza. El sitio del catéter se revisará diariamente para detectar signos de inflamación.	Sugerido
PPSR-069	No usar los catéteres urinarios de forma rutinaria. Si se utilizan, deben colocarse y manipularse en condiciones asépticas.	Entendemos que un catéter urinario es un tubo delgado y flexible que se inserta en la vejiga a través de la uretra (el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo) para drenar la orina. Los catéteres urinarios no se utilizarán a menos que sean necesarios. Si se utilizan, los médicos y enfermeras se asegurarán de que todo esté limpio y estéril para prevenir infecciones.	Sugerido
PPSR-070	Diariamente, evaluar las indicaciones clínicas de los dispositivos invasivos, como vías venosas centrales, vías periféricas, catéteres, sondas nasogástricas y drenajes, para asegurar que se retiren rápidamente cuando ya no sean necesarios.	Verificar todos los días, por parte del equipo de atención médica, si los dispositivos médicos (como tubos o catéteres) que se encuentran dentro del cuerpo del paciente aún son necesarios. Si ya no son necesarios, eliminarlos inmediatamente.	Recomendado

PPSR-071	Siempre que es posible, la cirugía se realiza mediante técnicas mínimamente invasivas para minimizar el tamaño de la incisión y reducir el riesgo de complicaciones.	Siempre que sea posible, utilizar por parte de los cirujanos técnicas menos invasivas que involucren cortes más pequeños en la piel cuando realizan una cirugía en el abdomen para reducir el riesgo de complicaciones.	Recomendado
PPSR-072	Establecer los ajustes de alarma específicamente para cada paciente y procedimiento.	Personalizar las alarmas para cada paciente, según sus necesidades únicas y el tipo de cirugía. Las alarmas ayudan al equipo de atención médica a controlar los signos vitales del paciente y se aseguran de que todo transcurre sin problemas durante el procedimiento.	Sugerido
PPSR-073	Monitorear y mantener la profundidad de la anestesia dentro de los límites recomendados para evitar el despertar intraoperatorio y el delirio posoperatorio, especialmente cuando se usa anestesia intravenosa total o bloqueo neuromuscular.	Durante la cirugía, controlar de cerca por parte de los profesionales de la salud de cómo de bien se anestesia al paciente dentro de los límites recomendados. Hacer esto para asegurarse de que el paciente no se despierte durante la cirugía o se confunda y agite después.	Recomendado
PPSR-074	Durante la anestesia general, implementar una estrategia de ventilación protectora que consista en un volumen corriente de 6-8 ml/kg de peso ideal, uso individualizado de presión positiva al final de la espiración (PEEP) generalmente establecida por encima de 5 cm H ₂ O y aplicación de maniobras de reclutamiento.	Utilizar, durante la anestesia general, una estrategia de ventilación protectora para mantener seguros los pulmones del paciente. Esto incluye darle al paciente una cantidad específica de aire con cada respiración, mantener cierta presión de aire en las vías respiratorias al final de cada respiración (conocido como PEEP) y hacer ciertos ejercicios (llamados maniobras de reclutamiento) para mantener los pulmones funcionando bien.	Sugerido
PPSR-075	Supervisar y mantener la presión de insuflación durante la laparoscopia en el nivel más bajo necesario para el neumoperitoneo, siguiendo las instrucciones del cirujano principal. Los límites de presión de laparoscopia estándar generalmente recomendados son 12-15 mmHg para la presión del neumoperitoneo y 8-12 mmHg para la presión intraabdominal durante la cirugía. Sin embargo, estos límites de presión pueden variar según el estado del paciente y el tipo de cirugía que se realiza, y es posible que el cirujano o el anestesiólogo deban ajustarlos.	Durante la laparoscopia, un procedimiento para observar y realizar una cirugía dentro de la barriga (abdomen) con una cámara telescópica a través de un pequeño corte en la piel, verificar la cantidad de aire bombeado hacia el abdomen y mantener en el nivel más bajo posible necesario para tener una buena vista y espacio para trabajar, dependiendo de la condición del paciente o tipo de cirugía.	Recomendado

