



Fecha:

Hora:

Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

República Dominicana Ciudad: _____ Nombre del Centro de Salud: _____

Nombre y Apellidos del / de la paciente:

No. de expediente:

Antes de la administración de la anestesia



Antes de la incisión cutánea



Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

| ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo | PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano | SALIDA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano |
|--|--|---|
| ¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función | El(la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos |
| ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | <input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico | |
| ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica | |
| ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Sí | ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente? |
| ¿Tiene el(la) paciente... ...Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / Kg. en niños) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | |

Nombre del/de la coordinador (a)

Nombre del/de la cirujano (a)

Nombre del/de la anestesiólogo (a)

Nombre del/de la enfermero (a)

Firma del/de la coordinador (a)

Firma del/de la cirujano (a)

Firma del/de la anestesiólogo (a)

Firma del/de la enfermero (a)

Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

MSP/VGC-GT01-15



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



República Dominicana

**GUÍA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA
SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**



Ministerio de Salud Pública

GUÍA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Santo Domingo, D. N.

Abril de 2015

Ministerio de Salud Pública

Título original:

Guía Técnica para la Implementación de
la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Coordinación técnica:

Dra. Francini Placencia

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo, República Dominicana, 2015
ISBN: 978-9945-591-07-1

Diagramación:

Pedro A. De la Cruz (Alexander Gráficos)

Impresión:

Primera edición:

1000 ejemplares



Ministerio de Salud Pública

Autoridades

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.
Viceministro de Garantía de la Calidad

Lic. María Villa de Pina
Viceministra de Planificación y Desarrollo

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Viceministro de Salud. Coordinador del Proceso de Formulación
de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención

Dr. José Manuel Puello
Director y Responsable del Viceministerio de Salud Colectiva

Dra. Francini Placencia
Directora General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad

Lic. Cruvianka Pol Paulino
Directora Nacional de Normas

EQUIPO TÉCNICO

| | |
|-----------------------------|---|
| Coordinación técnica | Dirección General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad Dra. Francini Placencia Dirección Nacional de Normas Lic. Cruvianka Pol Paulino |
| Expertos consultados | Centros de Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina Lic. María De la Rosa Universidad Iberoamericana Dr. Marcos Núñez Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello Dr. Rafael Nazario Lora Colegio de Cirujanos Dr. José Luciano |
| Cooperación externa | Organización Panamericana de la Salud Dra. Laura Ramírez |
| Revisión externa | Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente de Costa Rica Dr. Robinson Rodríguez Herrera |

| | |
|--|---|
| Participantes en las mesas técnicas para la seguridad de la cirugía | Dirección de los Centros Especializados de Atención en Salud Dr. Lucas Francisco Gómez Dra. Carolina García Hospital Dr. Alejandro Cabral Lic. Rosa María Rosario Hospital Juan Pablo Pina Lic. Mary Sánchez Valdez Hospital de las Fuerzas Armadas Dr. Leonardo Jóvine B. Centro de Otorrinolaringología y Especialidades Dr. Luis Felipe Encarnación Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Dra. Miguelina Pérez Unidad Quemados Dra. Victoria Soñé Lic. Nancy Karina Almonte |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Hospital Ramón De Lara Patria J. Aracena</p> <p>Hospital Dr. Luis. E. Aybar Lucina M. Llaugel Dr. José D. Álvarez Lic. Inocencia Rosario</p> <p>Hospital San Lorenzo de los Mina María Cristina Peña Delgado</p> <p>Sociedad Dominicana de Anestesiología Elba Sánchez Baret</p> <p>Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas Lic. Alejandrina Berroa Núñez</p> <p>Hospital General de la Policía Nacional Dra. Eulalia Abreu Núñez</p> <p>Sociedad Dominicana de Farmacias Hospitalarias Lic. Raiza de los Santos</p> <p>Colegio de Cirujanos Dr. José Luciano</p> <p>Hospital Vinicio Calventi Dr. Frank Manuel Marte</p> <p>Asociación Farmacéutica Dominicana Karen Tamariz</p> <p>Dirección Regional de Salud I Dra. Clara Suero Heredia</p> <p>Organización Panamericana de la Salud Lic. Cecilia Michel</p> <p>Hospital Darío Contreras Dr. Héctor B. Morales Zorrilla Dr. Rafael Rojas</p> <p>Hospital Regional Dr. Antonio Musa Lic. Eddy Francisca Pacheco Lic. Johanna Fernández</p> <p>Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello Dra. Shirley Sánchez Noboa Dra. Ana Julia Cesin Valdez</p> |
|--|---|

