

Norma: RESOLUCION 28/2012

Emisor: MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Jurisdicción: Nacional

Fecha de Emisión: 23/01/2012

Publicado en: BOLETIN OFICIAL 27/01/2012

VISTO el Expediente Nº 1-2002-3454/10-1 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objeto primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimiento de patologías, directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud e instrumentos vinculados a la mejora de la calidad en la atención.

Que las citadas normativas y documentos se elaboran con la participación de entidades Académicas, Universitarias, Científicas y de profesionales, asegurando de esa forma la participación de las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que dentro de los procesos que se desarrollan en un servicio de salud existen procesos administrativos, económico-financieros, organizativos y asistenciales.

Que, de todos ellos, los procesos asistenciales son los que fundamentan por sí mismos la existencia de los Servicios de Salud, siendo las estrategias y herramientas orientadas a promover la Seguridad del Paciente como parte sustantiva de estos procesos.

Que, en los últimos años, el acceso mayor a la información científica, la necesidad de determinar adecuadamente la efectividad de los procesos asistenciales y su vinculación con los costos han determinado que los instrumentos vinculados a la calidad asistencial cobren una relevancia superlativa.

Que el Listado de Verificación para la Cirugía Segura debe ser considerado como una herramienta útil para las Instituciones y profesionales de la salud interesados en mejorar la seguridad de los pacientes durante los actos quirúrgicos y en reducir muertes y complicaciones prevenibles en relación a la cirugía.

Que dicho listado debe ser entendido como la última barrera para evitar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con las cirugías.

Que la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD ha coordinado el proceso de revisión y adaptación local del LISTADO DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA y SU MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES propuestos, en primera instancia, por la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

Que la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, Coordinadora General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS han tomado la intervención de su competencia y avalan el documento y su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébanse el LISTADO DE VERIFICACION PARA LA CIRUGIA SEGURA y SU MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES que, como Anexo, forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Contéplese la confidencialidad del paciente para la instrumentación de la lista de verificación quirúrgica, como también el mecanismo adecuado que permita la rúbrica de cada profesional interviniente en cada fase correspondiente al curso la operación, complementariamente a la rúbrica del Coordinador de la lista respectiva.

Art. 3º — Difúndase, a través de la Coordinación General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, el citado instrumento, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación del mismo en el marco de dicho Programa Nacional referido en el presente artículo.

Art. 4º — Agradecer a la Comisión Nacional Asesora de Seguridad de los Pacientes integrada por ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIAS MEDICAS, la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA, la FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA, la ASOCIACION ARGENTINA DE ENFERMEROS EN CONTROL DE INFECCIONES, la ASOCIACION ARGENTINA DE INSTRUMENTADORAS QUIRURGICAS, la COMISION INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, la CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA, la FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REHABILITACION, la FUNDACION AVEDIS DONAVEDIAN, el HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRIA SAMIC PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN, el HOSPITAL NACIONAL

PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS, la ASOCIACION PACIENTES ONLINE, el PROGRAMA FEDERAL DE SALUD, la RED AYUDA MEDICO PACIENTE, la SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA, la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, la SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA y la SOCIEDAD ARGENTINA PARA LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LA SALUD por la importante colaboración prestada a este Ministerio en la confección del instrumento que figura en el anexo de la presente Resolución.

Art. 5º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO

MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES PARA EL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA

Esta lista de verificación debe entenderse como una herramienta útil para las Instituciones y profesionales de la salud interesados en mejorar la seguridad de los pacientes durante los actos quirúrgicos y en reducir muertes y complicaciones prevenibles en relación a la cirugía.

La lista puede modificarse para ser adaptada al contexto local y debe ser entendida como la última barrera para evitar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con las cirugías.

El Listado de verificación de la Seguridad de la Cirugía permite, de manera rigurosa y sistemática, seguir paso a paso, todos y cada uno de los puntos detallados en la planilla, los cuales fueron seleccionados y modificados del instrumento original — elaborado por la Organización Mundial de la Salud— por la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad de los Pacientes.

Los puntos que contempla este listado de verificación son las cuestiones indispensables que deben ser tenidas en cuenta para poder realizar una cirugía segura. Cada institución que ponga en práctica este instrumento podrá efectuarle agregados para lograr su adaptación a diferentes contextos.

El listado puede ir incorporándose paulatinamente para su uso en todas las intervenciones quirúrgicas que se realicen, ya sean intervenciones programadas, urgencias, cirugías pediátricas, etc.

