

PROTOCOLO Y MANUAL PARA EL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

ANTECEDENTES

En enero del 2007, la Organización Mundial de la Salud lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa, denominada "*Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas*", tiene como objetivo reconocer ciertas normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal, en todos los países y entornos.

Al centrar la atención en las intervenciones quirúrgicas como un asunto de salud pública, la OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del tratamiento quirúrgico en todo el mundo. La iniciativa pretende conjuntar el compromiso y la voluntad de los profesionales sanitarios de áreas quirúrgicas para abordar muchos aspectos importantes del tema, tales como:

- Las prácticas anestésicas inseguras.
- Las infecciones quirúrgicas evitables.
- La comunicación deficiente dentro de los equipos.

Estos han resultado ser problemas comunes, letales y evitables en todos los países y entornos.

Mediante un proceso internacional que duró dos años, la OMS creó una lista de verificación consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas.

En el proceso participaron:

- Cirujanos.
- Anestesiólogos.
- Enfermeras.
- Infectólogos.
- Epidemiólogos.
- Ingenieros biomédicos.
- Expertos en mejora de la calidad.
- Pacientes.
- Grupos promotores de la seguridad del paciente.

JUSTIFICACIÓN

En el presente protocolo, se entiende por "equipo quirúrgico" a los 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. El equipo quirúrgico al que se hace referencia en el presente protocolo se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación.

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. La *Lista de verificación* también se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es una iniciativa propiciada por la Consellería de Sanidad dentro de las medidas enmarcadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y da la O. M. S.

La Consellería de Sanidad aprobó el Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente 2009 – 2013, donde se recogen las principales inquietudes de todos los colectivos que participan cotidianamente en decisiones que tienen que ver con la seguridad del paciente en el ámbito de la asistencia sanitaria.

El Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente 2009 – 2013 fue elaborado con la colaboración de más de 100 personas, que han participado activamente en la elaboración del Plan de Seguridad del Paciente:

- 33 técnicos en seguridad del paciente de los departamentos de salud.
- 62 directivos de los departamentos de salud y centros sanitarios de la Conselleria de Sanitat.
- 10 directivos y técnicos de los servicios centrales de la AVS como animadores y redactores del documento.

En su elaboración, se valoraron las iniciativas para la mejora de la seguridad del paciente en los departamentos sanitarios analizando su impacto, como potencial de mejora, y su factibilidad como la inversa de la cantidad de recursos y esfuerzo que hay que invertir para obtener los resultados buscados con cada iniciativa.




El Check list quedó en primer lugar con una puntuación total de impacto de 42 y de factibilidad de 50.

El compromiso por la seguridad en la cirugía del Hospital General Universitario de Alicante, queda reflejada en los Acuerdos de Gestión del 2009 firmados por Gerencia en marzo del mismo año, comprometiéndose a mejorar los resultados de salud, garantizando la fiabilidad del sistema y promoviendo la seguridad en la asistencia mediante la participación con iniciativas de cirugía segura (con un peso 2).




La implantación de la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” en el Hospital General Universitario de Alicante se realizó progresivamente:

1. Creación de la Subcomisión de Quirófano.
2. En abril del 2009 se propone la implantación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y de los 8 Quirófanos que se han ofrecido a realizar el pilotaje.
3. En mayo del 2009 acuerdo de la 1ª Lista de verificación basada en el modelo de la OMS.
4. En junio del 2009 comienzo del pilotaje en 8 quirófanos de la Lista de Verificación. Evaluación cuantitativa y cualitativa de la implantación de la Lista de Verificación desde la puesta en marcha el día 1 de. Acuerdo para llevar a cabo la monitorización del uso y funcionamiento de la Lista de Verificación por parte de la Unidad de Calidad.
5. En julio se exponen ante la Subcomisión de Quirófano la evaluación cuantitativa y cualitativa analizando los pasos que producen confusión.
6. En agosto del 2009 la subcomisión de Quirófano, tras el informe emitido por la Unidad de Calidad, realiza una evaluación individual y se abre un plazo para realizar propuestas de mejora para la Lista de verificación.
7. En septiembre se elabora una 2ª Lista de Verificación para que se consulte con los profesionales sanitarios que realizan el pilotaje.
8. En octubre la Subcomisión de Quirófano estudia las propuestas de mejora realizadas por los profesionales sanitarios, se elabora la 3ª Lista de Verificación y se acuerda modificar la documentación del Quirófano para evitar duplicidades.
9. En noviembre se realiza una reunión de la Comisión de Quirófano para: informar, formar y sensibilizar sobre las ventajas de la Lista de Verificación, resultados del pilotaje de 4 meses con una muestra de 1.243 check list realizados y la modificación de la documentación del Quirófano. Presentación de la 3ª Lista de Verificación.
10. En noviembre, diciembre y enero del 2010 se realizarán jornadas formativas a profesionales de enfermería, facultativos de cirugía y anesestesiólogos.

La Lista primera del pilotaje:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA		QUIRÓFANO / RESPONSABLE
ANTES DE LA INDUCCIÓN H.	ANTES DE LA INCISIÓN H.	ANTES DE LA SALIDA H.
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO: • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO <input type="checkbox"/> DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA <input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ¿ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> SI Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS/ AYUDA DISPONIBLE ¿RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7ML/ KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ACCESO INTRAVENOSO ADECUADO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SANGRE RESERVADA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL QUIRÓFANO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVIS: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVIS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVIS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE INDICADORES) Y SI EXISTEN CUESTIONES RELACIONADAS CON EL EQUIPAMIENTO ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI ¿PUEDEN VERSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES? <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI	EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO: <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO APLICABLES) <input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EQUIPAMIENTO <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIÓLOGO Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> HA HABIDO UNA CIRUGÍA LIMPIA? <i>Pegar aquí la etiqueta de identificación</i>
	Hospital General Universitario de Alicante	 

Las modificaciones han sido:

ANTES DE LA INDUCCIÓN H. <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO: • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO <input type="checkbox"/> DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA <input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ¿ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS/ AYUDA DISPONIBLE ¿RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7ML/ KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ACCESO INTRAVENOSO ADECUADO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SANGRE RESERVADA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<p>DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE: Producía confusión.</p> <p>Se ha incluido la VERIFICACIÓN INSTRUMENTAL / EQUIPO QUIRÚRGICO / PRÓTESIS.</p> <p>ACCESO IV ADECUADO: NO / SI, SE HA CAMBIADO EL NO POR EL SUBSANADO (indica que no era adecuado y se puede continuar).</p> <p>SE HA CAMBIADO EN SANGRE RESERVADA EL NO / SI POR SUBSANADO / SI.</p> <p>SE HA INSERTADO LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA A LA 1ª FASE. SE HA INCORPORADO EN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA SUBSANADO.</p>	  <p>ANTES DE LA INDUCCIÓN</p> <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO: - Su identidad. - El sitio Quirúrgico. - El procedimiento. - Su Consentimiento Informado <input type="checkbox"/> Demarcación del sitio <input type="checkbox"/> NO Procede <input type="checkbox"/> Se ha completado el control de la Seguridad de la Anestesia. <input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento. <input type="checkbox"/> Verificación Instrumental / Equipo Quirúrgico / Prótesis. ¿Alergias conocidas?: Acceso IV, Adecuado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI ¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible. ¿Riesgo de Hemorragia? (> 500 ml. Y 7ml./kg. En niños), <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Reserva de sangre: <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI
		LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

En la 2ª fase “Antes de la Incisión”:

ANTES DE LA INCISIÓN H.

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL QUIRÓFANO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:

- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

EL CIRUJANO REVISAR: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA

EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAR: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAR: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE INDICADORES) Y SI EXISTEN CUESTIONES RELACIONADAS CON EL EQUIPAMIENTO

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

NO PROCEDE

SI

¿PUEDEN VERSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

NO PROCEDE

SI

Hospital General Universitario de Alicante

El paso “El Cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración y la pérdida de sangre prevista”, SE HA SEPARADO EN APARTADOS.

“El equipo de Enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultado de indicadores) y si existen cuestiones relacionadas con el equipamiento”, SE HA SEPARADO EN APARTADOS.

ANTES DE LA INCISIÓN

Confirmar que todos los miembros del Quirófano se hayan presentado por su nombre y función.

Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero confirman verbalmente:

- La identidad del Paciente.
- El sitio quirúrgico.
- El procedimiento.

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

El Cirujano revisa:

- Los pasos críticos o imprevistos.
- La duración de la operación.
- La pérdida de sangre prevista.

El equipo de Anestesia revisa si el Paciente presenta algún problema específico.

El equipo de Enfermería revisa:

- Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores).
- Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.

¿Pueden verse las imágenes diagnósticas esenciales?

NO PROCEDE

SI

La 3ª fase “Antes de la Salida”

ANTES DE LA SALIDA H.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

QUE LOS RECUEENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO APLICABLES)

EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)

SI HAY PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EQUIPAMIENTO

EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

¿HA SIDO UNA CIRUGÍA LIMPIA?

Pegar aquí la etiqueta de identificación

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
GUBERNAMENT VALENCIÀ
CONSELLERIA DE SANITAT

En el RECuento se ha añadido TORUNDAS, LENTINAS y SUBSANADO.

En el ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE, SE HA AÑADIDO NO PROCEDE /SI (no todas las intervenciones llevan muestra y en esos casos no se cumplimentaba produciendo confusión en la evaluación).

SI HAY PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EQUIPAMIENTO, SE HA INCORPORADO EL NO / SI (unas veces no se cumplimentaba y cuando lo hacían no se sabía si era por problemas o no, producía confusión en la evaluación).

SE HA INCORPORADO LA FIRMA DEL ANESTESIOLOGO, CIRUJANO Y ENFERMERA (por acuerdo de la comisión de Quirófano)

Nº QUIRÓFANO:

ANTES DE LA SALIDA

El Enfermero confirma verbalmente con el equipo:

El nombre del procedimiento realizado.

Recuento de gasas, instrumentos, agujas, lentinas, torundas etc:

CORRECTOS

SUBSANADO

NO APLICABLES

En el etiquetado de las muestras figura el nombre del Paciente:

NO PROCEDE

SI

Problemas relacionados con el equipamiento:

NO

SI

El Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente.


Pegar aquí la etiqueta de identificación

Firma: CIRUJANO	Firma: ANESTESIOLOGO	Firma: ENFERMERA
--------------------	-------------------------	---------------------

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del Hospital General Universitario de Alicante, es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

El Listado de Verificación se divide la intervención en tres fases. Cada una de ellas corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento:

- Antes de la inducción anestésica
- Antes de la incisión quirúrgica
- Durante o inmediatamente después de cerrar la herida.

		FECHA:
<p style="text-align: center;">ANTES DE LA INDUCCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO: - Su identidad. - El sitio Quirúrgico. - El procedimiento. - Su Consentimiento Informado</p> <p><input type="checkbox"/> Demarcación del sitio <input type="checkbox"/> NO Procede</p> <p><input type="checkbox"/> Se ha completado el control de la Seguridad de la Anestesia.</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación Instrumental / Equipo Quirúrgico / Prótesis.</p> <p>¿Alergias conocidas?: Acceso IV. Adecuado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible.</p> <p>¿Riesgo de Hemorragia? (> 500 ml. Y 7ml/kg. En niños). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Reserva de sangre: <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p style="text-align: center;">ANTES DE LA INCISIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del Quirófano se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería confirman verbalmente: - La identidad del Paciente. - El sitio quirúrgico. - El procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> El Cirujano revisa: - Los pasos críticos o imprevistos. - La duración de la operación. - La pérdida de sangre prevista.</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de Anestesia revisa si el Paciente presenta algún problema específico.</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de Enfermería revisa: - Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores). - Si existen cuestiones relacionadas con el Equipamiento.</p> <p>¿Pueden verse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI</p>	<p style="text-align: center;">Nº QUIRÓFANO:</p> <p style="text-align: center;">ANTES DE LA SALIDA</p> <p>El P. de Enfermería confirma verbalmente con el equipo: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.</p> <p>Recuento de gases, instrumentos, agujas, lentinas, torundas etc: <input type="checkbox"/> CORRECTOS <input type="checkbox"/> SUBSANADO <input type="checkbox"/> NO APLICABLES</p> <p>En el etiquetado de las muestras figura el nombre del Paciente: <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Problemas relacionados con el equipamiento: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> El Cirujano, Anestesiólogo y P. de Enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del Paciente.</p> <p style="text-align: center;">Pegar aquí la etiqueta de identificación</p>
<p>LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE</p>		<p>Firma: CIRUJANO</p> <p>Firma: ANESTESIÓLOGO</p> <p>Firma: ENFERMERÍA</p>

En la complejidad de un quirófano, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio. Es una herramienta de Gestión orientada hacia la evaluación de los aspectos técnicos, científicos, los cuidados, la prevención de acontecimientos adversos y la eficiencia en la atención prestada al paciente.

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la *Lista de verificación*, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador.

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la *Lista de verificación* en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

OBJETIVO

Tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas al disminuir la posibilidad de eventos adversos por variabilidad en la práctica clínica, olvidos de pasos esenciales, errores en la identificación del paciente o la cirugía, etc y fomentando una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas

PERSONAL QUE REALIZA LA ACCIÓN

El coordinador del Listado de Verificación será la enfermera circulante y/o cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.

MATERIAL NECESARIO

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

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Se le informará al paciente de las medidas adoptadas para garantizar la seguridad en el quirófano.

PROCEDIMIENTO DETALLADO DE LA ENTRADA: “ANTES DE LA INDUCCIÓN”

“La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento.”

La fase de “**Entrada**” requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar 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 INFORMADO:**

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, 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 esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

- **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE:**

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 dependerá de la práctica local.

Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

- **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA:**

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, 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.

- **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO:**

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. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno.

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, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

- **VERIFICACIÓN INSTRUMENTAL / EQUIPO QUIRÚRGICO / PRÓTESIS:**

El Coordinador de la lista pedirá al enfermero instrumentista que confirme que se dispone de instrumental, equipo quirúrgico y en su caso de la prótesis a implantar en el procedimiento que se va a realizar.

Este paso evita pérdida de tiempo, riesgos e imprevistos.

- **¿ALERGIAS CONOCIDAS?:**

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

- **¿VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?:**

El Coordinador confirmará 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 prepararse 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 deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

- **ACCESO INTRAVENOSO ADECUADO:**

El Coordinador y el Anestesista comprobarán que el Paciente lleve una vía intravenosa adecuada (permeable, del grosor y tipo necesario). Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos vías intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. En caso de ser así, se marcará la casilla SUBSANADO.

- **¿RIESGO DE HEMORRAGIA? > 500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS):**

En este punto, el Coordinador le preguntará 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.

- **SANGRE RESERVADA:**

Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación.

- **¿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. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en 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 y marcar el SI. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la pausa quirúrgica. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis y se marcará el SUBSANADO; si no se administra, la casilla se dejará en blanco.

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.

PROCEDIMIENTO DETALLADO DE LA PAUSA: “ANTES DE LA INCISIÓN”

“La pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales.”

- **CONFIRMAR 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 consigue con una simple presentación.

El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes 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.

- **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO:**

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos nacionales e internacionales.

Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá 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. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado 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, en la pausa quirúrgica 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 la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

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.

- **EL CIRUJANO REvisa LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA**

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o imprevistos” 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.

- **EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa SI EL PACIENTE PRESENTA 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 cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que 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 caso no presenta problemas especiales”*.

- **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.**

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios 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 deberá 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, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero 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.

En la “pausa quirúrgica”, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla.

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; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

**EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA “PAUSA QUIRÚRGICA”
Y EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACIÓN.**

PROCEDIMIENTO DETALLADO DE LA SALIDA

“La Salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el intercambio de información importante con los equipos sanitarios que se encargarán de atender al paciente después de la operación.”

La fase de “**Salida**” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

- **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará 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?*” o a modo de confirmación: “*Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?*”.

- **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (SUBSANADOS O NO APLICABLES)**

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

El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto 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 ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (INCLUIDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)**

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios.

El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

- **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL EQUIPAMIENTO.**

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 para 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.

- **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.**

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias 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.

SE AÑADIRÁ LA LISTA A LA HISTORIA DEL PACIENTE COMO MEDIDA ESENCIAL DE SEGURIDAD EN EL PROCESO QUIRÚRGICO Y UNA COPIA SE ARCHIVARÁ EN LA UNIDAD DE CALIDAD PARA FINES DE CONTROL, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA.

BIBLIOGRAFÍA

"Instructional Manual for the Use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist"