

**WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY
IMPLEMENTATION MANUAL WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST
EDITION)
SAFE SURGERY SAVES LIVES**

**MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE
CIRUGIA SEGURA
INTRODUCCIÓN**

El Listado de Chequeo de Cirugía Segura es una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesistas, enfermeras, otros profesionales sanitarios y con pacientes de todo el mundo, se ha identificado un conjunto de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

La Lista de Chequeo de Cirugía Segura, tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Cada uno de los puntos de control ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.

La Lista de Chequeo de Cirugía Segura se ha diseñado asimismo para que sea simple y breve. Muchos de sus pasos ya están aceptados como parte de las rutinas de práctica en las instalaciones de todo el mundo. Se trata de verificar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en la atención quirúrgica normal que se desarrolla en cada centro en el marco del macroproceso de Hospitalización.

**LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA EN FUNCIONAMIENTO VISTA
RÁPIDA**

Para implantar la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, se recomienda que una única persona sea la responsable de chequear las casillas del listado. El coordinador de la Lista de Chequeo suele ser la enfermera circulante, aunque podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.

La Lista de Chequeo divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento; el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada o Sign In), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (“Pausa quirúrgica” o Time Out, y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (Salida o Sign Out).

En la Entrada (Sign In) antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar, y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del

paciente, la posible dificultad en la vía aérea, y las alergias, así como si se ha completado o no la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

En la “Pausa quirúrgica” (Time Out), el equipo realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía.

Finalmente, durante la Salida (Sign Out), el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

En la complejidad de un quirófano, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio.

Mediante la designación de una única persona para confirmar que se completa cada paso de la lista chequeo, y hasta que los miembros del equipo se familiaricen con el listado de verificación, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión	Antes que el paciente salga del quirófano
<input type="checkbox"/> Paciente ha confirmado: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Zona a ser operada • Procedimiento a realizar • Consentimiento 	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado por nombre y función	Enfermera revisa verbalmente con el equipo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Que el nombre del procedimiento está registrado <input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumentos, gasas y agujas es correcto <input type="checkbox"/> El etiquetado de la muestra o espécimen (inclusive nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas para corregir en algún instrumento
<input type="checkbox"/> Se ha marcado la zona a ser operada/ no se aplica	<input type="checkbox"/> Cirujano, anesthesiologo y enfermera confirman verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente • Zona a ser operada • Procedimiento 	
<input type="checkbox"/> Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia	Eventos anticipación de eventos críticos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cirujano revisa: <ul style="list-style-type: none"> • Pasos críticos o inesperados, tiempo operatorio, pérdida de sangre <input type="checkbox"/> Equipo de anestesia revisa: <ul style="list-style-type: none"> • riesgos específicos del paciente <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa: <ul style="list-style-type: none"> • esterilización de equipos (inclusive uso de indicador) • riesgos específicos relativos al equipo 	
<input type="checkbox"/> Oxímetro colocado en el paciente y funcionando		
Se sabe si el paciente tiene: Alergia conocida <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no Vía aérea problemática/ riesgo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (y el equipo y la asistencia debida están disponibles) Riesgo de pérdida de sangre más de 500 ml de (7 ml/kg en niños) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si y tiene una vía EV y reemplazo planificado 	<input type="checkbox"/> El cirujano, anesthesiologo y enfermera revisan los temas clave para la recuperación y manejo posterior de este paciente	
	Se aplicado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se aplica al procedimiento Las imágenes indispensables están a la vista <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se aplica al procedimiento 	

COMO PONER EN FUNCIONAMIENTO LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA

La Entrada ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería.

El coordinador de la lista de chequeo puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los controles en la Entrada son los siguientes:

Obtención del consentimiento informado.

Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia.

Confirmación de la identificación del paciente, localización quirúrgica y procedimiento.

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y la localización de la cirugía. A pesar de que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o un procedimiento erróneo. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, **ENTRADA (Sign in)** como ante niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol.

Marca del sitio quirúrgico o “No aplica”.

El coordinador de la lista de chequeo ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador permanente), fundamentalmente en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).

Chequeo de seguridad anestésica completado

El coordinador rellenará este paso preguntando al anestesista sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso.

Una regla nemotécnica útil es realizar un ABCDE:

Airway equipment; un examen del equipo para la vía aérea;

Breathing system: respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios);

SuCTION: aspiración;

Drugs and Devices drogas y dispositivos;

Emergency medications: medicación de emergencias, equipamiento... confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

* Existen distintos listados de verificación anestésica respaldados por sociedades profesionales que se utilizan en la actualidad con este propósito.

Pulsioximetría en el paciente y funcionando

El coordinador de la lista de chequeo confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debería estar a la vista del equipo de quirófano.

Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?

El coordinador de la lista de chequeo realizará esta y las siguientes dos preguntas al anestesista: primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así cuál?. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesista está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea?

Aquí el coordinador confirmará verbalmente con el anestesista que ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Existen varios modos de clasificar la vía aérea (tales como la escala de Mallampati, la distancia tiromentoniana, y la clasificación de Bellhouse-Doré –extensión atlanto-occipital-).

Una evaluación objetiva de la vía aérea utilizando un método validado es más importante que el tipo de método en sí.

Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (p.e. una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado –un segundo anestesista, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería-, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos. En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla debería marcarse sólo (empezada la inducción anestésica) una vez que el anestesista confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente.

¿Tiene el paciente riesgo de perder >1000cc de sangre?

Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de un litro de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre. Ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente con una pérdida de sangre >1000cc (ó 15cc/Kg).

En el caso de niños, la lista de chequeo está diseñado para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre/fluidos.

* Llegados a este punto se completa la Entrada (Sign IN), y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Cirujano, enfermera y anestesista confirman verbalmente el paciente, la localización, el procedimiento y la posición

Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista de chequeo, u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento, y confirma verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma, y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “Vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?”

Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que confirme esto mismo también.

Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador preguntará en voz alta durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out) si se ha administrado profilaxis antibiótica **PAUSA QUIRURGICA (Time out)** en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis; la casilla debe dejarse en blanco si no se proporciona dosis adicional.

Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (p.e. en casos en los que no hay incisión de la piel, o en casos de contaminación en los que se da tratamiento antibiótico), puede marcarse la casilla de “No aplica” una vez que el equipo confirma esto verbalmente.

Visualización de las imágenes esenciales

Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out), el coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso.

Si es así, el coordinador deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de “No aplica”.

Anticipación (previsión) de incidentes críticos

La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica.

Para asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la “Pausa quirúrgica” el coordinador de la lista de chequeo guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los peligros críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las consideraciones (o preocupaciones) específicas de cada miembro del equipo. El orden de la discusión no importa, pero cada casilla se chequea sólo después de que cada disciplina proporcione la información. Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo, el cirujano simplemente expone “Este es un caso de rutina de X duración”, y luego pregunta al anestesista y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

El cirujano repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre?

Informar al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria. Es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial.

El anestesista repasa: ¿cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hay?

En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y/o cualquier complicación, característica o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o arritmia. Se entiende que en muchas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesista puede simplemente decir “No hay ninguna precaución especial en este caso”.

La enfermera repasa: ¿cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente?

La enfermera instrumentista debería confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente.

Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que la enfermera instrumentista o la enfermera circulante puedan tener, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesista. Si no existen precauciones especiales, la enfermera instrumentista puede decir “Esterilización verificado. No hay precauciones especiales”.

Otras verificaciones

Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. El propósito es usar la “Pausa quirúrgica” como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente. Antes de comenzar con la “Pausa quirúrgica” se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique a sí mismo por el nombre, y verbalice su papel durante la intervención. Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial, y/o medidas médicas, como la heparina cuando estén indicadas; la disponibilidad de los implantes esenciales (como una malla o una prótesis); y la revisión de los resultados de una biopsia preoperatoria, resultados de laboratorio, o tipo de sangre.

Llegados a este punto la Pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención.

La Salida (Sign out) ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio, y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de Salida.

El cirujano repasa con todo el equipo:

o Qué procedimiento se ha realizado

o Los eventos intraoperatorios importantes

o El plan previsto a fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente; la persona que coordina la lista de chequeo pedirá al cirujano que revise tres cosas en voz alta:

(1) Qué procedimiento se ha realizado exactamente como estaba planificado, el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas;

(2) Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el **SALIDA (Sign out)** postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis);

(3) El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar “Este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”.

El anestesista revisa con todo el equipo:

o Los eventos intraoperatorios importantes

o El plan de recuperación

El coordinador debería pedir al anestesista que revise en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca, y dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesista debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.

Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesista puede simplemente afirmar “La anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

La enfermera revisa con todo el equipo:

o El recuento de gasas e instrumental

o La identificación de muestras (incluyendo el nombre del paciente)

o Los eventos intraoperatorios importantes/plan de recuperación

La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental.

La enfermera debería confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa.

La enfermera circulante y/o la enfermera instrumentista deberían revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo.

Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de drenajes, medicación, y fluidos que no estén claros.

* Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad. Sería deseable que en la lista de chequeo figure la firma y fecha, y que se adjunte a la historia del paciente, o que se conserve simplemente para revisiones de garantía de calidad.

INTRODUCIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD

Llevará algo de práctica a los equipos aprender a usar la lista de chequeo de cirugía segura efectivamente.

Algunas personas pueden percibirlo como una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite de memoria o interrumpir los flujos de trabajo. Se intenta proporcionar a los equipos un conjunto simple, eficiente, de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y para promover activamente que se considere la seguridad del paciente en cada intervención que se realice. Muchas de las medidas de la lista de chequeo ya se siguen en los quirófanos de todo el mundo.

En pocos quirófanos, no obstante se siguen todas ellas o se asegura el nivel de atención explícita que se requiere para hacerlo consecuentemente. Esta lista de chequeo proporciona una herramienta para dos propósitos: permitir esta consistencia en la seguridad del paciente, e introducir (o mantener) una cultura que valore que eso se consiga.

La implantación exitosa requiere que se adapte a las expectativas y rutinas locales. Esto no será posible sin un sincero compromiso de los líderes del hospital.

Por último, para asegurar su brevedad, la lista de chequeo de cirugía segura no está diseñada para ser exhaustivo. Cada centro en particular puede tener medidas de seguridad adicionales.

Se fomenta por lo tanto que se reformatee, reordene, o revise la lista de chequeo para acomodarlo a la práctica local mientras se garantice que se completan las medidas de seguridad críticas.