Implementación

Es necesario que la persona designada para asumir el rol de coordinador de la lista, preferentemente el circulante de quirófano, sea designada POR LA DIRECCION DEL HOSPITAL y cuente con el aval correspondiente.

El listado de verificación puede ser incorporado como documento a la Historia Clínica (HC) del paciente y debe llevar la firma del circulante de quirófano en cada una de las fases del acto quirúrgico.

La lista divide la operación en tres fases correspondientes a un período concreto de tiempo en el curso de una operación:

- El anterior a la inducción de la anestesia: ENTRADA
- El posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión: PAUSA QUIRURGICA
- El de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior pero anterior a la salida del paciente de quirófano: SALIDA. Dividido en dos etapas: antes del cierre de la herida quirúrgica y antes de la salida 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 quirúrgico ha llevado a cabo todas sus tareas.

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.

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.

Todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda o el paciente, con el fin de garantizar la realización de las acciones.

ANTES DE LA ENTRADA A QUIROFANO COMPLETAR:

- DATOS DEL PACIENTE:

Como primer punto se deben completar los siguientes datos del paciente antes de que éste ingrese a quirófano. Esto se efectuará en función de su Historia Clínica o de los chequeos prequirúrgicos:

Nombre y apellido

Número de DNI

Número de Historia Clínica

Procedimiento a realizar

Si la intervención se realiza para una urgencia, y no se cuenta con algunos de estos datos, se colocará en observaciones y en procedimiento se aclarará el nombre del mismo y su carácter de urgencia.

ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA

INGRESO DEL PACIENTE A QUIROFANO:

La verificación de los ítems siguientes requiere la presencia del anestesista, del circulante de quirófano y del cirujano o algún miembro del equipo quirúrgico.

LOS SIGUIENTES ITEMS SE DEBERAN VERIFICAR CON EL PACIENTE:

Antes de la inducción de la anestesia, el coordinador deberá revisar verbalmente con el paciente (cuando sea posible):

- IDENTIDAD
- SITIO QUIRURGICO
- LADO (SI CORRESPONDE)
- PROCEDIMIENTO
- CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO
- AYUNO SEGUN PROTOCOLO (SI CORRESPONDE)
- BAÑO PREVIO SEGUN PROTOCOLO

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad (nombre y apellido y número de documento), el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y si esta firmado el consentimiento del paciente para su realización, sólo luego de realizado esto se marcará la casilla.

Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada, en el lugar anatómico equivocado, ni que se realiza una intervención equivocada. Se debe corroborar que los datos del paciente coincidan con los datos colocados anteriormente en el encabezado.

Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo, en el caso de pacientes incapacitados o niños, puede asumir esta función un familiar o tutor y se debe dejar constancia de ello en el listado de verificación, en el apartado de OBSERVACIONES.

En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omite este paso, por ejemplo en una emergencia, se marcará la casilla correspondiente a PACIENTE NO PUEDE RESPONDER. Cada institución deberá habilitar los medios para la correcta identificación del paciente de acuerdo con sus normativas.

El consentimiento informado debe estar firmado antes de realizar cualquier procedimiento, el coordinador corroborará que este paso este cumplido.

- AYUNO SEGUN PROTOCOLO (SI CORRESPONDE)

- BAÑO PREVIO SEGUN PROTOCOLO

La verificación de Ayuno deberá realizarse en el caso que corresponda y se adaptará a los protocolos de cada establecimiento. La verificación de Baño previo también se adecuará al protocolo de cada lugar.

El circulante deberá indagar, antes de completar la casilla, si se cumplieron estos dos puntos con preguntas que serán realizadas al paciente o al familiar.

La realización del baño previo es fundamental, ya que, al producirse la incisión quirúrgica en la piel, los microorganismos que colonizan la superficie cutánea pueden contaminar los tejidos subyacentes y por ende generar una infección de sitio quirúrgico (ISQ). Aquellos procedimientos que reducen el número de microorganismos en piel, también disminuyen el riesgo de ISQ.

LOS SIGUIENTES ITEMS SE DEBEN VERIFICAR CON EL ANESTESIOLOGO:

- CONTROL DE EQUIPAMIENTO DE LA ANESTESIA

El coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención.

Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia, para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento y proceder a marcar el ítem correspondiente.

- OXIMETRO DE PULSO COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO

El coordinador de la lista, para poder marcar el ítem, confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha recomendado la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de él, 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.

Puntos claves:

- 1.- Asegurar el funcionamiento correcto del oxímetro de pulso.
- 2.- Probar su funcionamiento en algún integrante del equipo quirúrgico.
- 3.- Evaluar las manos, dedos y uñas del paciente, dado que es fundamental que se encuentren en condiciones de higiene óptimas para un correcto funcionamiento del sistema de medición.
- 4.- Despintar, si fuese necesario las uñas de pacientes que lleguen a quirófano si no han sido evaluadas en el área de internación.
- 5.- Descontaminar las pinzas del oxímetro con clorhexidina luego de ser utilizados y entre paciente y paciente.
- 6.- Asignar a una persona en particular el control de funcionamiento del oxímetro.

- VERIFICACION DE EXISTENCIA DE ALERGIAS CONOCIDAS EN EL PACIENTE

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

- CHEQUEO DE LA VIA AEREA RIESGO DE ASPIRACION

Aquí el coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado objetivamente si el paciente tiene una vía aérea difícil. Hay múltiples formas de graduar la vía aérea, como la escala Mallampati, la distancia tiromentoniana y la escala Bellhouse-Doré.

Una evaluación objetiva de la vía aérea usando un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. Si la evaluación de la vía aérea indica un riesgo alto de dificultad (como un Mallampati de 3 o 4) el equipo de anestesia deberá prepararse para abordar una vía aérea difícil. Esto incluye, como mínimo, el ajuste del enfoque de la anestesia (por ejemplo, realizar una anestesia regional si es posible) y controlar que los equipos de emergencia están disponibles.

Para los pacientes de los que se conozca la dificultad de la vía aérea o que tengan riesgo de aspiración, el ítem de la lista sólo se debería marcar (y proceder a la inducción de la anestesia) una vez que el profesional de anestesia confirme que tiene el equipo adecuado y la ayuda precisa.

- VERIFICACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS (SI CORRESPONDE)

El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente.

El tiempo de administración de la primera dosis deberá hacerse entre 30 y 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. En el caso de utilizar antibióticos como la Vancomicina o Ciprofloxacina, se deberán tomar en cuenta los tiempos de administración recomendados para los mismos.

- CONOCIMIENTO DE COMORBILIDADES DEL PACIENTE

En este punto se revisará la posibilidad de existencia de comorbilidades que puedan provocar problemas durante la operación.

Si bien el anesesiólogo es el que responde, debe estar presente el cirujano. Este punto se completará una vez que el equipo quirúrgico tomó conocimiento de las posibles comorbilidades que están descriptas en la HC, si no se revisó con anterioridad deberá hacerlo en este momento pudiendo consultarlo y verificarlo con el paciente de ser necesario.

LOS SIGUIENTE PUNTOS SE VERIFICARAN CON EL CIRUJANO:

- DEMARCACION DEL SITIO (SI CORRESPONDE)

El coordinador de la lista debe confirmar visualmente que el cirujano, o su ayudante, ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Luego de realizar esta confirmación se marcará el ítem.

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

- CHEQUEO DE DISPONIBILIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (SI CORRESPONDE)

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. El coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse.

El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar deberá constar en el apartado OBSERVACIONES que lo hace sin este material.

Además, hay otros resultados que deben estar disponibles en la Historia Clínica como ser biopsias preoperatorias críticas, laboratorio, estudios de coagulación. Si alguno de ellos es necesario y no está el cirujano decidirá si se realiza la cirugía o no y se dejará constancia en el apartado OBSERVACIONES de la ausencia de estos estudios.

- VERIFICACION DE RIESGO DE HEMORRAGIA (tener una pérdida sanguínea >500ml (7ml/kg. en niños).

En este punto, el coordinador le preguntará al cirujano 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 posibilidad 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 anestesiólogo y a los instrumentadores.

Si el anestesiólogo conoce que existe riesgo de hemorragia, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda 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. Luego de realizar todas estas verificaciones se marcará el ítem correspondiente. (Nótese que durante la "Pausa quirúrgica" el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al instrumentador quirúrgico).

LOS SIGUIENTES PUNTOS SE DEBEN VERIFICAR CON EL INSTRUMENTADOR CIRCULANTE:

- CIRUJANO E INSTRUMENTADOR VERIFICARON LOS MATERIALES PROTESICOS NECESARIOS

El circulante chequea la disponibilidad de los implantes esenciales (mallas o prótesis) y el estado de los mismos. Este paso se debe hacer con la presencia del cirujano o de algún miembro del equipo de cirugía. Se debe recordar marcar la casilla luego de verificar este punto.

- CONFIRMACION DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL

- CHEQUEO DE CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS NECESARIOS

El instrumentador que prepara el instrumental y los equipos necesarios para la operación debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que 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 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.” y se marcará el ítem.

La persona responsable —coordinador— del listado de verificación deberá firmar y colocar su sello luego de completados todos los ítems de este período de implementación del instrumento.

PRE-INCISION O PAUSA QUIRURGICA

El período que se extiende desde la inducción anestésica hasta antes de la incisión quirúrgica, se denomina PAUSA QUIRURGICA.

El circulante debe confirmar:

- QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRURGICO ESTAN PRESENTES
- QUE TODOS LOS MIEMBROS SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCION

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. El circulante debe asegurarse que están presentes todos los miembros del equipo.

La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación.

El coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas que están 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. Una vez que este realizado este paso se marcarán los ítems correspondientes.

El equipo debe realizar una pausa justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que está realizando la operación correcta en el paciente correcto y en el lugar correcto, revisando luego cada uno por turno los elementos críticos de su plan para la intervención usando las preguntas de la lista de comprobación como orientación.

CIRUJANO, ANESTESISTA Y CIRCULANTE CONFIRMAN VERBALMENTE:

- IDENTIDAD DEL PACIENTE

- SITIO QUIRURGICO

- PROCEDIMIENTO

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación internacional. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el coordinador de la lista 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 en que debe colocarse al mismo.

Por ejemplo, el circulante anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el circulante hayan confirmado, de forma explícita e individual, que están de acuerdo.

- CHEQUEO DE CONTROL DE DECUBITOS Y FIJACION DEL PACIENTE

Hay intervenciones que requieren que los pacientes sean colocados en posiciones especiales, de no controlarse esto se pueden provocar lesiones por decúbito (parálisis nerviosas por compresión, úlceras, lesiones oculares, etc.).

Este punto implica la verificación verbal y la modificación, de ser necesaria, del control de los decúbitos y fijación del paciente para poder marcar el ítem.

- PREVISION DE EVENTOS CRITICOS

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 comunica cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de instrumentación sobre los principales peligros y los planes operatorios.

Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesista y al personal de instrumentación si tienen alguna reserva en particular.

EL CIRUJANO REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO:

- PASOS CRITICOS DE LA OPERACION

- POSIBLES IMPREVISTOS

- PERDIDA DE SANGRE PREVISTA

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos” 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. Se marcará la casilla luego de revisar todos estos puntos con el equipo.

- EL ANESTESISTA REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO POSIBLES PROBLEMAS ESPECIFICOS QUE PUEDE PRESENTAR EL PACIENTE

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 paciente no presenta problemas especiales”, en ese momento se completará la casilla correspondiente.

La persona responsable —coordinador— del listado de verificación deberá firmar y colocar su sello luego de completados todos los ítems de este período de implementación del instrumento.

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA “PAUSA QUIRURGICA” EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACION

FIN DE LA CIRUGIA

La fase de “Salida” puede iniciarla el circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano.

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

El circulante confirma antes de que el paciente salga del quirófano:

PREVIO AL CIERRE DE LA HERIDA QUIRURGICA

- EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el

procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”.

- EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL, GASAS Y AGUJAS ES CORRECTO

El circulante y el instrumentador propiamente dicho realizan juntos el recuento de materiales antes del comienzo de la intervención quirúrgica, siendo éste el punto de partida de los recuentos subsiguientes dentro del Quirófano.

- El instrumentador realiza el recuento de todos los materiales dispuestos sobre la mesa estéril.

- El Circulante anota de inmediato el número de materiales de cada tipo en el registro de recuento; para realizar este procedimiento resulta útil disponer de formularios impresos.

a) – Recuento: Este procedimiento se realiza en tres áreas diferentes, antes del cierre de una cavidad, de una incisión grande y profunda.

Recuento del campo: el cirujano o el ayudante colaboran con el instrumentador con el recuento en el campo quirúrgico.

Recuento de la mesa: el instrumentador realiza el recuento de los materiales que hay sobre la mesa del instrumental.

Recuento del suelo: el Circulante recuenta los materiales que se han recogido de los lebrillos que corresponden a los materiales salientes del campo estéril, siendo los mismos verificados por el instrumentador.

Asimismo, el Circulante totaliza los recuentos del campo, de la mesa y de los lebrillos.

