



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN PICHINCHA

MANUAL DE PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURAS

PICHINCHA 2015



 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 2 de 17	

INDICE	
BASE LEGAL.....	4
DEFINICIONES.....	6
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACION	
POBLACION DIANA	8
OBJETIVOS.....	9
GENERAL:.....	9
ESPECIFICOS:.....	9
PERSONAL	9
PREPARACIÓN DEL PACIENTE	9
HERRAMIENTAS.....	9
PROCEDIMIENTO.....	9
1. ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.....	9
2. ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	13
3. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	15
4. ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO	17
PROBLEMAS POTENCIALES.....	19
PUNTOS A REFORZAR	19
INDICADORES DE EVALUACIÓN	20
REGISTROS.....	20
ANEXOS.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	4

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VALIDADO POR:	APROBADO POR:
Dr. Fernando Barreiro Médico Cirujano	Dr. Constantino Alvarado V. Agregador de Valor	Lcda. Letty Moreira Responsable de Calidad	Dr. Nelson Suarez M. Director

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>UNTA LA VIDA</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 3 de 17	

BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR: Cap. II, Sección 7, Art. 32 "DERECHOS DEL BUEN VIVIR". La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo la seguridad social, los ambientes sanos y otros que, sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional"EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009-2013. Objetivo 3: "Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población", plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud, a garantizar el acceso a servicios integrales de salud, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. La Constitución aprobada en el 2008, constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay.LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO PÚBLICO. Art. 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares".A partir del 07 de Noviembre del 2013, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopta como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras las Normas Internacionales de la OMS, emitiendo bajo Acuerdo Ministerial del MSP el cual expresa lo siguiente.

Art. 2: "Disponer que la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", El Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009", y Cirugía Segura Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria). Mediante el cual, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, vigila y controla el cumplimiento de dicha disposición, asegurando así que se adopte medidas de seguridad esenciales, que sirvan para minimizar los riesgos evitables más comunes, que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos y de su aplicación en los Hospitales del Segundo y Tercer nivel de Atención".

DEFINICIONES

Según la OMS: Esta normativa es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador OFICINA LA VIDA
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 4 de 17	

quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Es un listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y se organiza en tres partes fundamentalmente:

- Comprobaciones a realizar antes de la inducción anestésica.
- Comprobaciones antes de la incisión quirúrgica.
- Comprobaciones previas a que el paciente salga del quirófano.

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados secundarios en la atención en salud, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”. Se consideran incidentes evitables, que en gran parte son el resultado de una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y probablemente de un grado de automatización del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias.

La OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan reducir los incidentes y eventos adversos evitables en la práctica clínica.

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”. La iniciativa 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 comunicación deficiente entre los

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>en la vida</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 5 de 17	

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, anestesistas, 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”. 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 muertes quirúrgicas evitables. 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.

JUSTIFICACION

La implementación de prácticas seguras, que permitan evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos es una prioridad en la atención de salud. Surge por lo tanto, la necesidad de implementar una herramienta que es el check list previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación, está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables.

Se incluyen en éste protocolo los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás profesionales de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. El cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente.

POBLACION DIANA

S .Criterios de inclusión

A. Todo paciente que ingresa al Centro Quirúrgico.

S .Criterios de exclusión

OBJETIVOS

GENERAL:

Reforzar las prácticas seguras conocidas para disminuir la posibilidad de

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>en la vida</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 6 de 17	

eventos adversos, fomentando una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas.

ESPECIFICOS:

1. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas.
2. Reducir los eventos adversos y complicaciones en la cirugía.
3. Reforzar la cultura de la seguridad quirúrgica, abordando aspectos muy comunes en el proceso peri operatorio, y principalmente dirigidos a la prevención de complicaciones.

PERSONAL

El coordinador del Listado de Verificación será el personal de enfermería.
Participantes: Anestesiólogos y Médicos Cirujanos.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

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

HERRAMIENTAS

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

PROCEDIMIENTO

1. ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.

Estos controles de seguridad deben llevarse a cabo, antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento. Se requiere la presencia del anestesista, el médico cirujano y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista

podrá llenar esta parte de una sola vez o secuencialmente; en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia.

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, debe confirmar verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador en la vida
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 7 de 17	

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 debe pedir al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación.

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

¿Se ha colocado el pulsioxímetro 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.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 8 de 17	

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

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

El Coordinador de la lista, debe confirmar verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva, si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación.

Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería— deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea, también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe 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 debe preguntar al equipo de anestesia, si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. desconozca, debe comunicarle esa información.

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,

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>UNTA LA VIDA</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 9 de 17	

si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación.

Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia antes de la incisión cutánea, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

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

2. ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA.

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

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

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo, requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad.

Ello se puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista, debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

¿Se ha confirmado la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión?

El Coordinador de la lista u otro miembro del equipo, debe pedir a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica; y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados.

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

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

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

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>en la vida</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 10 de 17	

antibiótica de las infecciones quirúrgicas, es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión.

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador debe preguntar 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.

3. 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.

Anestesiólogo: ¿Presenta el paciente algún problema específico?

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación. Especialmente, la intención de utilizar hemoderivados y cualquier característica o comorbilidad del paciente como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc. que puedan causar complicaciones.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>UNTA LA VIDA</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 11 de 17	

Muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: *“Este paciente no presenta problemas especiales”*.

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 personal instrumentista, el personal que prepara el instrumental y el equipo necesario para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad.

Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad, debe comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Este momento, ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención. Cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el personal circulante. En particular, aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: *“Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”*

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

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

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

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

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 pueden iniciarlos el personal de enfermería circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>UNTA LA VIDA</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 12 de 17	

Pueden efectuarse de manera simultánea, por ejemplo, con el cierre de la herida. Las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

El personal de enfermería 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 debe confirmar con el cirujano y el resto del equipo, el procedimiento exacto que se haya realizado.

Puede hacerse a modo de pregunta: "¿Qué procedimiento se ha realizado?" 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 personal de enfermería circulante o el instrumentista, debe confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental.

Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

- El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente).

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

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

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien. Se debe evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema.

El Coordinador de la lista, debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador en la vida
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIRO FANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 13 de 17	

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

El cirujano, el anestesista y el personal de enfermería, deben revisar el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en las cuestiones intra operatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente.

Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida, es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

Con esta última medida, se completa la Lista de verificación de la seguridad.

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

PROBLEMAS POTENCIALES

1. Errores en la ejecución de un procedimiento o intervención quirúrgica
2. Errores en la prevención
3. Errores en el diagnóstico
4. Errores en el tratamiento farmacológico
5. Errores del sistema

PUNTOS A REFORZAR

- Se debe hacer hincapié en el adecuado llenado del chek list, con un equipo entrenado y calificado en su uso. Se logra de esta manera, que se unifique criterios, reduciendo las posibles complicaciones y problemas durante el acto quirPorcentaje de cumplimiento de Cirugía Segura.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

*Porcentaje de cumplimiento de cirugía segura

Para el cumplimiento de éste protocolo se ha realizado un formulario de registro y un sello. Estos datos nos ayudan a conocer el grado de cumplimiento del protocolo.

REGISTROS

A la hora de realizar el check list debemos tener en cuenta la cumplimentación de la siguiente documentación:

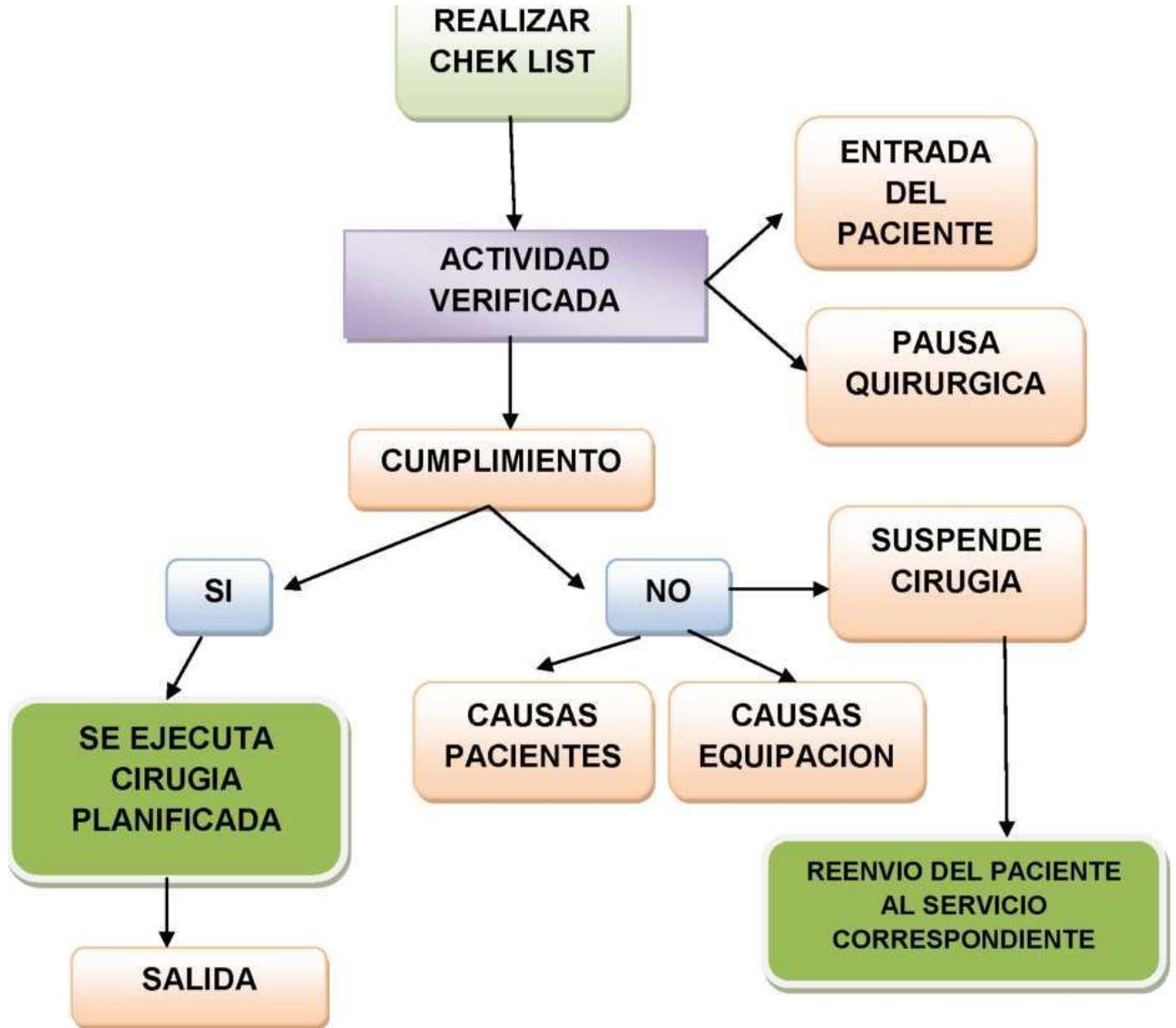
S Check list: Este formulario, a modo de guía, nos ayuda a la preparación del

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 14 de 17	

paciente para su traslado y evita que se nos pasen cosas por alto, que puedan generar errores o problemas durante el acto quirúrgico.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>enfoque en la vida</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 15 de 17	

FLUJOGRAMA DE QUIROFANO



 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL BASICO PICHINCHA	CODIGO: HBP-C.Q-001	 ecuador <small>UNTA LA VIDA</small>
	TEMA: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURA	REVISIÓN: 02	
DEPARTAMENTO/QUIROFANO	PROCESO: PROCESO AGREGADOR DE VALOR	Página 17 de 17	

BIBLIOGRAFIA

1. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: la cirugía segura salva vidas. OMS, 2009. NLM: WO 178.
2. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ª edición). La cirugía segura salva vidas. WHO/IER/PSP/2008.07.
3. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. Asturias. 2010.
4. Guía de Práctica Clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. Ministerio de Sanidad, Catalunya.2010.
5. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VALIDADO POR:	APROBADO POR:
Dr. Fernando Barreiro Médico Cirujano	Dr. Constantino Alvarado V. Agregador de Valor	Lcda. Letty Moreira Responsable de Calidad	Dr. Nelson Suarez M. Director