PPSR-076	El dantroleno es accesible dentro de los 10 minutos posteriores a los primeros signos de hipertermia maligna (HM).	Es importante tener disponible el medicamento dantroleno dentro de los 10 minutos posteriores a los primeros signos de una afección peligrosa llamada hipertermia maligna (una reacción grave a la anestesia). Esto es para asegurar un tratamiento rápido y prevenir complicaciones graves.	Sugerido
PPSR-077	Utilizar estrategias quirúrgicas y anestésicas intraoperatorias para reducir la incidencia del síndrome de implantación del cemento óseo.	Durante las cirugías ortopédicas que involucran el uso de cemento óseo, existe el riesgo de una condición llamada síndrome de implantación de cemento óseo. Para reducir este riesgo, los equipos quirúrgicos realizarán varios pasos durante la cirugía.	Sugerido
PPSR-078 	Establecer los siguientes procedimientos para la prevención de elementos quirúrgicos retenidos: 1. Procedimientos donde no se necesita o se necesita contar menos; 2. Qué artículos se van a contar; 3. Orden y agrupación de conteo; 4. Cuándo se deben realizar los conteos; 5. Minimizar el ruido, las distracciones y las interrupciones durante el conteo; 6. Acciones a emprender si hay una inconsistencia en el conteo; 7. Uso de exámenes radiográficos y/o tecnologías adicionales; 8. Reporte de problemas.	Tener ciertas reglas en el hospital para asegurarse de que no quede nada dentro del cuerpo de una persona después de la cirugía (por ejemplo, contando los materiales y herramientas empleados). Éstas incluyen: 1. Decidir cuándo está bien saltarse el conteo. 2. Decidir qué herramientas deben contarse. 3. El orden y agrupación del cómputo. 4. Averiguar cuándo contar las herramientas. 5. Tratar de mantener el área tranquila y libre de interrupciones mientras se cuentan las herramientas quirúrgicas. 6. Decidir qué hacer si las herramientas contadas no coinciden. 7. Usar rayos X u otras herramientas para asegurarse de que no quede nada dentro del cuerpo de la persona. 8. Reportar cualquier problema.	Suggested
PPSR-079	Para prevenir la debilidad residual y reducir las complicaciones respiratorias, se debe verificar la reversión del bloqueo neuromuscular mediante la obtención de una relación de tren de cuatro (TOF) mayor o igual a 0,9 en el músculo aductor del pulgar antes de la extubación durante la descarga anestésica.	Cuando a un paciente se le administra un medicamento para paralizar los músculos durante la cirugía, es importante asegurarse de que los efectos del medicamento desaparezcan antes de retirar el tubo de respiración. Los profesionales de la salud verificarán esto mediante el uso de una estimulación eléctrica llamada relación de tren de cuatro (TOF), que mide la actividad muscular. La relación TOF debe ser de 0,9 o superior, lo que significa que los músculos comienzan a funcionar normalmente de nuevo. Esto es importante porque si el paciente todavía está parcialmente paralizado	Recomendado

		cuando se retira el tubo de respiración, es posible que tenga problemas para respirar por sí mismo y podría desarrollar complicaciones.	
PPSR-080	Establecer e implementar el hospital protocolos para pacientes con mayor riesgo (por ejemplo, con obesidad, vía aérea difícil o diabetes mellitus) o con requisitos adicionales, que incluyan autoría clara, fecha de revisión y publicación, y supervisión de políticas gubernamentales.	Contar en el hospital con protocolos específicos para pacientes de mayor riesgo (p. ej., pacientes con obesidad, vía aérea difícil o diabetes mellitus) o que necesitan atención adicional. Estos protocolos incluyen información sobre los autores de los protocolos, la fecha en que se crearon, las fechas previstas para su revisión y las políticas de encuesta.	Sugerido
PPSR-081	Recibir los pacientes con fractura de cadera tratamiento quirúrgico lo antes posible, o dentro de las 36 horas siguientes al ingreso si no hay contraindicación.	Si alguien se rompe la cadera, someterla a cirugía lo antes posible, preferentemente dentro de las 36 horas posteriores a su llegada al hospital.	Sugerido
PPSR-082	Deben establecerse sistemas de monitorización y alerta desde la indicación quirúrgica para notificar rápidamente al personal responsable si se deteriora el estado de un paciente en espera de intervención.	Disponer de un sistema que permita que el personal del hospital a cargo sepa de inmediato si la condición de un paciente que está esperando una cirugía empeora repentinamente.	Recomendado