- En caso de NO existir diferencias, se le indica al cirujano que éstos son correctos.

Generalidades:

- En caso de la omisión de un recuento por causa de una urgencia extrema, debe documentarse en el registro según normas y procedimientos institucionales.

- Si se retiene intencionalmente alguna compresa para hacer un relleno, o si un instrumental debe permanecer junto al paciente, también debe documentarse.

- La responsabilidad de todos los materiales utilizados durante la intervención quirúrgica es del circulante y del instrumentador, quienes son los que realizan los procedimientos de recuentos.

Recuento incorrecto

Para tal caso cada institución debe tener previstas Normas y Procedimientos.

Se recomienda:

- Informar inmediatamente al cirujano.
 - Repetir el recuento completo.
 - Revisar el campo quirúrgico y la herida.
 - Revisar recipientes de residuos, bajo los muebles, cestos de lavandería, etc.
 - Informar al inmediato superior para que compruebe el recuento.
 - Luego de agotar todas las opciones de búsqueda, las normas estipulan la realización de una placa radiográfica al paciente antes de abandonar el centro quirúrgico.
 - Si el recuento es incorrecto no se debe completar el ítem y se debe documentar el incidente en OBSERVACIONES del listado de verificación, en el parte quirúrgico y en la Historia Clínica del paciente, donde se indicarán todas las acciones realizadas para localizar el material extraviado, incluso cuando éste haya sido individualizado por Rx.
- EL CIRCULANTE CONFIRMA QUE EL ROTULADO DE LAS MUESTRAS ES CORRECTO

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas y microbiológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El 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 que deba ser puesto en la etiqueta.

- EL CIRCULANTE CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI SE DETECTARON PROBLEMAS 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.

Si se ha detectado algún problema éste deberá ser registrado en OBSERVACIONES.

- EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACION Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (INDICACIONES POST QUIRURGICAS).

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación post operatorio, 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.

- TRASPASO ESCRITO DE MEDICACION POST QUIRURGICA

- CONTROL DE NORMOTERMIA POST OPERATORIA

El traspaso escrito de la medicación post quirúrgica se ajustará a las normas legales vigentes.

La temperatura corporal de los pacientes puede descender de 1 a 1.5 °C durante la primera hora de anestesia general. La anestesia regional también causa hipotermia central. La hipotermia intraoperatoria altera la función inmune (destrucción oxidativa por parte de los neutrófilos) generando una vasoconstricción dérmica y disminución del flujo sanguíneo al sitio quirúrgico que resulta en un incremento posterior del riesgo de ISQ (infección de sitio quirúrgico) debido al descenso tisular de la tensión de oxígeno. Otros efectos adversos incluyen la reducción de la función plaquetaria, escalofríos, activación del sistema nervioso simpático y eventos cardíacos adversos.

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO:

- PARTE QUIRURGICO COMPLETO

- PARTE ANESTESICO COMPLETO

La realización de un parte quirúrgico y anestésico completo asegura el control adecuado del paciente y facilita la vigilancia epidemiológica de Infecciones de Sitio Quirúrgico, por lo cual deben ser realizados antes de que el paciente salga de quirófano.

La inclusión de estos puntos en el listado de verificación obedece a la importancia que tiene la vigilancia de intervenciones quirúrgicas, permitiendo el conocimiento de indicadores —su evaluación y análisis— y facilitándoles a cada institución la intervención oportuna y adecuada con base en datos reales.

La persona responsable —coordinador— del listado de verificación deberá firmar y colocar su sello luego de completados todos los ítems de este período de implementación del instrumento.

CON ESTA ULTIMA MEDIDA SE COMPLETA LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD

Este manual es una adaptación realizada por la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad del Paciente en base al Listado de verificación Quirúrgica de la OMS y su Manual de Aplicación (con agregados del Documento Final de Consenso Taller SADI-INE post Congreso SADI 2009-Prevención de la infección del sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y post-operatorio).

Participaron del proceso las siguientes organizaciones (por orden alfabético):

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas
- Asociación Argentina de Cirugía
- Asociación Argentina de Enfermería
- Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones
- Asociación Argentina de Instrumentadoras Quirúrgicas
- Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica
- Confederación Farmacéutica Argentina
- Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Rehabilitación
- Fundación Avedis Donavedian
- Hospital Nacional de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan
- Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas
- Pacientes Online
- Programa Federal de Salud
- Red Ayuda Médico Paciente
- Sociedad Argentina de Infectología
- Sociedad Argentina de Pediatría
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
- Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud.