

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009

La cirugía segura salva vidas



Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009

La cirugía segura salva vidas



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas.

1.Procedimientos quirúrgicos operativos - normas.
2.Infección de herida operatoria - prevención y control.
3.Atención al paciente - normas. 4.Administración de la seguridad. 5.Errores médicos - prevención y control.
6.Infección hospitalaria. 7.Garantía de la calidad de atención de salud - normas. 8.Servicio de cirugía en hospital - organización y administración. 9.Pautas. I.Seguridad del Paciente - OMS. II.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 359859 8 (Clasificación NLM: WO 178)

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en

Índice

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009

Introducción	4
Cómo utilizar este manual	6
Cómo aplicar la Lista de verificación (resumen)	6
Cómo aplicar la Lista de verificación (procedimiento detallado)	7
Antes de la inducción de la anestesia	7
Antes de la incisión cutánea	9
Antes de que el paciente salga del quirófano	11
Notas adicionales — Fomento de una cultura de seguridad	13
Modificación de la Lista de verificación	13
Introducción de la Lista de verificación en el quirófano	15
Evaluación de la atención quirúrgica	16

Introducción

En el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa *La Cirugía Segura Salva Vidas*. El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comportan riesgo mortal y podrían evitarse en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la OMS —con el asesoramiento de cirujanos, anestelistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo— ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Esta Lista de verificación (disponible en www.who.int/safesurgery) tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.¹

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

No
 Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible

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

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

La presente lista no pretende ser exhaustiva.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

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

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

- Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

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

Anestesista:

- ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

- ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

- Sí
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

- El nombre del procedimiento
 El recuento de instrumentos, gasas y agujas
 El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

- ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?

Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Cómo utilizar este manual

En el presente manual, por “equipo quirúrgico” se entiende a los cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación.

El presente manual ofrece orientación sobre el uso de la Lista de verificación, propuestas para su aplicación y recomendaciones para la medición de los servicios y resultados quirúrgicos. Los diferentes entornos clínicos deben adaptarla a sus propias circunstancias. 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. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la Lista de verificación y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal

El objetivo final de la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. La Lista de verificación establece una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente.

Cómo aplicar la Lista de verificación (resumen)

Debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. 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

Todos los pasos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de

garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, antes de la inducción de la anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el anestesiista 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. Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesiista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica. Lo ideal es que el cirujano esté presente durante esta fase, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden

1 Haynes AB, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 2009; 360:491-9.

visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

Antes de salir del quirófano, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, hablarán sobre los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona 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 con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. 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.

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse cierto antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier clínico podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

Cómo aplicar la Lista de verificación (procedimiento detallado)

Antes de la inducción de la anestesia

Estos controles de seguridad han de llevarse a cabo antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento. Se 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. A continuación se explican pormenorizadamente las distintas medidas de seguridad:

¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

El Coordinador 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 equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera

confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no estuviera presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento.

¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo),

la delimitación del sitio se hará o no según la práctica local. No obstante, la delimitación sistemática del sitio puede ofrecer una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?

Para completar este paso, el Coordinador de la lista 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, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo

de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

¿Se ha colocado el pulsioxímetro y funciona?

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. Debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la

seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación.

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles.

Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración?

El Coordinador de la lista 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 debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

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

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

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

En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia.

Antes de la incisión cutánea

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe hacer una pausa momentánea para confirmar la realización

de varios controles de seguridad esenciales. En estos controles participan todos los miembros del equipo.

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 puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista debe pedir a cada una de las

personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

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 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. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría "Antes de proceder a la incisión" y añadiría "¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?".

El anestesista, el cirujano y el enfermero circulante han de confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador 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. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo.

Previsión de eventos críticos

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta

correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: *“Este es un caso rutinario de X tiempo de duración”* y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o no sistematizados” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad

importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

Anestesista: ¿Presenta el paciente algún problema específico?

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades 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”*.

Equipo de enfermería: ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

El enfermero 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. 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 el quirófano y en lugar bien

visible para que puedan utilizarse durante la operación. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles.

En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación.

Antes de que el paciente salga del quirófano

Estos controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación. Los

controles puede iniciarlos el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida.

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

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 recuento de instrumentos, gasas y agujas

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

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

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien 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. Si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente o archivarla para fines de control de la calidad.

Notas adicionales

Promoción de una cultura de seguridad

Modificación de la lista

La Lista de verificación debe modificarse para tener en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.

La modificación de la Lista de verificación se ha de acometer con una actitud crítica. En el proceso de modificación deben participar cirujanos, anestelistas y enfermeros, y la Lista de verificación resultante deberá someterse a prueba en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar su funcionalidad. Por otra parte, muchos de los principios utilizados en el desarrollo de la Lista de verificación también pueden aplicarse para su modificación.

Focalizada	Se debe intentar que la Lista de verificación sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad. Lo ideal son entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado de la Lista.
Breve	La verificación de cada sección de la lista no debe llevar 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.
Ejecutable	Cada elemento de la Lista de verificación debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca. Los elementos sin una acción directamente asociada confundirán a los miembros del equipo sobre lo que se espera de ellos.

Verbal La función de la Lista de verificación 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; probablemente será mucho menos eficaz si se utiliza exclusivamente como instrumento escrito.

Cooperativa Cualquier intento de modificación de la lista debe contar con la colaboración de los representantes de los grupos involucrados en su utilización. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestelistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generar la sensación de “pertenencia” que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica.

Comprobada Antes de implantar una lista de verificación modificada, debe ensayarse en un entorno limitado. Las observaciones de los médicos en tiempo real son esenciales para un desarrollo satisfactorio de una lista de verificación y su integración en los procesos de atención sanitaria. Es importante someterla a prueba mediante una “simulación” tan simple como repasarla punto por punto con los miembros de un equipo en torno a una mesa. También proponemos que un equipo quirúrgico utilice la lista durante un solo día y aporte observaciones. Modifique consecuentemente la Lista de verificación o la manera en que se integra en la atención sanitaria y vuelva a ponerla a prueba en un solo quirófano. Continúe con este sistema hasta que considere que la lista así creada funciona en su entorno. Plántese entonces implantarla con un programa de mayor envergadura.

Integrada

Muchas instituciones ya poseen estrategias para garantizar la ejecución responsable de muchos de los procesos recogidos en la Lista de verificación de la OMS. La incorporación de nuevos controles de seguridad en los procesos es tarea ardua, pero posible en casi todos los ámbitos. Los principales puntos que se añaden a las prácticas actuales son la integración de la comunicación entre el equipo, y los momentos de orientación previa y de resumen posterior. Estos puntos son de una importancia decisiva y no deben eliminarse de la Lista de verificación.

Por razones de brevedad, la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretendió ser exhaustiva. Los equipos pueden considerar la posibilidad de añadir otros controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales. Como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que sean fundamentales antes de la operación. Se recomienda que cada centro reformatee, reordene o revise la *Lista de verificación* para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el cumplimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. Sin embargo, como ya se mencionó antes, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar.

Introducción de la Lista de verificación en el quirófano

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la Lista de verificación. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La aplicación exitosa de la Lista de verificación requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla realidad. Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición.

Trabajos previos sobre mejora de la calidad han aportado una serie de modelos sobre cómo aplicar en el quirófano una lista de verificación de esta índole. La experiencia del estudio piloto ha confirmado la utilidad de muchas de estas estrategias. A continuación se esbozan una serie de medidas para tener en consideración cuando los centros comiencen a implantar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía.

Forme un equipo Es esencial el compromiso de todos los miembros de equipos clínicos involucrados en procedimientos quirúrgicos. Empiece a generar apoyo a través de la participación de los médicos más proclives a prestar apoyo. Incluya a colegas de tantas disciplinas clínicas (cirugía, anestesiología, enfermería) como sea posible. Seleccione un grupo básico de personas entusiastas con respecto a la Lista de verificación intentando que participe al menos un miembro de cada una de las disciplinas clínicas. En esta primera etapa, trabaje con quienes muestren interés antes que intentar convencer a los más

Empiece con poco, y luego vaya a más

reticentes. Asimismo, haga participar a los administradores y jefes del hospital, si fuera posible. Destaque los beneficios de la reducción de la tasa de complicaciones y la posibilidad de ahorro de costos.

Empiece con poco, probando la Lista de verificación en un quirófano y con un equipo, y vaya a más una vez que se hayan resuelto problemas y se haya generado entusiasmo. Durante la evaluación original realizada por la OMS, los centros que intentaron implantar la Lista de verificación al mismo tiempo en múltiples quirófanos o a escala hospitalaria encontraron la mayor reticencia y los mayores problemas a la hora de convencer a la plantilla de utilizar la Lista de verificación de manera efectiva. Una vez que un equipo se sienta cómodo utilizando la Lista de verificación, extienda su uso a otro quirófano. Comente estas medidas con diferentes departamentos quirúrgicos y cirujanos. Asegúrese de que los miembros del equipo que participó inicialmente en el proceso utilizan la Lista de verificación en sus propios quirófanos. Adapte la Lista de verificación a las necesidades de cada entorno, pero no elimine medidas de seguridad simplemente por que no puedan llevarse a cabo. Haga frente a las reticencias a medida que vayan surgiendo. Los médicos que hayan tenido buenas experiencias con la Lista de verificación se convierten en figuras importantes para la promoción y defensa del uso y la difusión en el hospital.

Lleve el registro de los cambios y las mejoras

Las Directrices de la OMS para una Cirugía Segura recomiendan realizar el seguimiento de los resultados y las complicaciones quirúrgicas. Lo ideal sería que los hospitales y centros llevaran un registro de medidas de proceso y de resultados, por ejemplo, el porcentaje de operaciones en que se administraron antibióticos en el momento adecuado y la tasa de infección del sitio quirúrgico.

Evaluación de la atención quirúrgica

El seguimiento y la evaluación de los resultados es un componente esencial de la atención quirúrgica. Muchos centros y departamentos ya dedican esfuerzos a estos procesos; si ya existe un sistema de este tipo y resulta útil para los médicos y el personal como medio para mejorar la calidad de la atención no se recomienda ni se insta a la recopilación de datos adicionales. No obstante, en los hospitales donde no se lleva el registro sistemático de los resultados de la atención quirúrgica ni se toma nota de las complicaciones posquirúrgicas, o donde los mecanismos de supervisión no hayan sido suficiente para identificar malas prácticas, la OMS recomienda encarecidamente que se adopte un sistema de seguimiento. Concretamente, como medio de supervisión a escala hospitalaria y generalista, los centros y médicos deberían recoger de forma sistemática las cifras de muertes en el día de la operación y de muertes posoperatorias hospitalarias. En combinación con el volumen de operaciones, esta información permite conocer a los departamentos quirúrgicos las tasas de mortalidad en el día de la operación y de mortalidad posoperatoria hospitalaria. Las tasas de mortalidad pueden ayudar a los cirujanos a identificar carencias en la seguridad y orientar a los médicos en la mejora de la atención. Además, para los centros con la capacidad y la posibilidad de obtenerlos, también son importantes medidas de resultado las tasas de infección del sitio quirúrgico y la valoración de Apgar para cirugía.²

Además de las muertes y complicaciones, también pueden incorporarse al sistema de evaluación medidas de proceso que puedan ayudar a identificar lagunas de seguridad y áreas mejorables. Una mayor observancia se asocia con mejores resultados y puede identificar puntos débiles del sistema de prestación de asistencia. Se puede proponer la medición, incluso con carácter intermitente, de la frecuencia con que se observa:

- la delimitación del sitio quirúrgico por el cirujano
- la realización de un control de seguridad del equipo y la medicación anestésicas
- el uso del pulsioxímetro durante la administración de la anestesia en todos los casos
- la evaluación objetiva de la vía respiratoria
- el uso de indicadores de esterilidad para garantizar la adecuación de las prácticas esterilizadoras
- la administración de antibióticos profilácticos en el plazo de una hora antes de la incisión cutánea
- la confirmación verbal del paciente, el sitio y el procedimiento inmediatamente antes de la incisión en presencia de todos los miembros del equipo
- comunicación preoperatoria del equipo para debatir aspectos clínicos, el plan operativo y otras cuestiones problemáticas
- comunicación posoperatoria del equipo para comentar los problemas surgidos durante la intervención y los aspectos sobre la recuperación y el tratamiento del paciente

Se ha demostrado que el uso de la Lista de la OMS para la Seguridad Quirúrgica mejora la observancia de normas básicas de atención quirúrgica en diversos hospitales de todo el mundo. Aunque es probable que la relación entre la observancia de las normas y el descenso de las tasas de complicaciones dependa de múltiples factores, la mejora de la seguridad y fiabilidad de la atención quirúrgica puede salvar vidas y fomentar la confianza en el sistema de salud.

² Gawande A, et al. An Apgar score for surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; **204**:201-8

Organización Mundial de la Salud

20 Avenue Appia
CH – 1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: +41 (0) 22 791 50 60

Email

patientsafety@who.int

Visite nuestra página web en:

www.who.int/patientsafety/en/
www.who.int/patientsafety/safesurgery/en