ÍNDICE

Introducción

| | | |
|-----|--|-----|
| 1. | Objetivo | 1. |
| 2. | Ámbito de aplicación | 1. |
| 3. | Marco legal | 1. |
| 4. | Definiciones | 2. |
| 5. | De los requerimientos básicos para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 3. |
| 6. | De las fases de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 6. |
| 7. | Del procedimiento detallado para la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 8. |
| 8. | Del monitoreo y la evaluación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 14. |
| 9. | De la sostenibilidad de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 16. |
| 10. | De las modificaciones a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | 17. |
| 11. | Bibliografía | 18. |
| 12. | Anexos | 19. |

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento continuo de la calidad en salud es una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de su rol rector del Sistema Nacional de Salud, y así lo evidencian la construcción y la puesta en marcha de la Política Nacional de Calidad en Salud, guía de acción que define metas a largo y mediano plazos e identifica las estrategias para la mejora continua de la calidad en salud, no sólo en el ámbito de los servicios de atención, sino también en los renglones de productos farmacéuticos y sanitarios, tecnología, alimentos y ambiente.

En cumplimiento del Objetivo Estratégico No. 1 de la Política Nacional de Salud, que persigue asegurar la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones públicas, privadas y mixtas proveedoras de atención de salud, concretamente de la Directriz No. 2: “Las organizaciones proveedoras de servicios de salud desarrollan mecanismos efectivos para la mejora continua de la calidad de la atención de salud”, el Ministerio de Salud Pública pone en vigencia la presente Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, la cual se inscribe en el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el número de defunciones y eventos adversos relacionados con las cirugías.

La Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía adopta los lineamientos técnicos que la OMS estableció, en octubre de 2004, en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de los servicios de salud. El primer reto se centra en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y el tema elegido para el segundo reto es la seguridad de las prácticas quirúrgicas.

La Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía tiene dos propósitos fundamentales: garantizar la homogeneidad de la atención en las salas de cirugía e introducir una cultura que valore la seguridad del paciente quirúrgico. En tal sentido, constituye una herramienta importante para la optimización de los resultados de los servicios de salud, de comprobada eficacia en la reducción significativa de los eventos adversos y de las complicaciones y muertes relacionadas con los procesos quirúrgicos, así como en la mejora del cumplimiento de las normas básicas de atención.

Aborda aspectos de seguridad, tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables, intervención correcta al paciente y en el sitio correcto, conteo de gases, prevención de hemorragias y de aspiración, entre otros. Uno de sus beneficios fundamentales e inmediatos es que contribuye a enfrentar la eventual situación de escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos, fomentando el establecimiento de una interacción verbal que sirva para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente que entra al quirófano.

La implementación y el uso sistemático de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos públicos y privados que ofrecen servicios quirúrgicos requiere del liderazgo de la dirección de los centros y de los jefes de servicios y departamentos quirúrgicos, lo mismo que del compromiso de todo el personal de salud involucrado en los procedimientos operatorios. A medida que aprendan a utilizarla y más quirófanos del establecimiento la implementen, se irá generando entusiasmo al comprobar cómo el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía reduce los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.



Ministerio de Salud Pública

RESOLUCIÓN NO. 000027

7 1 DIC 2014

QUE PONE EN VIGENCIA LA GUÍA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.

CONSIDERANDO: Que la Constitución de la República en varias de sus disposiciones establece la necesidad de que la República Dominicana cuente con productos y servicios de calidad que garanticen la salud humana, y la conservación del medio ambiente.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que los servicios quirúrgicos al igual que todos los demás servicios ofrecidos dentro del Sistema Nacional de Salud deben garantizar seguridad a los usuarios y usuarias, por lo que deben ser realizados mediante el cumplimiento de criterios técnicos que puedan ser verificables, basados en las mejores prácticas y en las evidencias científicas disponibles.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), como ente rector del Sistema, debe fomentar el uso de estándares y criterios técnicos que permitan que los servicios de salud estén basados en las mejores prácticas y en las evidencias científicas disponibles.

CONSIDERANDO: Que a los fines de regular y promover de manera eficaz la estandarización de los servicios ofrecidos dentro del Sistema Nacional de Salud, el ente rector podrá poner a disposición de todos los actores del Sistema documentos técnicos elaborados en base a la normativa vigente, que sirvan de referencia y estándares para la atención, que deberán regir a un servicio determinado.

CONSIDERANDO: Que en la Resolución WHA55.18 aprobada en la 55ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del

paciente, así como a establecer y consolidar sistemas de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

CONSIDERANDO: Que un equipo interinstitucional conformado por técnicos del Ministerio de Salud Pública, de la Organización Panamericana de la Salud, de las Sociedades Médicas Especializadas, de los gremios del Área de la Salud, de las universidades y de los principales centros de salud públicos y privados que ofrecen servicios quirúrgicos, constituido en mesa técnica de trabajo con la finalidad de impulsar las iniciativas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, promovida por la Organización Mundial de la Salud, revisó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, adaptándola al contexto y al marco reglamentario en salud de República Dominicana.

VISTA: La Constitución dominicana del 26 de enero de 2010.

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 del 14 de agosto de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 del 8 de mayo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 del 25 de enero de 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTO: El Decreto No. 635-03, del 20 de junio de 2003, que define el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN


PRIMERO: Se ordena la puesta en vigencia de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía como herramienta de mejora de la seguridad del paciente y de la calidad de la atención quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud.

PÁRRAFO I: La Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es el documento que orientará la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y servirá como documento base para el diseño e implementación de los programas de seguridad del paciente en los servicios quirúrgicos del Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de la misma a los sistemas de garantía de calidad de la atención quirúrgica de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en su rol de representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo de la herramienta.

TERCERO: Se instruye a la Dirección General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad, instancia del Viceministerio de Garantía de la Calidad, a incluir en el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud indicadores para el seguimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la evaluación de sus resultados.

DADA en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional capital de la República Dominicana a los once (11) días del mes de Diciembre del año dos mil catorce (2014).


DRA. ALTAGRACIA GUZMAN MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social



GUÍA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud que realizan intervenciones quirúrgicas.

1.2 Objetivos específicos

1.2.1 Mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

1.2.2 Contribuir a reducir el número de complicaciones y de eventuales defunciones quirúrgicas evitables y la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención de pacientes en la sala de operaciones.

1.2.3. Reforzar la adopción sistemática de prácticas de seguridad esenciales en el proceso de atención quirúrgica que contribuyan a una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica deberá ser aplicada en todos los establecimientos públicos y privados de salud del país, en los que son realizadas intervenciones quirúrgicas.

3. MARCO LEGAL

- 3.1 Constitución de la República Dominicana, de fecha 10 de enero de 2010.
- 3.2 Ley General de Salud No. 42-01, de fecha 08 de marzo de 2001.
- 3.3 Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, de fecha 09 de mayo de 2001.
- 3.4 Ley que crea el Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12, de fecha 12 de julio de 2012.
- 3.5 Decreto que establece el Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud, No. 1138-03, de fecha 23 de diciembre de 2003.
- 3.6 Decreto que establece el Reglamento sobre Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud, No. 635-03, de fecha 20 de junio de 2003.
- 3.7 Decreto para la creación y desarrollo de las Redes Públicas de Servicios de Salud, No. 1522-04, de fecha 30 de noviembre de 2004.

- 3.8 Decreto que establece el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, No. 434-07, de fecha 18 de agosto de 2007.
- 3.9 Disposición sobre el Modelo de Redes de Servicios Regionales de Salud, No. 00024, de fecha 05 de octubre de 2005.
- 3.10 Resolución No.00013, que deroga la Disposición No. 00012, de fecha 02 de abril de 2013, que asume el Sistema de Centros de Excelencia como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y crea el Comité Evaluador de los Centros, de fecha 22 de abril de 2013.
- 3.11 Resolución No. 000040, que pone en vigencia la Política Nacional de Calidad en Salud, de fecha 23 de octubre de 2013.

4. DEFINICIONES

- 4.1 **Equipo quirúrgico:** cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- 4.2 **Pausa quirúrgica:** detención momentánea del quehacer del equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.
- 4.3 **Seguridad del paciente:** reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud mediante el establecimiento de las mejores prácticas para la obtención de óptimos resultados en beneficio del paciente. Ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.
- 4.4 **Barrera de seguridad:** restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y así evitar o atenuar el daño o la producción del error.
- 4.5 **Complicación:** resultado clínico desfavorable de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente o del curso natural de su enfermedad.
- 4.6 **Evento adverso:** todo accidente que hubiere causado o podido causar daño al paciente, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como de la persona intervenida quirúrgicamente.
- 4.7 **Efecto adverso:** lesión o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención sanitaria por un tratamiento justificado.
- 4.8 **Incidente:** acontecimiento indeseado que no ha causado daño; pero que podría provocarlo en otras circunstancias o favorecer la aparición de un evento adverso.

- 4.9 Características del incidente:** Las características del incidente aportan la información esencial sobre las circunstancias que tuvieron que ver con el mismo, por ejemplo: el momento y el lugar, quiénes se vieron implicados, como se detectó y quién lo notificó.
- 4.10 Evento centinela:** evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter definitivo, que no existía anteriormente y que requiere de tratamiento permanente.
- 4.11 Riesgo:** contingencia o proximidad de un evento adverso dentro del sistema de atención en salud.

5. DE LOS REQUERIMIENTOS BÁSICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

- 5.1** Para que la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía tenga éxito y sea sostenible, debe involucrarse en el proceso a los directivos del establecimiento de salud, así como a los encargados de departamentos, jefes de servicios y personal asistencial que tengan relación directa con las intervenciones quirúrgicas.
- 5.2** La realización de reuniones contribuirá a concienciar al equipo humano acerca de la importancia de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y a organizar los recursos logísticos necesarios. En estas reuniones serán presentadas las evidencias sobre su uso y se instruirá al personal acerca de su implementación el establecimiento de salud, recalcando los beneficios en la reducción de las tasas de complicaciones y el ahorro potencial de costos derivados de la atención.
- 5.3** La implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe ser ejecutada tomando en consideración las particularidades de cada establecimiento de salud.
- 5.4** El establecimiento de salud debe contar con recursos quirúrgicos adecuados, incluyendo personal de cirugía entrenado y quirófanos equipados de conformidad con las Normas Nacionales para la Habilitación de Establecimientos de Salud. Asimismo, debe disponer de un oxímetro de pulso y monitorizar la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la temperatura.
- 5.5** El establecimiento de salud debe implementar la estrategia de cirugía limpia: higienización de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel y cuidado de la herida quirúrgica.
- 5.6** La dirección del establecimiento de salud seleccionará a un personal multidisciplinario y proactivo, empoderado de la importancia de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con el cual conformará el equipo conductor de su implementación.

5.6.1 ***El equipo conductor estará compuesto por:***

- Directores o jefes de departamentos quirúrgicos
- Médicos con especialidades quirúrgicas.
- Médicos anestesiólogos.
- Licenciadas en enfermería.
- Responsable de la Oficina/Unidad/Área de Calidad.
- Responsable del Departamento de Epidemiología.
- Otros que la dirección considere necesarios.

5.6.2 ***Funciones del equipo conductor:***

- a) Identificar a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- b) Incorporar el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el proceso de atención quirúrgica, con la máxima eficiencia y la mínima interrupción.
- c) Remitir información periódica a la dirección del establecimiento de salud sobre los avances en el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- d) Retroalimentar a los diferentes equipos quirúrgicos del establecimiento de salud con los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- e) Plantear propuestas de mejora en consenso con el personal involucrado.
- f) Difundir los logros institucionales en los departamentos y servicios correspondientes, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- g) Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía acordes con la realidad del establecimiento de salud.

5.7 Los miembros del equipo quirúrgico recibirán periódicamente capacitación para que conozcan e implementen a cabalidad la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía; y puedan, en caso necesario, dar sugerencias para adicionar otros criterios a la misma.

5.7.1 La capacitación será teórica y práctica. Esta última incluirá simulaciones en torno a una mesa, pero también en condiciones reales en el quirófano, relativas a los siguientes contenidos:

- Evidencias de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Presentación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Revisión del contenido de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Utilización de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

5.8 En el complejo entorno del quirófano es posible obviar alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. Por esto, el equipo conductor de la Implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía seleccionará a un coordinador de la Lista. La designación de un coordinador para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad debido a la prisa por pasar a la fase siguiente de la operación.

5.8.1 *Funciones del Coordinador de la Lista:*

- Siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente, debe actuar para impedir el avance del equipo quirúrgico hacia la siguiente fase de la intervención, si la etapa previa no ha sido completada de manera satisfactoria.
- Revisar y marcar con absoluta claridad cada una de las casillas de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.
- Proveer información oportuna y basada en evidencias al equipo conductor de la implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía que permita monitorear y evaluar el proceso de aplicación de la Lista y su impacto en los resultados quirúrgicos de los establecimientos de salud.

5.9 Las funciones del coordinador de la Lista deben ser comprendidas y apoyadas activamente por los demás miembros del equipo quirúrgico para evitar la noción de que sus acciones interrumpen o enlentecen el desarrollo del acto quirúrgico. En tal virtud, el equipo conductor de la implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía debe seleccionar cuidadosamente al profesional idóneo para desempeñar ese rol, que bien puede ser encarnado por una enfermera circulante u otro miembro del equipo quirúrgico.

5.10 Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. Aun cuando los actores estén familiarizar dos con los pasos, el flujograma de guía y verificación siempre debe cumplirse en cada acto quirúrgico para garantizar la seguridad del paciente.