PPSR-083	Realizar el cribado de depresión en pacientes ancianos y de riesgo en los períodos preoperatorio y postoperatorio.	Verificar por parte del equipo médico, en los períodos previos y posteriores a la cirugía, si los pacientes mayores y los pacientes con riesgo de depresión se sienten deprimidos.	Sugerido
PPSR-084 	El manejo perioperatorio del paciente frágil implica una coordinación multidisciplinar, que incluye: 1. Servicios de terapia (intervenciones físicas, nutricionales y neuropsicológicas); 2. Servicios sociales; 3. Equipos de alta; 4. Médicos o geriatras expertos en fragilidad.	Disponer de un equipo de diferentes expertos que trabajen juntos atendiendo a pacientes frágiles (es decir, en un estado de debilidad, vulnerabilidad y con un funcionamiento físico y/o mental disminuido) antes, durante y después de la cirugía. Esto incluye terapeutas, trabajadores sociales, médicos que tengan experiencia en personas frágiles.	Sugerido

PPSR-085	El manejo perioperatorio de la terapia antiplaquetaria se basa en el riesgo trombótico de los pacientes, el riesgo de sangrado del procedimiento y está respaldado por las guías actualizadas.	Manejar antes, durante y después de la cirugía la medicación anticoagulante que previene la formación de coágulos de sangre de acuerdo con el riesgo de coagulación de la sangre y sangrado del paciente durante la cirugía. El equipo de atención médica usará pautas actualizadas para ayudarlos a tomar estas decisiones.	Sugerido
PPSR-086	Para minimizar el riesgo de aspiración pulmonar durante la cirugía, se recomienda a los pacientes que sigan las pautas de ayuno recomendadas para líquidos claros y un mínimo de seis horas para la ingesta de alimentos sólidos antes del procedimiento. Sin embargo, pueden existir excepciones basadas en la condición médica específica del paciente y el tipo de cirugía que se realiza.	Para reducir el riesgo de inhalar accidentalmente alimentos o líquidos durante la cirugía, se recomienda a los pacientes que eviten comer alimentos sólidos dentro de las seis horas previas a la cirugía, aunque se les permite tomar líquidos claros hasta algunas horas antes de la cirugía. Sin embargo, puede haber excepciones según el estado de salud del paciente y el tipo de cirugía, por lo que los pacientes siempre deben hablar con su proveedor de atención médica si tienen alguna inquietud o pregunta sobre el ayuno antes de la cirugía.	Sugerido
PPSR-087 	Tomar precauciones por parte del hospital para prevenir incendios mediante la identificación de peligros potenciales, incluidos los equipos eléctricos. Establecer prácticas de comunicación segura, medidas de prevención, planes de evacuación y estrategias para la extinción de incendios. Durante los procedimientos quirúrgicos que involucran las vías respiratorias del paciente y tienen un sistema de suministro de gas, como los que se realizan por encima del xifoides, tomar medidas especiales para prevenir incendios: - El cirujano notificará al anestesista antes de utilizar cualquier fuente de ignición cerca de la cara, la cabeza o el cuello. -El profesional de anestesia reducirá el suministro de oxígeno al mínimo requerido para evitar la hipoxia, confirmando que es seguro activar la fuente de ignición después de esperar unos minutos y evacuar cualquier mezcla de gas anestésico acumulada antes de usar una fuente de ignición en	Para prevenir incendios durante los procedimientos quirúrgicos, identificar por parte del equipo de atención médica posibles amenazas de incendio, incluidos los equipos eléctricos, y establecer planes seguros de comunicación, prevención, supresión y evacuación. Cuando la cirugía involucra la vía aérea del paciente y un sistema de suministro de gas, el hospital tomará ciertas medidas para prevenir incendios: -El cirujano informará al anestesista antes de usar cualquier cosa que pueda causar una chispa en el área de la cara, la cabeza o el cuello. -El profesional de la anestesia reducirá la cantidad de oxígeno entregado al paciente a la menor cantidad posible sin causar daño. -El anestesiólogo esperará unos minutos y luego confirmará que es seguro usar cualquier cosa que pueda provocar una chispa. -El anestesiólogo retirará cualquier mezcla de gas anestésico que se haya podido acumular antes de utilizar cualquier cosa que pueda	Recomendado

	o cerca de un oxígeno- entorno enriquecido.	provocar una chispa cerca de zonas ricas en oxígeno.	
PPSR-088	Las guías nacionales o internacionales para el manejo de la vía aérea difícil se adaptan e implementan localmente. Estas pautas incluyen una evaluación de riesgos, el uso de equipos específicos, estrategias de gestión y la documentación del evento para situaciones futuras.	Cuando es difícil establecer o mantener un pasaje abierto para ventilar adecuadamente los pulmones del paciente durante la cirugía, seguir las reglas que se usan a nivel nacional o internacional para manejar la situación por parte del equipo de anestesia. Estas reglas incluyen evaluar el riesgo, usar equipo especial, tener un plan para manejarlo y anotar lo que sucedió para que puedan estar mejor preparados en el futuro.	Sugerido
PPSR-089 	La evaluación, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de la toxicidad sistémica de los anestésicos locales (LAST) son cruciales. Para garantizar una intervención oportuna, los kits de rescate deben estar fácilmente disponibles, que contengan una emulsión de lípidos al 20 % y una ayuda cognitiva para su administración.	Es importante evaluar, supervisar, prevenir y tratar los efectos tóxicos de la anestesia local que pueden afectar a todo el cuerpo (llamados "toxicidad sistémica del anestésico local" o LAST). Para asegurarse de que los profesionales de la salud puedan intervenir rápidamente si es necesario, los kits de emergencia deben ser fácilmente accesibles. Estos kits deben contener una sustancia llamada emulsión lipídica al 20% que puede ayudar a revertir los efectos tóxicos de la anestesia, así como instrucciones sobre cómo aplicarla.	Sugerido
PPSR-090	Utilizar rutinariamente una profilaxis multimodal para náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) con base en una evaluación de riesgos, e implementar tratamientos de rescate oportunos con diferentes clases de antieméticos.	Después de la cirugía, los pacientes pueden sentir náuseas o vómitos. Para evitar esto, el equipo de atención médica identificará qué pacientes tienen un mayor riesgo y utilizará una combinación de métodos para reducirlo. Si un paciente experimenta náuseas o vómitos, se proporcionarán diferentes tipos de medicamentos lo más rápido posible.	Recomendado
PPSR-091	La hipotermia accidental perioperatoria se previene mediante la monitorización continua de la temperatura corporal y el calentamiento activo siguiendo guías actualizadas.	Antes, durante y después de la intervención, se comprueba cuidadosamente la temperatura corporal del paciente para garantizar que se mantiene dentro de los límites de seguridad. Si la temperatura corporal del paciente desciende demasiado, se utilizan medidas activas	Recomendado

		de calentamiento para que vuelva al nivel seguro.	
PPSR-092 	Evaluar para reducir el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), el riesgo de TEV en todos los pacientes y proporcionarles la tromboprofilaxis adecuada según las pautas actualizadas. Las medidas de tromboprofilaxis incluirán: -Tromboprofilaxis farmacológica y/o mecánica para pacientes y procedimientos con riesgo de TEV; -Continuación de la tromboprofilaxis farmacológica en el postoperatorio para pacientes con alto riesgo de TEV; -Medidas generales de tromboprofilaxis como deambulación temprana e hidratación óptima para pacientes con bajo riesgo de TEV; -Retraso en el inicio de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) de acuerdo con las guías después de procedimientos anestésicos regionales o procedimientos de alto riesgo de sangrado, si es necesario.	Establecer para todos los pacientes se les revise el riesgo de coágulos de sangre y se les dé el tratamiento adecuado si fuera necesario. Esto incluirá el uso de medicamentos y/o dispositivos especiales para prevenir la formación de coágulos de sangre en pacientes de alto riesgo. Se recomienda a los pacientes que caminen lo antes posible después de la cirugía y que beban muchos líquidos. La administración de medicamentos para prevenir los coágulos de sangre puede posponerse si un paciente se sometió a un tipo específico de cirugía con alto riesgo de sangrado.	Recomendado
PPSR-093	Para reducir la incidencia de complicaciones posoperatorias y acortar las estancias hospitalarias, utilizar la terapia hemodinámica dirigida por objetivos para evitar grandes fluctuaciones perioperatorias de la presión arterial. En pacientes de alto riesgo, este enfoque puede implicar el uso de monitores de gasto cardíaco para guiar la administración de volumen y terapia inotrópica.	Para reducir el riesgo de complicaciones y la estancia hospitalaria después de la cirugía, los profesionales sanitarios utilizarán una técnica denominada "terapia hemodinámica dirigida por objetivos". Esto significa que intentarán mantener estable la presión arterial del paciente durante la cirugía mediante el uso de monitores especiales para medir la cantidad de sangre que bombea el corazón y ajustar la cantidad de líquido y medicamento que se administra al paciente en consecuencia.	Recomendado
PPSR-094	Tener, en el área de recuperación, a los pacientes siempre monitoreados y nunca dejarles solos, al mismo tiempo que se garantiza que se respeta su privacidad y dignidad.	Después de la cirugía, los pacientes van a un lugar llamado área de recuperación. Aquí, siempre habrá alguien observándolos, por lo que nunca se quedan solos. Al mismo tiempo, respetar su privacidad y dignidad.	Suggested

PPSR-095	Emplear la ventilación con presión positiva no invasiva o la presión positiva continua en las vías respiratorias inmediatamente después de la extubación para pacientes hipoxémicos con riesgo de desarrollar insuficiencia respiratoria aguda después de una cirugía abdominal.	Utilizar, en pacientes con riesgo de problemas respiratorios después de una cirugía abdominal, un tratamiento que consiste en aplicar una presión suave en las vías respiratorias durante la respiración de la persona inmediatamente después de retirar el tubo de anestesia para respirar. Esto previene la dificultad para respirar y otros problemas respiratorios graves.	Sugerido
PPSR-096	Implementar, revisar y actualizar periódicamente los protocolos de control del dolor, que incorporan herramientas validadas de evaluación del dolor	Disponer el hospital de un plan para supervisar y tratar el dolor de un paciente después de la cirugía que se actualizará y mejorará periódicamente. Usar herramientas para ayudar a medir el dolor.	Sugerido
PPSR-097	Si se sospecha que un paciente tiene un trastorno respiratorio del sueño, controlar su respiración durante la noche mientras recibe opioides por vía intravenosa, incluso a través del tratamiento de analgesia controlada por el paciente.	Vigilar la respiración de los pacientes durante la noche si se cree que tienen problemas respiratorios mientras duermen, así como administrarles analgésicos a través de medicamentos similares a la morfina, incluso si se utiliza un sistema en el que el paciente pueda controlar la cantidad de medicamento que recibe, llamado analgesia controlada por el paciente.	Sugerido
PPSR-098 	Si no hay dudas acerca de la integridad o la función del tracto gastrointestinal después de la cirugía abdominal, evaluar a los pacientes para una deglución segura y considerar la ingesta oral lo antes posible dentro de las primeras 24 horas posteriores a la operación.	Si un paciente puede tragar sin problemas y su sistema digestivo funciona correctamente después de la cirugía abdominal, permitirle comer o beber lo antes posible dentro del primer día después de la cirugía.	Recomendado
PPSR-099 	Para prevenir el delirio postoperatorio en cirugías y pacientes asociados a alto riesgo de desarrollar trastornos cognitivos, implementar un paquete de estrategias que incluya: - Tamizaje con herramientas diagnósticas; - Educación dirigida a los profesionales de la salud sobre el delirio; - Intervenciones no farmacológicas multidisciplinarias y multicomponentes, como la actividad física diaria, la reorientación cognitiva y la presencia de un familiar al lado de la cama siempre que sea posible; - Mejora del sueño a través de protocolos de sueño no farmacológicos e higiene del sueño;	Disponer el hospital de un plan para prevenir la confusión y la desorientación después de la cirugía en pacientes que tienen un alto riesgo de desarrollar problemas mentales. Estas estrategias incluirán el uso de herramientas especiales para identificar rápidamente a estos pacientes, educar a los trabajadores de la salud sobre el problema y usar una variedad de técnicas para ayudar a la recuperación del paciente. Estas técnicas pueden incluir ejercicios para mejorar la fuerza y la función mental, esfuerzos para ayudar a los pacientes a dormir bien, atención especial a la nutrición e hidratación y manejo cuidadoso de los medicamentos. También se pueden	Recomendado

	-Movilidad temprana y rehabilitación física; -Adaptaciones para la discapacidad sensorial (por ejemplo, visual y auditiva); -Nutrición y reposición de líquidos; -El manejo del dolor; -Uso adecuado de medicamentos; -Oxigenación adecuada; -Prevención del estreñimiento y retención urinaria; -Minimización de las ataduras del paciente siempre que sea posible.	emplear otras estrategias para una recuperación temprana y exitosa.	
PPSR-100 	Las precauciones universales contra las caídas para los pacientes de riesgo no deben impedir la movilización postoperatoria precoz; el riesgo de caídas se evalúa al ingreso y en el postoperatorio.	Tomar medidas para prevenir caídas en pacientes con riesgo de caída, especialmente pacientes frágiles. Pero estos pasos no deben impedir que el paciente se mueva después de la cirugía. Los médicos comprobarán el riesgo de caídas cuando el paciente llegue por primera vez al hospital y durante su recuperación.	Sugerido
PPSR-101	Aplicar por parte de los equipos de atención médica intervenciones de múltiples componentes, incluido el uso de equipos adecuados, para prevenir y tratar úlceras por presión, escaras, lesiones oculares y lesiones nerviosas en pacientes quirúrgicos durante todo el período perioperatorio.	Los equipos de atención médica están utilizando múltiples métodos para prevenir y tratar lesiones debido a la presión contra el cuerpo del paciente, úlceras de decúbito, lesiones oculares y lesiones nerviosas en pacientes que se someten a cirugía. Esto incluye asegurarse de que utilicen el equipo adecuado.	Sugerido