



## COMPLEJO MÉDICO CHURRUCA-VISCA

### CIRUGIA SEGURA

#### COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Garea Mónica

#### SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Dra. Diéguez Roxana, Dra. Amato Alicia

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.

La calidad y seguridad en la atención son prioridades en todos los niveles y en todo el mundo. Asegurar que el cuidado sea brindado con estándares internacionales de calidad es un desafío que requiere el compromiso de todo el personal relevante en el campo de la medicina.

La calidad total busca la satisfacción permanente de las necesidades del paciente, por lo tanto el hospital debe fundamentalmente conocer cuáles son esas necesidades y diseñar en base a las mismas una atención que se ajuste a sus requerimientos.

El concepto de calidad total en salud tiene tres principios básicos:

- Todo esfuerzo debe estar dirigido al paciente
- Nada es mejor que trabajar en equipo de salud
- Todo lo que hacemos es susceptible de mejorar

Para instaurar una cultura de seguridad que involucre a cada uno de los integrantes de la organización, los líderes de la institución deben tener la convicción de que la seguridad no debe ser una consecuencia, sino una condición ineludible de la calidad. La cultura de la seguridad es un logro fundamental pero no sencillo de alcanzar, porque requiere un cambio

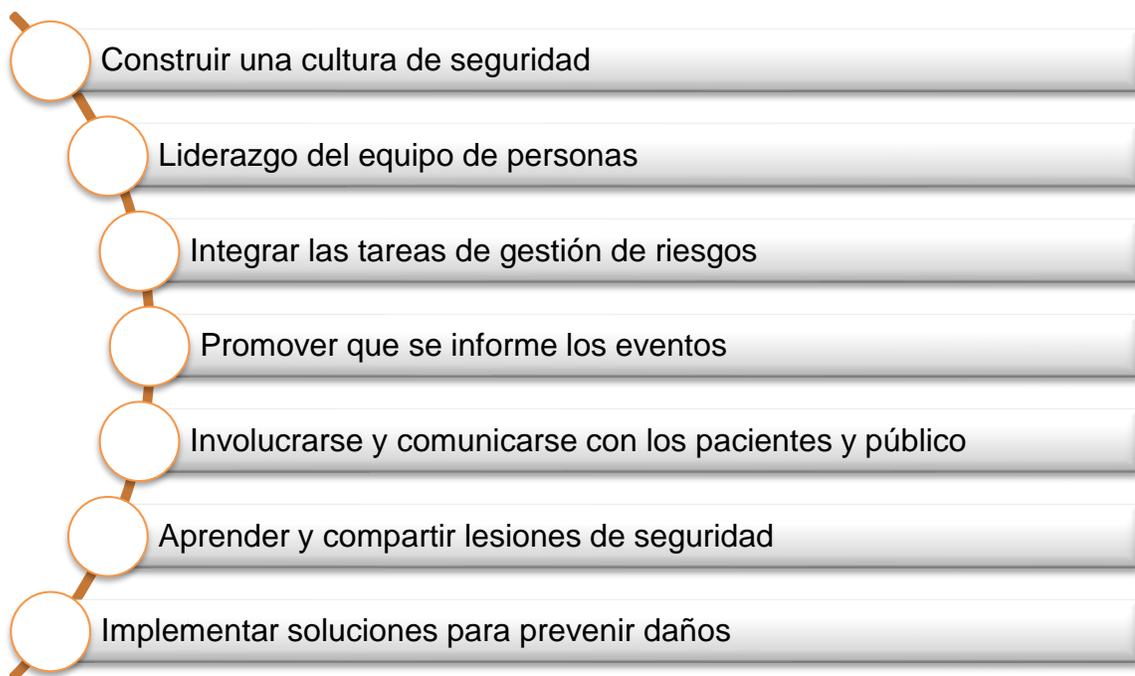
de paradigma, un pensamiento diferente y por lo tanto una mirada distinta, en la que el equipo de salud tenga plena conciencia que la actividad que desarrolla tiene un riesgo de dañar, si no se ejecuta con idoneidad y responsabilidad.

Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud donde los eventos adversos pueden estar relacionados con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos quirúrgicos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

El documento “La seguridad del paciente en siete pasos”, elaborado por la Agencia para la Seguridad del Paciente del Reino Unido, es una de las guías de referencia más difundidas para el conocimiento, desarrollo y consolidación de estrategias de seguridad.

Describe las facetas que las organizaciones deben seguir para mejorar la seguridad y contribuir a conseguir los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos.

Estos siete pasos, tomados de la Agencia Nacional para la Seguridad del paciente son:

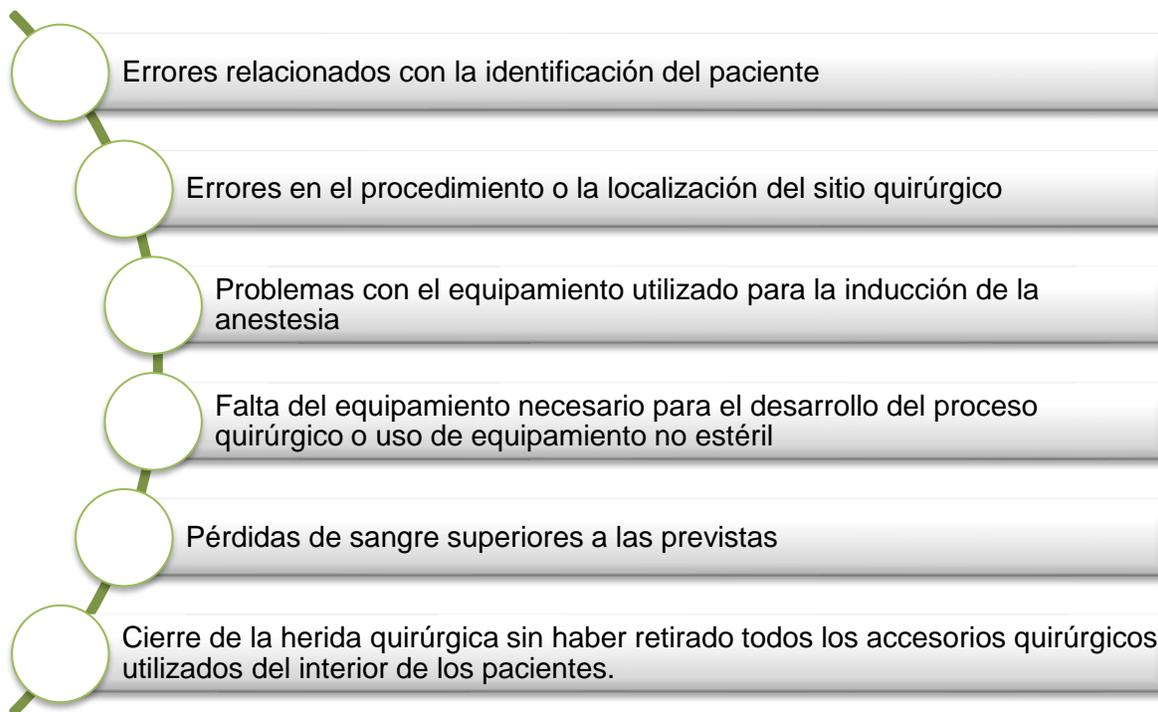


Construir y sostener una cultura organizacional de seguridad, requiere reconocer al paciente como sujeto principal de los procesos asistenciales.

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Sin embargo, ésta no está exenta de complicaciones asociadas.

Una revisión del año 2013 de 14 estudios que incluyen a 16.424 pacientes quirúrgicos, muestra que se produjeron eventos adversos en el 14,4% de los pacientes. El 3,6% produjeron la muerte, el 10,4% fueron graves, el 34,2% moderados y el 52,5% menores. Esta revisión sistemática estima que aproximadamente 1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible, la mayoría de los cuales están relacionados con el cuidado perioperatorio y no con errores de la técnica quirúrgica <sup>(1)</sup>.

Los incidentes sin daño o con daño (eventos adversos) asociados a la cirugía tienen que ver con los siguientes puntos:



Los errores de medicación constituyen uno de los principales problemas de seguridad de los pacientes quirúrgicos sobre todo en el ámbito anestésico. La **Declaración de Helsinki** sobre seguridad en anestesia recomienda que todas las instituciones proporcionen etiquetas específicas para marcar las jeringas que contienen medicación y que se administran durante la anestesia.

La complejidad de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos requiere de un equipo de trabajo coordinado para prevenir, en la medida de lo posible, estas complicaciones. Los listados de verificación quirúrgica se propusieron como una posible estrategia para prevenir las potenciales complicaciones derivadas de errores del equipo de trabajo que podrían ocurrir perioperatoriamente o durante el procedimiento quirúrgico en sí.

Entre los listados propuestos, se destacan los siguientes por su grado de utilización:

- ✓ **Organización Mundial de la Salud:** World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist.
- ✓ **La Joint Commission:** Joint Commission Universal Protocol (UP) for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.
- ✓ De Vries et al.: Surgical Patient Safety System (**SURPASS**) checklist.
- ✓ **North American Spine Society (NASS)** dentro del programa "Sign, Mark and Radiograph".



Luego de una revisión de la literatura científica para evaluar la efectividad, en términos de prevención de la morbi-mortalidad y seguridad del paciente; se concluyó que la implementación de listados de verificación quirúrgica, mejora significativamente los indicadores de seguridad del paciente (descenso en las tasas de acontecimientos adversos, de mortalidad y de infección de la herida quirúrgica). Además, este sistema también producía una mejora en la comunicación entre los miembros del equipo de trabajadores del quirófano <sup>(2)</sup>.

Un listado de verificación es una herramienta de ayuda en el trabajo diseñada para reducir los errores y asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea. En el campo de la medicina, los listados de verificación quirúrgica se han utilizado para prevenir errores y complicaciones que ocurren durante la cirugía o en el periodo perioperatorio.

Diversos estudios sugieren que el beneficio de los listados de verificación quirúrgica se debe a la reducción de los errores por diversas razones:

-  Asegurar que todas las tareas relevantes desde el punto de vista de la seguridad del paciente se realicen
-  Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo.
-  Potenciar la existencia de equipos de trabajo más transversales y con menos jerarquías.
-  Detectar errores en el menor tiempo posible y anticipar potenciales complicaciones.

## ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD

Buena parte de las tácticas para orientar los sistemas y procesos hacia prácticas más seguras podrían agruparse en actuaciones dirigidas a:



Reducir la complejidad mediante la disminución del número de actuaciones requeridas para el proceso y el número de opciones a seguir, como así mismo acotar los tiempos de ejecución.



Protocolizar actuaciones con elementos de ayuda para su aplicación, como checklists, que disminuyan la variabilidad individual y así no depender sólo de la memoria para la toma de decisiones.



Utilizar tecnologías que aporten ayuda efectiva en la aplicación de los protocolos y en la disponibilidad de información, teniendo especial esmero en no generar complejidad añadida <sup>(3)</sup>.



El listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS se creó dentro del programa titulado “La cirugía segura salva vidas” con el objetivo de mejorar internacionalmente la seguridad de los procesos quirúrgicos.

El listado se puso en vigencia en Junio de 2008 y se ha traducido, al menos a 6 lenguas diferentes.

Estructuralmente, se organiza en tres secciones diferentes:

- **Antes de la inducción de la anestesia:**

- ✓ **Identificación del paciente.**
- ✓ **Lugar de la cirugía con marcado y tipo de intervención.**
- ✓ **La verificación del correcto funcionamiento del equipamiento.**
- ✓ **Verificación de la medicación anestésica y la verificación de que el pulsioxímetro está colocado en el paciente y funcionando.**
- ✓ **Dificultades con la vía aérea o problemas de broncoaspiración.**
- ✓ **Disponibilidad de equipamiento necesario.**

- **Antes de la incisión quirúrgica:**

- ✓ **La presentación de los diferentes miembros del equipo quirúrgico.**
- ✓ **La revisión de los pasos críticos del procedimiento quirúrgico.**
- ✓ **La profilaxis antibiótica.**
- ✓ **Comprobar disponibilidad de material quirúrgico necesario y su esterilidad.**

- **A**

- ✓ **Verificación de los registros de los instrumentos.**
- ✓ **Etiquetado de los especímenes**
- ✓ **Estado de recuperación del paciente.**

El listado SURPASS (Sistema de Seguridad del Paciente Quirúrgico - Surgical Patient Safety System) es menos específico que el listado de la OMS, ya que el primero no menciona ningún proceso específicamente de cirugía (por ejemplo pulsioximetría, dificultades respiratorias, riesgo de hemorragia), aunque pregunta sobre la disponibilidad de derivados sanguíneos, presentación del equipo y anticipación de acontecimientos adversos <sup>(5)</sup>.

El Universal Protocol (UP), creado en 2004 por la Joint Commission para la prevención de los errores de localización del sitio quirúrgico, de procedimiento y de identificación del paciente quirúrgico; no es un listado de verificación en sí mismo, sino un listado de recomendaciones que ayudarían a generarlo. No posee efectividad para prevenir los errores de localización del sitio quirúrgico <sup>(5)</sup>.

El listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS es, sin embargo, el más utilizado a nivel internacional y la recomendación de uso adecuado constituye un aspecto prioritario del programa de cirugía segura.

## **OBJETIVO PRINCIPAL DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA:**



Listado de  
Verificación  
Quirúrgica

- Mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA:**

- 
- Crear una red colaborativa de equipos quirúrgicos que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y que compartan herramientas para fomentar la seguridad quirúrgica.
  - Promover la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico.
  - Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ en todos los hospitales y/o centros de salud.
  - Describir los incidentes relacionados con la cirugía y los evitados gracias a la aplicación de la LVQ.
  - Mejorar la aplicación de las medidas para prevenir el tromboembolismo asociado a la cirugía.
  - Implementar herramientas para el uso seguro de medicación en anestesia: etiquetado de medicación.

## **MEDIDAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO**

Las áreas de intervención preventiva, que se han considerado prioritarias son las siguientes:

- 1. Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.**
- 2. Aplicación de una profilaxis antibiótica adecuada.**
- 3. Prevención de los incidentes relacionados con la cirugía (cirugía/anestesia en sitio/paciente erróneo, errores de medicación, cuerpos extraños, etc.).**
- 4. Protocolización de la profilaxis tromboembólica en el paciente quirúrgico.**
- 5. Prevención de errores de medicación en quirófano mediante la protocolización del etiquetado de medicamentos.**

## **MEDIDAS RELACIONADAS CON LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO**

Estas medidas están orientadas a la mejora de la cultura de la seguridad y se basan en el reconocimiento de que los profesionales que están en la primera línea de atención son quienes tienen el mayor conocimiento sobre los riesgos de calidad y seguridad en sus unidades:

- 1. Evaluación de la cultura de seguridad**
- 2. Formación en seguridad del paciente**
- 3. Identificación de errores en la práctica habitual**
- 4. Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ por los profesionales.**

## **EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE LOS LISTADOS DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Distintos meta-análisis midieron específicamente la tasa de complicaciones y todos ellos constataron una reducción estadísticamente significativa con el uso de listados de verificación quirúrgica, entre el 11% y 36%.

La reducción en la tasa de mortalidad tras la implementación de los listados de verificación quirúrgica se analizó en otros cuatro meta-análisis, siendo en todos los casos estadísticamente significativa, entre el 9% y 62%.

Respecto a la morbilidad tres meta-análisis de cuatro, demostraron que la razón de riesgos para la infección de la herida quirúrgica osciló entre 0,54 y 0,62. Mientras que en el caso de la neumonía no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos meta-análisis que la analizaron <sup>(2)</sup>.

## **EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE LOS LISTADOS DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA SOBRE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE TRABAJADORES**

La evaluación de distintos meta-análisis evidenciaron que la mejora en la comunicación entre el equipo era uno de los puntos que los profesionales destacaban a favor del uso de listados de verificación quirúrgica juntamente con: la percepción positiva sobre la pertenencia al equipo quirúrgico, la mejora en la conciencia del equipo sobre el procedimiento quirúrgico, la percepción positiva del equipo sobre la mejora de la seguridad del paciente y la prevención de errores <sup>(2)</sup>.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO - METODOLOGÍA**

El LVQ divide la intervención en cuatro fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento:

- 1- **Antes de ingresar al quirófano: se realiza en el sector de internación**
- 2- **Previo a la inducción anestésica (Entrada).**
- 3- **Después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (“Pausa quirúrgica”)**
- 4- **Durante o inmediatamente después de cerrar la herida, es decir, antes de retirar el campo estéril, pero anterior a la salida del paciente de quirófano (Salida). Dividido a su vez en dos etapas:**
  - **Antes del cierre de la herida quirúrgica.**
  - **Antes de la salida del quirófano.**

## 1- ANTES DE INGRESAR A QUIRÓFANO:

Antes de ingresar al quirófano, la **enfermera de internación** deberá consignar los siguientes datos:

- ✓ Nombre y apellido
- ✓ Número de DNI
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Número de Historia Clínica
- ✓ Si se encuentra definido algún otro identificador se debe incluir
- ✓ Fecha y hora de la intervención
- ✓ Cirujano actuante
- ✓ Procedimiento a realizar
- ✓ Debe indicar la extracción de alhajas, elementos metálicos (piercing), esmalte de uñas.
- ✓ Baño pre-quirúrgico y vestimenta acorde al procedimiento quirúrgico que se va a realizar.
- ✓ Preparación intestinal en caso de ser necesario.
- ✓ Corroborar que la historia clínica posee los estudios prequirúrgico solicitados y la aplicación de vacuna antitetánica.



Se constata la presencia de la hoja preoperatoria, que debe ser completada antes del ingreso a quirófano por el plantel profesional que asiste al paciente y que se anexa al presente procedimiento como formulario preoperatorio.

Si la intervención se realiza para una urgencia, y no se cuenta con algunos de estos datos, se colocará en observaciones y en procedimiento se aclarará el nombre del mismo y su carácter de urgencia.

## 2- ENTRADA

La entrada ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, la presencia del **anestesista e instrumentadora circulante**, siendo aconsejable que esté también el **cirujano**.

Los controles de esta etapa son los siguientes:

➤ **El Gestor del listado (instrumentadora circulante/enfermera) repasará verbalmente con el paciente:**

- **Consentimiento informado:** confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia.
- **Confirmación de la identificación del paciente:** preguntándole al paciente y comprobando el brazalete (si disponible en el centro), localización quirúrgica y procedimiento.



➤ **Marca del sitio quirúrgico.** El gestor del listado ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención o ayudante designado ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador indeleble), en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles.

➤ **Chequeo de seguridad anestésica completado.** El gestor del listado rellenará este paso preguntando al anestesista sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

- Vía aérea
- Respiración (incluye oxígeno y agentes inhalatorios)
- Aspiración
- Drogas y dispositivos
- Medicación de emergencias
- Equipamiento

- **Presencia de pulsioxímetro en el paciente y su correcto funcionamiento.** El gestor del listado confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano, además de utilizar el sistema audible de alarma sobre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.
- **¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?:** El gestor del listado realizará ésta y las siguientes dos preguntas al anestésista. Primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así, cuál.
- **¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea?:** El gestor del listado confirmará verbalmente con el anestésista que ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado.
- **¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 cc de sangre?:** Se debe realizar esta pregunta, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre.
- **Chequeo de material quirúrgico específico:** El gestor del listado rellenará este paso comprobando la verificación de los controles de seguridad de material específico y que está en orden para su funcionamiento correcto. Debe así mismo verificar que la mesa dispone de los accesorios necesarios para la colocación del enfermo y prestar especial atención en la colocación de la placa paciente de la unidad electro-quirúrgica. Chequear tubuladura de CO<sub>2</sub> central o tubo y disponibilidad del mismo. Verificar funcionamiento de los componentes de la torre laparoscópica/histeroscópica. Si la cirugía fuera robótica, corroborar el funcionamiento de torre carro-paciente, consola de cirujano y carro-visión. Esta última se detallará en otro artículo.

Verificados todos los puntos enunciados, se completa la Entrada, y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

### 3- PAUSA QUIRÚRGICA

La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

- **Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes.** Si en el quirófano hay alguna persona desconocida, antes de comenzar con la “Pausa quirúrgica” se recomienda que cada uno se identifique a sí mismo por el nombre, y verbalice su papel durante la intervención. En caso de precisar colaboración de otros especialistas se confirmará que estos están presentes para su inmediata incorporación cuando sea preciso.



- **Cirujano, enfermera y anestesista confirman verbalmente la identidad del paciente, la localización, el procedimiento y la posición.** Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista, pedirá a todos en el quirófano que paren, y confirmen verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma, y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Corroborar la correcta posición de los miembros superiores e inferiores del paciente, como así también los medios de sujeción y apoyo (apoya cabeza, hombreras, perneras, bandas de sujeción, etc.). Prestar atención a los puntos de presión corporal, para evitar daño neural (por ejemplo lesión de plexo braquial, nervio cubital, etc). Respecto a la posición de Trendelenburg muy utilizada en la cirugía ginecológica, se debe considerar el uso de hombreras y evaluar la flexión y angulación de la cadera dado que un posicionamiento inadecuado puede causar lesiones en el nervio obturador y femorales. Las abrasiones corneales se han reportado como la complicación ocular más frecuente en el periodo operatorio.
- 
- **Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos.** Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el gestor del listado preguntará en voz alta durante la “Pausa quirúrgica” si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión.
  - **Visualización de imágenes esenciales:** Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones en la resección de muchos tumores.
  - **Anticipación (revisión de incidentes críticos).** La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. Para asegurar que

se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la “Pausa quirúrgica” el gestor del listado establecerá un diálogo con el cirujano, el personal de anestesia y el personal de enfermería acerca de los peligros críticos de planes de intervención. Durante los procedimientos de rutina, el cirujano simplemente expone “Este es un caso de rutina de X duración”, y luego pregunta al anestesista y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

- **El cirujano repasa:** cuáles son los pasos críticos, cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre.
  - **El anestesista repasa:** cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hay. En pacientes con riesgo de una pérdida importante de sangre u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación. El anestesista puede simplemente decir “No hay ninguna precaución especial en este caso.
  - **La instrumentadora repasa:** cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente. La instrumentadora debería confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente.
- **Otras verificaciones:** Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial, resultados de laboratorio o tipo de sangre.

## **4- SALIDA:**

La Salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Se inicia por el gestor del listado (**instrumentadora**), y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano y el resto del equipo abandone el quirófano.

El cirujano, el anestesista y la instrumentadora deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes, el plan del postoperatorio, y confirmar el etiquetado del espécimen (muestra) y el recuento de gasas e instrumental.

- **El cirujano repasa con todo el equipo:**

- **Qué procedimiento se ha realizado:** El procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas.
- **Los eventos intraoperatorios importantes:** Entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio.
- **El plan previsto:** En particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidado del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados.

➤ **El anestesista revisa con todo el equipo:**

- Los eventos intraoperatorios importantes.
- El plan de recuperación.

El gestor del listado deberá pedir al anestesista que revise en voz alta, cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca, y dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesista debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.

➤ **El gestor del listado (instrumentadora) revisa con todo el equipo:**

- El recuento de gasas, compresas, agujas e instrumental.
- La identificación de muestras (incluyendo el nombre del paciente).
- Los eventos intraoperatorios importantes/plan de recuperación.



Del mismo modo, se confirmará que el paciente ha iniciado la profilaxis de la enfermedad tromboembólica antes de la intervención (si esta estuviese indicada), si no es así se prescribirá la próxima dosis de heparina según indicación médica en las siguientes doce horas.

El último ítem del listado propuesto es un campo de texto libre con el nombre de "OBSERVACIONES": su finalidad es describir aquellos hechos, incidentes o dudas de relevancia que puedan servir para mejorar el LVQ en posteriores valoraciones.

---

## Previo al cierre de la herida quirúrgica

**El nombre del procedimiento realizado**

**El recuento de instrumental, gasas y agujas es correcto**

**Confirmación que el rotulado de las muestras es correcto**

**Confirmación verbal con el equipo si se detectaron problemas relacionados con el instrumental y los equipos**

---

---

## Luego del cierre de la herida quirúrgica

**Revisión de los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente (indicaciones post quirúrgicas).**

**Traspaso escrito de medicación post quirúrgica**

**Control de normotermia post operatoria**

**Antes de la salida del quirófano: parte quirúrgico completo y parte anestésico completo**

---

## LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

A continuación se anexan los formularios que incluyen los aspectos mencionados en el procedimiento y que deberán ser completados a modo de "Check List".

Estos formularios se integrarán a la historia clínica del paciente.

<b>HOJA PREOPERATORIA</b>			
Apellido y Nombres del Paciente:			Nº Historia Clínica
FECHA	HORA	Médico Cirujano:	
___/___/20___	___:___		
		SI	NO
1 - ¿El paciente se encuentra en ayunas no menor a 8 hs?			
2 - ¿Fue rasurado según indicación médica?			
3 - ¿Se realizó enema evacuante según indicación médica?			
En caso de ser afirmativo, anterior indicar el resultado positivo (+, ++, +++) o negativo.			
4 - ¿Se realizó higiene corporal con solución jabonosa de iodopovidona?			
5 - ¿El paciente está agrupado por hemoterapia?			
6 - ¿Hay pedido de sangre?			
7 - ¿Se realizaron exámenes de ECG?			
8 - ¿Se realizaron exámenes de Rx?			
9 - ¿Se realizaron exámenes de Laboratorio?			
10 - ¿Es alérgico a algún medicamento?			
11 - ¿Se aplicó profilaxis antitetánica?			
12 - ¿Se retiró y entregó a la familia (bajo firma): prótesis dentaria, anteojos, reloj, joyas o alianzas? (tachar lo que no corresponda)			
13 - ¿Se retiró el maquillaje y pintura de uñas?			
14 - ¿Va a quirófano con camisolín, gorro y botas quirúrgicas?			
15 - ¿Se envía a quirófano los estudios? (Rx, laboratorio, ECG, etc.)			
16 - Control de signos vitales pre - quirúrgico:			
T/A: ___/___ mmHg	FC: ___/min	FR: ___/min	Tº Axilar: _____
Firma y aclaración de Enfermero:			
Firma y aclaración del Supervisor:			

COMITÉ DE DERECHOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA		
Apellido y nombre del paciente	Piso	Cama
N° de historia clínica	Fecha	

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA		
	SI	NO
<b>El paciente ha confirmado</b>		
• Su identidad		
• ¿Ayuno?		
• Lugar del cuerpo		
• Tipo de Operación		
• Su consentimiento		
• Nombre del Cirujano		
<b>Verificar que los equipos y la medicación anestésica están completos</b>		
<b>Oxímetro de pulso colocado en el paciente y funcionando</b>		
• Asegurar el funcionamiento correcto		
• Evaluar las manos, dedos y uñas del paciente.		
• Uñas despintadas		
• Descontaminar dedos sensores del oxímetro.		
• Asignar a una persona para el control del oxímetro.		
<b>Tiene el paciente alguna alergia conocida</b>		
<b>Baño previo según protocolo</b>		
<b>Si requiere estudios previos , fueron realizados y están disponibles.</b>		
<b>Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración</b>		
<b>El equipo y la asistencia están disponibles</b>		
<b>Riesgo de pérdida de sangre</b>		
• 500 ml adultos		
• 7 ml/Kg en los niños		
• Tiene una vía de acceso endovenosa adecuada y los líquidos necesarios		
<b>Se ha administrado profilaxis con atb según protocolo en los últimos 60 min</b>		
<b>Si requiere cama en UTI verificar reserva</b>		

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA		
	SI	NO
<b>Todo el equipo quirúrgico está presente.</b>		
<b>El cirujano, el anestesista y la instrumentadora confirman:</b>		
• La identidad del paciente		
• Sitio quirúrgico		
• Tipo de Operación		
• Los materiales protésicos necesarios		
• Esterilidad del instrumental		
• Funcionamiento de todos los equipos necesarios		
• Control de decúbitos y fijación del paciente		
<b>Anticipación en los casos críticos</b>		
• El cirujano repasa duración de la operación y pérdida sanguínea		
• El anestesista repasa si hay algo que indique preocupación		
<b>ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO</b>		
<b>Antes del cierre de la herida la instrumentadora confirma verbalmente con el personal</b>		
• Nombre de la operación registrada		
• Recuento de instrumental , gasas y apósitos		
<b>Las muestras se han rotulado incluyendo</b>		
• Nombre del paciente		
• Fecha y hora		
<b>Posterior al cierre de la herida</b>		
<b>Traspaso escrito de medicación post quirúrgica</b>		
<b>Control de normotermia post operatoria.</b>		
<b>Antes de la salida del quirófano</b>		
• Parte quirúrgico completo		
• parte anestésico completo.		
<b>Firma y matrícula</b>	<b>Cirujano</b>	<b>Anestesista</b>
		<b>Instrumentador</b>

## CONCLUSIÓN

---

La seguridad del paciente se trata de una actividad compleja, dado que se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas.

La calidad y seguridad en la atención deberían ser prioridades en todos los centros de salud, junto con el compromiso de todo el personal en el campo de la medicina.

Para instaurar una cultura de seguridad del paciente los líderes de las instituciones deben tener la convicción de que esta temática no resulta una consecuencia, sino una condición ineludible de la calidad. La cultura de la seguridad requiere un cambio de paradigma y pensamiento, en la que el equipo de salud tenga conciencia que la actividad que desarrolla tiene un riesgo de dañar, si no se ejecuta con idoneidad y responsabilidad. Se debe considerar al paciente como sujeto principal de los procesos asistenciales.

El listado de verificación de seguridad quirúrgica, que se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, pretende ser una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. No es un instrumento normativo, está pensado como un instrumento práctico y sencillo de usar para los profesionales de la salud interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Existen diversos listados de verificación implementados, siendo el listado de la OMS el más sugerido y utilizado internacionalmente.

De la evaluación de diversos meta-análisis se ha concluido que la utilización de los listados de verificación quirúrgica, resultan efectivos en términos de prevención de la morbi-mortalidad y seguridad del paciente; mejorando significativamente los indicadores de seguridad. Además, este sistema mejora la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, la conciencia del equipo sobre el procedimiento y la prevención de errores.

Nuestra institución se ha adaptado a estas medidas sugeridas por la OMS y los distintos organismos internacionales, percibiendo el equipo quirúrgico una retroalimentación positiva.

Si bien la implementación de dichas medidas necesitó de un tiempo prudencial para planificar, ejecutar y educar; conforme transcurre el tiempo esta práctica se realiza con mayor fluidez y espontaneidad; resultando en una cirugía segura con menores errores en la ejecución de los procedimientos.

Se comprobó en nuestra experiencia que el uso del listado de verificación quirúrgica ha fomentado la cultura de la seguridad del paciente y se ha utilizado con éxito para evaluar riesgos y verificar acciones a corregir.

## ANEXO

---



# Haz segura la cirugía



Listado de verificación Quirúrgica



Para mejorar la seguridad de los pacientes, comprueba los ítems en cada momento:

- ✓ **Antes de la inducción de la anestesia**
- ✓ **Antes de la incisión**
- ✓ **Antes de que el paciente salga del quirófano**



## CIRUGÍA SEGURA

El Listado de verificación Quirúrgica como método para **EVITAR EVENTOS ADVERSOS**

- ✓ Identidad
- ✓ Sitio
- ✓ Fármacos
- ✓ Procedimiento
- ✓ Anestesia
- ✓ Cirugía
- ✓ Infecciones
- ✓ Consentimiento

UTILÍZALO, MARCA EL





## **BIBLIOGRAFIA:**

---

1. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Asociación Española de Cirujanos. Protocolo.
2. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Anexo 1. Características de los estudios que evalúan la efectividad de los listados de verificación quirúrgica. Autora: María Grau.
3. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Anexo 2. Indicadores de la estrategia cirugía segura.
4. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Anexo 3. Recomendaciones basadas en la evidencia.
5. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Anexo 7. Manual de utilización del listado de verificación quirúrgica.
6. Proyecto infección quirúrgica zero. Protocolo del Proyecto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fecha de revisión 3 de Noviembre de 2016.
7. Programa cirugía segura un reto para los profesionales del SNS. Víctor Soria Aledo. Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos
8. Las 5 medidas preventivas del proyecto infección quirúrgica zero. Juan Francisco Navarro Gracia. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche. 23-3-2017.