5.11 Contar con el formato de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Ver anexo No.1).

6. DE LAS FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

6.1 La Lista de Verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo concreto en el curso normal de una intervención quirúrgica:

- Fase anterior a la inducción de la anestesia.
- Lapso posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.
- Etapa de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.

6.1.1 *Antes de la inducción de la anestesia:*

- El coordinador de la Lista confirmará verbalmente con el anestesista y el paciente (si es posible) la identidad de éste, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como si se ha dado el consentimiento para la operación.
- El coordinador de la Lista observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas presentado por el paciente. También verificará si la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica ha sido comprobada.
- Lo ideal es que el cirujano esté presente durante esta fase, ya que puede prever con mayores posibilidades de acierto la pérdida de sangre, las alergias y otras complicaciones; sin embargo, su participación no es esencial para completar esta parte de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.1.2 *Antes de la incisión cutánea:*

- Cada miembro del equipo quirúrgico se presentará por su nombre y su función. Si ya han operado juntos una parte del día, solo tendrán que confirmar que todos los presentes en la sala se conocen y que ya hubo una presentación formal según los requisitos de este protocolo.

- El equipo ratificará en voz alta que realizará la operación indicada, en el paciente, región anatómica y el órgano o miembro correctos. A continuación, los integrantes del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de Verificación.
- Se confirmará la administración de antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores a la incisión cutánea y la correcta visualización de los estudios de imagen.

6.1.3 Antes de que el equipo quirúrgico salga del quirófano:

- Revisará la operación llevada a cabo y realizará el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida.
- Examinará los problemas que pudieron haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, así como otros inconvenientes que debieran ser resueltos.

6.1.4 Antes de que el paciente salga del quirófano:

- El equipo quirúrgico hablará sobre los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación de la persona intervenida.

6.2 Antes de continuar con el procedimiento, en cada una de las fases, se permitirá que el coordinador de la lista confirme que el equipo quirúrgico ha llevado a cabo sus tareas.

6.3 Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando, al mismo tiempo, completar adecuadamente todos los pasos, los cuales deben ser confirmados verbalmente por el coordinador de la Lista, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

6.4 A medida que el equipo quirúrgico se familiarice con los pasos de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía, podrá integrar los controles a sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de la intervención explícita del coordinador de la Lista.

7. DEL PROCEDIMIENTO DETALLADO PARA LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

7.1 Antes de la inducción de la anestesia

Los siguientes controles de seguridad han de llevarse a cabo antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento. Como personal mínimo, se requiere la presencia del anestesiólogo y el equipo de enfermería. El coordinador de la Lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de la realización de los preparativos para la anestesia.

Explicación pormenorizada de las distintas medidas de seguridad:

7.1.1 ¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? El coordinador de la Lista confirma 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 errado ni es realizada una intervención incorrecta. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como en los casos de menores o de adultos en situaciones especiales, debe asumir esta función un familiar o tutor. Si el representante de la persona intervenida no se encuentra, o si se omitiera este paso por una emergencia u otra circunstancia, todo el equipo quirúrgico debe conocer la situación y manifestar previamente su conformidad con la decisión de efectuar el procedimiento.

7.1.2 ¿Ha sido demarcado el sitio quirúrgico? El coordinador de la Lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha señalado 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 (por ejemplo: un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En caso de estructuras mediales (como la glándula tiroides) o únicas (como el bazo), el sitio será o no demarcado 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.

7.1.3 ¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica? Para completar este paso, el coordinador de la Lista pedirá al anestesta que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia: una inspección formal del instrumento 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 de que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

7.1.4 ¿Ha sido colocado el oxímetro de pulso y este funciona? El coordinador de la Lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un oxímetro de pulso 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 oxímetro de pulso como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de un oxímetro de pulso, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se disponga de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito; pero el equipo quirúrgico debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder con la operación.

7.1.5 ¿Tiene el paciente alergias conocidas? El coordinador de la Lista dirigirá esta interrogante y las dos siguientes al anesthesiólogo. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si la respuesta es afirmativa, cuáles. Si el coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anesthesiólogo desconozca, debe comunicarle dicha información de inmediato.

7.1.6 ¿Tiene el paciente una vía aérea difícil o riesgo de aspiración? El coordinador de la Lista 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 ó 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en dicha estructura. Esto implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo e instrumental de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anesthesiólogo, 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, debe ser valorado el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anesthesiólogo 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, solo debe iniciarse la inducción de la anestesia cuando el anesthesiólogo haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

7.1.7 ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)? En este punto, el coordinador de la Lista 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. Por consiguiente, si el anestesiólogo no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe preguntar al cirujano antes de dar comienzo a la operación. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda enfáticamente que antes de la incisión cutánea sean colocadas al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo quirúrgico 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 anestesiólogo y al personal de enfermería.

En este punto, ha sido completada la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia.

7.2 Antes de la incisión cutánea

Realización de la Pausa Quirúrgica. Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe hacer un alto momentáneo para confirmar la realización de varios controles de seguridad esenciales.

Los controles de seguridad, en los que participan todos los miembros del Equipo Quirúrgico, son los siguientes:

7.2.1 Confirmar que todos los miembros del equipo quirúrgico 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 puede ser obtenido mediante una simple presentación. El coordinador de la Lista debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se introduzca por nombre y función. Los integrantes del equipo que hayan tenido una experiencia previa de trabajo conjunto, pueden confirmar que 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.

7.2.2 Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión. El coordinador de la Lista, u otro miembro del equipo quirúrgico, pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a ser realizada, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar a la persona equivocada o en el sitio incorrecto. 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 anestesiólogo, el cirujano y la enfermera circulante han de confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener su confirmación.

7.2.3 ¿Ha sido administrada profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador de la Lista preguntará en voz alta si han sido proporcionados fármacos profilácticos al paciente en los 60 minutos anteriores. De no haber sido ejecutada tal medida preventiva, la terapia antibiótica deberá ser aplicada en el momento previo a la incisión. Si la medicación hubiera sido administrada en un lapso mayor de 60 minutos, el equipo quirúrgico considerará la posibilidad de proporcionar al paciente una nueva dosis. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en el caso de pacientes contaminados ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla con la opción “No procede”, luego de que la medida haya sido aprobada verbalmente por el equipo.

7.2.4 Previsión de eventos críticos. La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo conjunto 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 anestesiólogo y el personal de enfermería, sobre los principales riesgos y los planes operatorios. Para ello, puede formularle a cada miembro del equipo quirúrgico la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación carece de trascendencia; pero cada disciplina debe aportar información y describir los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede anunciar, simplemente: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesiólogo y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

Serán formuladas las siguientes preguntas:

- **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 quirúrgico 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 entraña 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 ha establecido que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo quirúrgico. En tales circunstancias, el anestesiólogo puede decir, sencillamente: “Este caso no presenta problemas especiales”.
- **Equipo de enfermería: ¿Ha sido confirmada la esterilidad (con resultados de los indicadores)? ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?** La enfermera instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que han sido esterilizados y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, han sido verificados los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los valores esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo quirúrgico y solucionarse antes de la incisión. Dicho momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y los equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que pueda 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 ser visualizadas las imágenes diagnósticas esenciales?** Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar la planificación y el desarrollo adecuados de diversos procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos; así como de resecciones de tumores y de otras intervenciones.
- 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 confirmará verbalmente que dichas imágenes están en un lugar visible del quirófano, disponibles para ser utilizadas durante la operación. Y deben ser obtenidas las imágenes necesarias, en caso de que no se disponga de ellas.

En este punto, ha sido completada la presente fase y el equipo puede proceder con la operación.

7.3 Antes de que el paciente salga del quirófano

La salida ha de ser completada previo al retiro del campo estéril. Puede ser iniciada por la enfermera circulante, el cirujano o el anestesiólogo; y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente identificadas por el resto de miembros del equipo quirúrgico), el plan del posoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida.

Los controles efectuados en esta etapa, anterior a la salida del paciente del quirófano, son:

7.3.1 La enfermera confirma verbalmente:

- El nombre del procedimiento. **Dado que éste puede haber sido 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 haya sido realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: ¿Qué procedimiento ha sido efectuado? O, 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 continúa 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. Asimismo, en caso de que una cavidad haya sido abierta, deberá ser confirmado el inventario exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que sean tomadas las medidas correspondientes (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 anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es, con demostrada frecuencia, fuente de errores por parte de los laboratorios. La enfermera 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 pertinente.

7.3.2 Existencia de problemas urgentes relacionados con el instrumental y los equipos. Los problemas relacionados con los equipos y el instrumental quirúrgico son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los defectos en el instrumental o los equipos que no han funcionado bien, para evitar su reutilización antes de la reparación de las fallas. 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.

7.3.3 El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera verificarán los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose 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 quirúrgico.

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

7.4 En la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deben figurar la firma y código de cada integrante del equipo quirúrgico. Además, debe incluirse la fecha de la intervención. Posteriormente, el original de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deberá ser incluido en la historia clínica del paciente y, de manera opcional, ha de guardarse una copia de dicho documento en un archivo destinado para tal fin, con el propósito de que esté disponible para las revisiones a realizarse durante los procesos de garantía de la calidad.

8. DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.

8.1 Las Directrices de la OMS para una Cirugía Segura recomiendan realizar el seguimiento de los resultados y las complicaciones quirúrgicas.

8.2 El seguimiento o monitoreo de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consiste en establecer una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos, a partir de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

8.3 El monitoreo de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía incluirá las siguientes acciones:

- 8.3.1 Recopilar sistemáticamente datos sobre la aplicación de la Lista.
- 8.3.2 Designar a un responsable de la recolección y el procesamiento de los datos.
- 8.3.3 Realizar el análisis de los datos procesados.

8.4 La evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía permite medir el impacto de la herramienta en los resultados de la atención quirúrgica.

8.5 Mediante la evaluación es determinada la repercusión a corto y mediano plazos de las diversas acciones ejecutadas y es vigilado el proceso continuo de mejora de esta estrategia, lo que proporcionará información para la toma de decisiones y acciones de mejora futuras. La evaluación incluye los siguientes pasos:

8.5.1 Actualización de la información sobre los progresos del establecimiento de salud:

- Comunicar al personal de salud del establecimiento involucrado en el tema los progresos del proceso y los resultados registrados, a fin de que pueda ser testigo de la mejora.
- Realizar una medición basal de los indicadores; es decir, previa a la implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía, a fin de dar seguimiento a los cambios en los mismos, tanto durante el proceso como en la valoración de los resultados. La evaluación puede ser trimestral o semestral.
- Informar al personal del establecimiento de salud sobre la labor de las diferentes instancias (dirección, departamento, servicio) relativas al uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Utilizar un calendario quincenal o mensual para la actualización de los progresos en el establecimiento de salud.

8.5.2 Determinar prioridades a seguir, según resultados:

- Identificar las barreras al progreso del establecimiento de salud.
- Implementar medidas para revertir tales barreras.

8.6 El equipo conductor debe definir los indicadores que se utilizarán para monitorear la implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía y evaluar sus resultados. Entre estos:

- Tiempo promedio de espera de los pacientes (en días), desde que es establecida la necesidad de la intervención quirúrgica hasta que se lleva a cabo la cirugía.
- Porcentaje de intervenciones en las que se implementa la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas y posteriormente suspendidas.
- Porcentaje de intervenciones en las que fue administrada correctamente la profilaxis antibiótica.
- Porcentaje de pacientes quirúrgicos que presentaron complicaciones, incluyendo infecciones del sitio quirúrgico.
- Porcentaje de incidentes y eventos adversos notificados relacionados con cirugías electivas.
- Porcentaje de incidentes y eventos adversos notificados relacionados con cirugías de emergencia.
- Tasa de mortalidad intraoperatoria.
- Tasa de mortalidad posoperatoria inmediata.

- 8.7 A partir las evidencias aportadas por los indicadores, los departamentos o los equipos quirúrgicos se trazarán objetivos de mejora continua de la calidad de la atención quirúrgica. Las metas deberán ser ambiciosas, pero factibles; y dependerán totalmente del entorno específico y de la facilidad para hacer cambios en el establecimiento de salud.

9. DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

- 9.1 Para que la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía sea constante y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos relativos a la atención quirúrgica, se requiere de la formulación de planes de sostenibilidad y proyectos de mejora. Igualmente, es preciso establecer mecanismos para que los avances en su utilización sean mantenidos a largo plazo.

- 9.2 Dentro de las acciones a ejecutar para lograr la sostenibilidad en la aplicación de la Lista, se encuentran:

9.2.1 Consolidar la experiencia ganada.

- La continuidad es esencial. Con el tiempo, la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe formar parte de un sistema de garantía de la calidad, constante y estandarizado, en el establecimiento de salud.
- Anunciar públicamente los éxitos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Revisar los datos periódicamente.

9.2.2 Una vez consolidada la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, identificar potenciales áreas para implementar procesos de mejora continua de la calidad.

9.2.3 Compartir entre los diferentes departamentos y servicios las experiencias positivas y las dificultades en el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

9.2.4 El equipo conductor de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía identificará los problemas que se evidencien mediante el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y los comunicará oportunamente a la dirección del establecimiento de salud para su corrección.

9.2.5 La dirección del establecimiento reconocerá públicamente a las personas que han tenido un papel clave en el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con base en el cumplimiento de los objetivos de mejora continua de la calidad de la atención quirúrgica.

10. DE LAS MODIFICACIONES A LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

- 10.1 A fin de incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y la seguridad en la atención de los pacientes, la Lista de Verificación puede modificarse para tener en cuenta las diferencias entre los establecimientos de salud con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad entre los miembros del equipo quirúrgico.
- 10.2 Si un establecimiento de salud decide modificar la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía, debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones de la OMS:
- 10.2.1 La modificación de la Lista de Verificación se ha de acometer con una actitud crítica. En el proceso de variación deben participar cirujanos, anestesiólogos y enfermeras, no sólo para colaborar con la realización de los cambios adecuados, sino también para generar la sensación de “pertenencia”, aspecto vital para la adopción y la permanencia de la modificación en la práctica quirúrgica.
- 10.2.2 La Lista de Verificación debe ser concisa y estar centrada en variables críticas que no puedan ser controladas adecuadamente mediante otros mecanismos de seguridad.
- 10.2.3 La verificación de cada sección de la Lista no debe durar más de un minuto. Aunque pueda resultar tentador elaborar una lista más exhaustiva, la necesidad de integrar la lista en el flujo de la atención sanitaria debe contrarrestar este impulso.
- 10.2.4 Cada elemento de la Lista de Verificación debe estar vinculado a una acción concreta e inequívoca. Los elementos sin una acción directamente asociada confundirán a los miembros del equipo quirúrgico acerca del comportamiento individual y colectivo esperado.
- 10.2.5 Los establecimientos de salud y los profesionales médicos deben evitar convertir la Lista de Verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar.
- 10.2.6 Debe tenerse cuidado de no eliminar ningún ítem de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 10.2.7 La función de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo. El repaso de la Lista de verificación en equipo es decisivo para su éxito y, probablemente, será mucho menos eficaz si se utiliza exclusivamente como instrumento escrito.
- 10.2.8 Antes de implantar una lista de verificación modificada, ésta debe ser ensayada en un entorno limitado y sometida a pruebas en situaciones simuladas y reales, con el fin de garantizar su funcionalidad.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009: La Cirugía Segura Salva Vidas. 2009.
2. Ministerio de Salud de Perú. Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, 2011.
3. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Mejorar la Seguridad de los Procedimientos Quirúrgicos. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Versión 1.0.
4. Seguridad del Paciente Quirúrgico. Editores: Juan Castaño, Jorge Castillo, Fernando Escolano, Lluís Gallart. Grupo Menarini. Madrid, 2010.

Anexo N° 1: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

República Dominicana Ciudad: _____ Nombre del Centro de Salud: _____

Antes de la administración de la anestesia

Antes de la incisión cutánea

Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

| ENTRADA | PAUSA | SALIDA |
|--|--|--|
| Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo | Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano | Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano |
| ¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función | El(la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos |
| ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | <input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico | |
| ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica | |
| ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Sí | ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente? |
| ¿Tiene el(la) paciente... ...Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / Kg. en niños) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede | |
| N° Historia Clínica _____ | Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ | Fecha _____ Hora _____ |
| Firma del / de la coordinador(a) _____ | Firma del / de la cirujano(a) _____ | Firma del / de la enfermero(a) _____ |

El mejoramiento continuo de la calidad en salud es un cumplimiento de su rol rector del Sistema Nacional de Salud de la Política Nacional de Calidad en Salud, guía de acción y estrategias para la mejora continua de la calidad en salud también en los renglones de productos farmacéuticos y salud del Objetivo Estratégico No. 1 de la Política Nacional de Salud brindada por las organizaciones públicas, privadas y mixtas. Directriz No. 2: “Las organizaciones proveedoras de servicios de mejora continua de la calidad de la atención de salud”, el Manual Técnico para la Implementación de la Lista de Verificación de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud en eventos adversos relacionados con las cirugías. La Guía Técnica para la Seguridad de la Cirugía adopta los lineamientos técnicos de la Organización Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual promueve la seguridad de los servicios de salud. El primer reto se centra en el tema elegido para el segundo reto es la seguridad de la Seguridad de la Cirugía tiene dos propósitos fundamentales: introducir una cultura que valore la seguridad como herramienta importante para la optimización de los resultados, la reducción significativa de los eventos adversos y de las complicaciones quirúrgicas, así como en la mejora del cumplimiento de las prácticas tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas, manejo correcto, conteo de gasas, prevención de hemorragias y eventos fundamentales e inmediatos, es que contribuye a enfrentar los retos de los equipos quirúrgicos, fomentando el trabajo en equipo y la confirmación de que se garantizan la calidad de la atención a los pacientes, la implementación y el uso sistemático de la Lista de Verificación de la Organización Mundial de la Salud en los servicios quirúrgicos de los hospitales públicos y privados que ofrecen servicios quirúrgicos requieren de una mejora continua de la calidad en salud.

Realizado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS