Protocolo Prácticas Quirúrgicas Seguras

Contenido

INTRODUCCIÓN 3

MARCO LEGAL 4

OBJETIVOS 4

ALCANCE 5

JUSTIFICACIÓN 5

RESPONSABLES 6

DEFINICIONES 7

DESARROLLO 7

BIBLIOGRAFIA 21

INTRODUCCIÓN

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Sin embargo, ésta no está exenta de complicaciones asociadas. Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas. Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse.

La OMS lanzó la campaña «Cirugía segura salva vidas» como respuesta al importante número de errores médicos que suceden en los procedimientos quirúrgicos en todo el mundo, y que en la mitad de los casos son prevenibles con medidas sencillas.

Es así, que a partir de Noviembre del 2013, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopta como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras las Normas Internacionales de la OMS, emitiendo bajo Acuerdo Ministerial disponer que la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", modificada para el ecuador, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente, esta lista recoge 19 ítems que permiten, de manera sistemática, revisar los aspectos que se han identificado como críticos para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos, esta herramienta permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias, Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Los incidentes sin daño o con daño (eventos adversos) asociados a la cirugía tienen que ver con errores relacionados con la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento utilizado para la inducción de la anestesia, falta del equipamiento necesario para el desarrollo del proceso quirúrgico o uso de equipamiento no estéril, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos utilizados del interior de los pacientes (p.ej. gasas, esponjas, etc.).

Eventos adversos relacionados con la cirugía que pueden condicionar consecuencias severas son el error de sitio/paciente, procedimiento quirúrgico, el trombo embolismo y la infección del sitio quirúrgico.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, el trabajo en equipo es un factor importante entre los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, en lo relacionado a la seguridad del paciente.

MARCO LEGAL

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, promueve la seguridad del paciente como una estrategia de gran notoriedad en la calidad en los servicios de salud. Para el efecto con fecha 7 de noviembre del 2013 adopta la "Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS", como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras, emitiendo el Acuerdo Ministerial No 00004499, el mismo que refiere lo siguiente:

"Art 2: Disponer que la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", el Manual de Aplicación de la Lista de la OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009" y Cirugía Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria)

Constitución de la República del Ecuador de 2008 (Artículos 3, 261, 280, 358, 359, 360. 361.362, 363, 364, 365 y 366).

Ley Nª 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial Nº 670 de 25 de septiembre del año 2002.

Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural.

Ley Nª 7 de Derechos y Amparo del Paciente de 3 de febrero de 1995.

OBJETIVOS

General:

Garantizar que el equipo quirúrgico cumpla en forma sistemática con las medidas de seguridad en los procesos quirúrgicos para minimizar los riesgos que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes sometidos a cirugías aplicando la lista de verificación de cirugía segura.

Específicos:

OBJETIVOS DE LA OMS PARA CIRUGIA SEGURA

1. Operar al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. Utilizar métodos para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
3. Prepararse para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea.
4. Prepararse para el caso en que se produzca una pérdida considerable de sangre.
5. Evitar provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
6. Utilizar métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
7. Evitar dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
8. Guardar e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas.
9. Comunicar eficazmente e intercambiar información sobre estado del paciente.

ALCANCE

El presente Protocolo será de aplicación obligatoria en toda cirugía a realizarse en el Hospital Padre Carolo "Un Canto a la Vida". Iniciando al ingreso del paciente al quirófano y finalizando con la salida del paciente del quirófano.

JUSTIFICACIÓN

La implementación del protocolo de cirugía segura, es una prioridad en la atención de salud ya que nos ayudará a evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos. Paro lo cual se ve la necesidad de implementar una herramienta como la hoja del check list previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles. La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación, está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. Se incluyen en éste protocolo cirujanos, anestesistas, personal de

enfermería, técnicos y demás profesionales de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. El cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente.

RESPONSABLES

Directora Ejecutiva:

Es responsable de destinar los recursos materiales, económicos, técnicos y humanos necesarios para prácticas quirúrgicas seguras.

Director de Salud:

Es responsable de aprobar la implementación del protocolo de cirugía segura.

Velar por el cumplimiento del protocolo por los profesionales de la institución.

Coordinador de Gestión de Calidad:

Es responsable de realizar funciones de supervisión relativas al cumplimiento del protocolo.

Monitorear y evaluar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura.

Receptar sugerencias para mejoramiento del protocolo de cirugía segura.

Personal de Enfermería:

Son responsables de aplicar y realizar la lista de verificación durante una cirugía.

Líderes de Enfermería de los servicios:

Son responsables de observar el correcto cumplimiento de la práctica quirúrgica segura, coordinar el llenado del listado de Verificación conjuntamente con los médicos cirujanos y médico anestesiólogo.

DEFINICIONES

EQUIPO QUIRÚRGICO: Comprende a los cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.

CIRUGÍA MAYOR: La que se refiere a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, comportando cierto riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad y en la que la preparación para el mismo, excepto en cirugía de emergencia, y su recuperación puede tomar varios días o semanas**.** Cualquier penetración de la cavidad corporal (cráneo, tórax, abdomen o extensas cirugías de extremidades.) es considerada una Cirugía Mayor.

CIRUGÍA MENOR: Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local con un período mínimo de observación postoperatoria.

DESARROLLO

Preparación del Paciente:

Se le debe informar al paciente de las medidas adoptadas para garantizar la seguridad en el quirófano y se le procederá a realizar las preguntas formuladas en el chek list.

Herramientas

Formulario: Listado de verificación de la seguridad de la cirugía.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Establece una comunicación verbal entre el equipo para confirmar que las normas de atención a seguir sean las adecuadas para cada paciente.

Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de la cirugía.

Se destinará a una persona encargada de coordinar y realizar los controles de seguridad de la lista de verificación durante la cirugía. El mismo que será la enfermera/o circulante.

La lista de verificación de cirugía segura será firmada por la persona responsable de su aplicación, el cirujano y el anestesiólogo.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el Manual de Normas Internacionales de la OMS (40), considerando además los siguientes aspectos

Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Lista de verificación de cirugía segura OMS adaptada (Anexo 4)
- Consentimiento quirúrgico informado.
- Consentimiento de anestesia.
- Consentimiento de transfusión sanguínea.
- Lista de verificación (pre-quirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.

MOMENTOS DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION SEGURA (LVCS)

En los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas, se aplicará Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En la misma se reflejarán los tres momentos durante la cirugía relacionados con el proceso de aplicación de la lista que incluye:

1. Entrada: antes de la inducción de la anestesia.
2. Pausa Quirúrgica: antes de la incisión cutánea.
3. Salida: antes de la salida del paciente del quirófano.

1. Entrada: anterior a la inducción de la anestesia

Se tendrá en cuenta la verificación de la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento verbal y escrito del paciente, el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, pulsoxímetro, capnógrafo, estado de la vía aérea, riesgo de aspiración y riesgo hemorragias. **En este momento es importante confirmar la reserva de hemoderivados con el laboratorio.**

1.1 Controles de seguridad antes de la inducción de la anestesia.

Se requiere la presencia del anestesista, el médico cirujano y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá llenar esta parte de una sola vez o secuencialmente; en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia.

- El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento:

  - ✓ El Coordinador, debe confirmar verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado, ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no estuviera presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento.

- Se ha demarcado el sitio quirúrgico:

  - ✓ El Coordinador de la lista, debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio se hará o no según la práctica local. No obstante, la delimitación sistemática del sitio puede ofrecer una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

- Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico:

  ✓ El Coordinador de la lista debe pedir al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación. El equipo de anestesia, debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

- Se ha colocado el pulsioxímetro en el paciente y funciona:

  ✓ El Coordinador de la lista, confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. Debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación.

- Tiene el paciente alergias conocidas:

  ✓ El Coordinador de la lista, debe dirigir esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, ¿cuáles? Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia, que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

- Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración:

- ✓ El Coordinador de la lista, debe confirmar verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva, si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado, ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia. Como parte de la evaluación de la vía aérea, también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe preparase para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

- Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños):

  - ✓ El Coordinador de la lista le debe preguntar al equipo de anestesia, si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no

comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia antes de la incisión cutánea, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.) En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia.

2. Pausa Quirúrgica: Antes de la Incisión Cutánea

Se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos. El equipo de enfermería y/o instrumentistas quirúrgicos, revisarán la esterilidad, el recuento inicial de material blanco e instrumental quirúrgico. **En este momento es imprescindible confirmar la administración de profilaxis antibiótica.**

2.1 Controles de seguridad antes de la incisión cutánea.

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe realizar controles de seguridad esenciales para confirmar el sitio quirúrgico.

- Se ha confirmado que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función:

  - ✓ Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo, requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

- **Se ha confirmado la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión:**

  ✓ El Coordinador de la lista u otro miembro del equipo, debe pedir a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica; y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría "Antes de proceder a la incisión" y añadiría "¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?". El anestesista, el cirujano y el enfermero circulante debe confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

- **Previsión de eventos críticos:**

  ✓ La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: "Este es un caso rutinario de X tiempo de duración" y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

- **Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos:**

  A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas, es más eficaz cuando se han alcanzado

concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador debe preguntaren voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis.

Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla "no procede" una vez confirmado verbalmente por el equipo.

Cirujano:

- Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados
- Cuánto durará la operación
- Cuál es la pérdida de sangre prevista

El objetivo mínimo de hablar sobre los "pasos críticos o no sistematizados", es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

Anestesiólogo:

- ✓ Presenta el paciente algún problema específico
- ✓ En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación. Especialmente, la intención de utilizar hemoderivados y cualquier característica o comorbilidad del paciente como enfermedades cardiacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc. que puedan causar complicaciones. Muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista

puede decir simplemente: "Este paciente no presenta problemas especiales".

Enfermería:

- ✓ Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)
- ✓ Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos
- ✓ El personal instrumentista, el personal que prepara el instrumental y el equipo necesario para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad, debe comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Este momento, ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención. Cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el personal circulante. En particular, aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: "Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.

- **Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales**

- ✓ Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores.
- ✓ Antes de la incisión cutánea, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador debe confirmar verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación.
- ✓ Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse.
- ✓ El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles.
- ✓ En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación.

En lo referente al conteo de material y equipo quirúrgico, remítase al Manual de Procedimiento respectivo.

3. Salida: antes de la salida del paciente del quirófano.

- Se verificará el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico
- El empaquetamiento del paciente
- Confirmar el procedimiento realizado
- Clasificación de la herida
- Toma de muestras (correcto etiquetado y señalar el tipo de examen)
- Problemas relacionados con el instrumental y los equipos**.**
- El equipo quirúrgico revisa los aspectos principales de la recuperación del paciente.

Estos controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano.

El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente luego de la operación.

Los controles puede iniciarlos el personal de enfermería circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano.
Pueden efectuarse de manera simultánea, por ejemplo, con el cierre de la herida. Las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

Si uno de los ítems dentro de los momentos que establece la lista **de verificación de cirugía segura es registrado como positivo,** debe ser comunicado inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para la toma de decisiones y posterior registro en la historia clínica. Toda decisión debe garantizar la seguridad del paciente.

- **El personal de enfermería confirma verbalmente:**

Nombre del procedimiento, puesto que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista debe confirmar con el cirujano y el resto del equipo, el procedimiento exacto que se haya realizado.

Puede hacerse a modo de pregunta:

- ✓ "¿Qué procedimiento se ha realizado?"

Puede hacerse a modo de confirmación:

- ✓ "Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?"

El recuento de instrumentos, gasas y agujas.

- ✓ El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico.

- **El personal de enfermería circulante o el instrumentista:**

- ✓ Debe confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas.
- ✓ En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental.
- ✓ Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

- **El etiquetado de las muestras**

- ✓ (lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente).
- ✓ La rotulación incorrecta de las muestras anatomo-patológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios.
- ✓ El personal de enfermería circulante, debe confirmar el correcto etiquetado de toda muestra anatomo-patológica obtenida durante la intervención, mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.

- ✓ Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien. Se debe evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema.
- ✓ El Coordinador de la lista, debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

- **Principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.**

✓ El cirujano, el anestesista y el personal de enfermería, deben revisar el plan de tratamiento y recuperación postoperatorio, centrándose en las cuestiones intra-operatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente.
✓ Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados.
✓ La finalidad de esta medida, es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

Con esta última medida, se completa la Lista de Verificación de la Seguridad.

La lista de verificación de Cirugía Segura, debe de manera obligatoria ser incluida en la Historia Clínica del paciente. Además, se debe mantener en Centro Quirúrgico, un registro de la ejecución de dicha herramienta por gestión de la calidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal. El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene". En el caso de procedimientos de salud de riesgo mayor el consentimiento informado debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, en el formulario establecido debidamente firmado que será parte de la historia clínica, conforme a lo establecido en el "Modelo de Gestión de la Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial".

Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada)

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-003
Fecha:	01/08/2016

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

a. Establecimiento de salud :_____ b. Unicódigo :_____ c. Fecha:_____
d. Nombre del paciente :_____ e. Edad :_____
f. Nº de Historia Clínica única:_____ g. Nº Quirófano :_____
h. Procedimiento :_____

ENTRADA
(Antes de la inducción de la anestesia)

El paciente ha confirmado:

	SI	NO
Su identidad	☐	☐
Sitio quirúrgico	☐	☐
El procedimiento	☐	☐
Su consentimiento verbal y escrito	☐	☐

Demarcación del sitio quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico

	SI	NO
Equipo de intubación	☐	☐
Equipo de aspiración de la vía aérea	☐	☐
Sistema de ventilación		
Oxígeno	☐	☐
Fármacos inhalados	☐	☐
Medicación	☐	☐

Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando

SI ☐ NO ☐

Capnógrafo colocado y funcionando

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Tiene el paciente alergias conocidas

SI ☐ NO ☐ Cuáles _____

Vía aérea difícil/riesgo de aspiración

☐ SI, y hay instrumental y equipos disponibles

☐ NO

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)

☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.

☐ NO

Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio

☐ SI
☐ NO
☐ NO APLICA

PAUSA QUIRÚRGICA
(Antes de la incisión cutánea)

Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función

SI ☐ NO ☐

Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

	SI	NO
Identidad del paciente	☐	☐
Sitio quirúrgico	☐	☐
Procedimiento (lateralidad)	☐	☐

Previsión de eventos críticos

	SI	NO
El cirujano expresa:		
Duración del procedimiento	☐	☐
Pérdida prevista de sangre	☐	☐
El anestesiólogo expresa algún problema específico	☐	☐

Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:

	SI	NO
Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos)	☐	☐
Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico	☐	☐
Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos	☐	☐

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Dispone de imágenes diagnosticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

SALIDA
(Antes de que el paciente salga del quirófano)

El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:

SI ☐ NO ☐

Hubo necesidad de empaquetar al paciente

SI ☐ NO ☐

Registre el número de compresas _____

Nombre del procedimiento realizado

_____

_____

Clasificación de la herida

Limpia ☐ Contaminada ☐
Limpia-contaminada ☐ Sucia ☐

Toma de muestras

SI ☐ NO ☐

Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)

SI ☐ NO ☐

Identifique el tipo de muestra a enviar

Citoquímico ☐ Nº_____
Nombre:

Cultivos ☐ Nº_____
Nombre:

Anatomopatológico ☐ Nº_____
Nombre:

Otros:

_____

_____

_____

Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos

SI ☐ NO ☐

Cuáles:

_____

_____

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.

SI ☐ NO ☐

Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anestesiólogo

SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada). Reverso

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

BIBLIOGRAFIA

(Dimick JB, 2004)

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: la cirugía segura salva vidas. OMS, 2009. NLM: WO 178.2.

Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ª edición).

La cirugía segura salva vidas. WHO/IER/PSP/2008.07.3.

Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. Asturias. 2010.4.

Guía de Práctica Clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. Ministerio de Sanidad, Catalunya.2010.5. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009" y "Cirugía Segura Salva Vidas". Acuerdo Ministerial No.00004499. Registro Oficial Suplemento 150 de 24 de diciembre de 2013.

Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente-Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud_ MSP. Quito 2016.