DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

GUIA DE IMPLEMENTACION DE CIRUGIA SEGURA 2015

DR. PEDRO SILVA MARTEL
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro QX.

CIRUGIA SEGURA

- Para responder el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas'[1], nuestro país mediante la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.

- Con RM Nº 1021 aprobado el 30 de diciembre del 2010, resuelve: aprobar la “Guía de implementación de verificación de la Cirugía Segura”.

FINALIDAD:

Disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud.

OBJETIVOS:

Estandarizar el proceso De Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud

AMBITO DE APLICACION

Es de aplicación a nivel nacional en todos los establecimientos de salud, públicos y privados en los cuales se realizan intervenciones quirúrgicas.

CONSIDERACIONES GENERALES

Definiciones Operativas

•**Pausa quirúrgica.-** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

•**Barrera de seguridad.-** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Estrategia de cirugía limpia.- Incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

Estrategia de anestesia segura.- Presencia de un anestesiólogo entrenado, Pulsioximetria disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.

Estrategia de profesionales seguros.- Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes

REQUERIMIENTOS BASICOS

- Contar con un Equipo Conductor designado a través de una resolución autoritativa del Hospital y/ o Instituto Especializado.
- Entorno y recursos quirúrgicos adecuados.
- Implementar estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros.

CONCEPTOS BASICOS

•**Seguridad del paciente.-** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

•**Complicación.-** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.

Evento adverso.- Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o le hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.

Efecto adverso.- Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

•**Incidente.-** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

•**Evento centinela.-** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

•**Riesgo.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

Etapa I:

Planeamiento y Organización
Reunión con los jefes de los departamentos y servicios.
Conformar el Equipo Conductor

El Equipo Conductor estará conformado por:

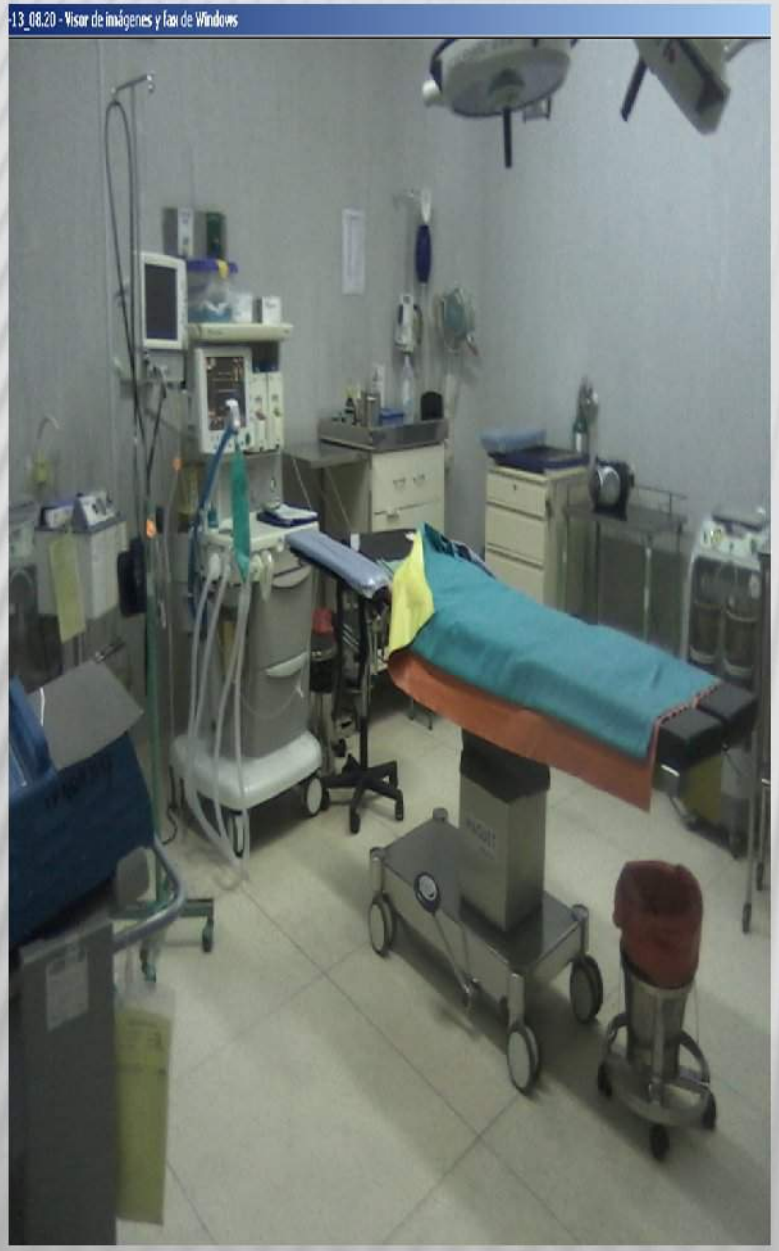
Médicos con especialidades quirúrgicas.
Médicos Anestesiólogos.
Licenciadas en Enfermería.
Responsable de la Oficina/unidad/área de Calidad.
Responsable de la Oficina/unidad/área de Epidemiología.

Funciones del Equipo Conductor:

- Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía .
- Identificar a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía .
- Incorporar el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el proceso de atención quirúrgica, con la máxima eficiencia y mínima interrupción.
- Remitir información periódica a la Dirección sobre los avances en el proceso de implementación.
- Retroalimentación de los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Plantear propuestas de mejora en consenso con el personal involucrado.

Difusión de los logros institucionales a nivel de Departamento y/o Servicio, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

VALIDACIÓN Y DEFINICIÓN DE CÓMO SE APLICARÁ LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA



Antes de empezar a aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, hay que probarla en simulaciones realizadas en torno a una mesa, pero también en condiciones reales por un equipo quirúrgico.

En caso de existir alguna modificación en el contenido de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía o en la forma de incorporarla al proceso, se volverá a probarla con las modificaciones respectivas

VALIDACION Y VERIFICACION DE CÓMO SE APLICARA LA CIRUGIA SEGURA

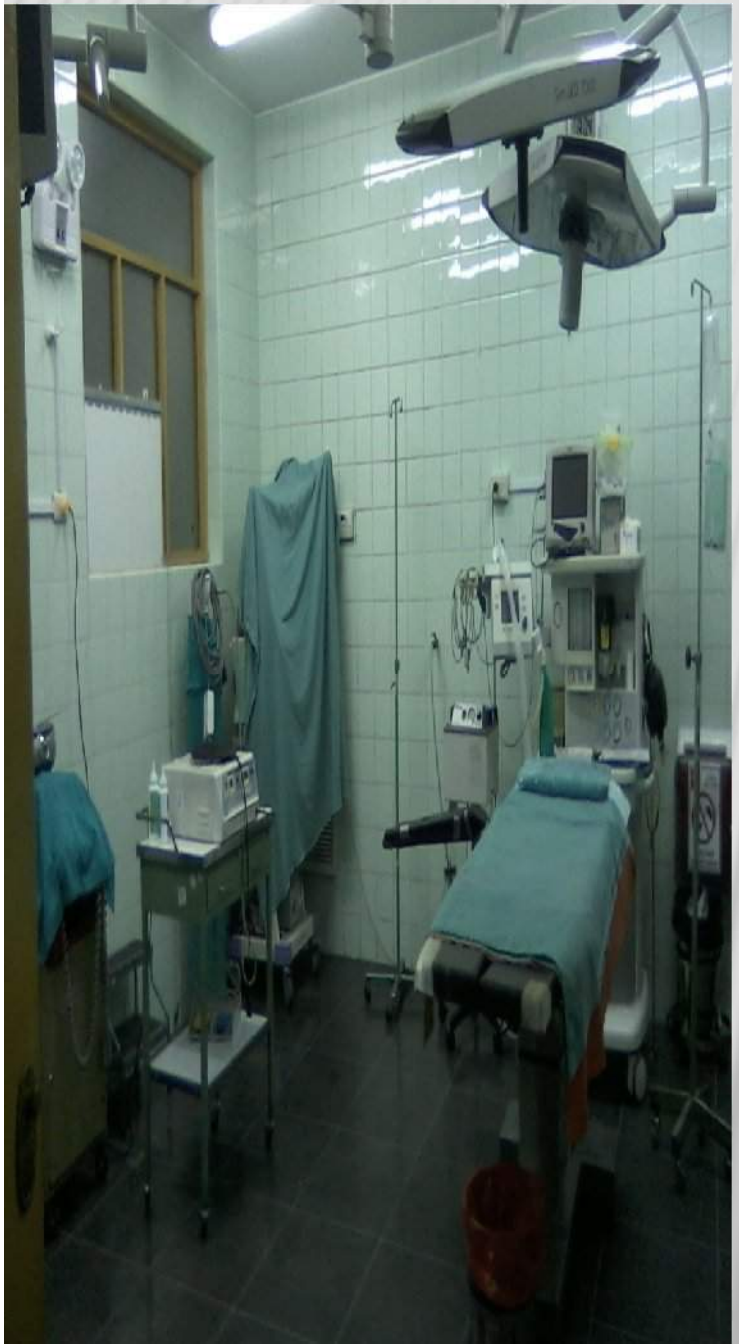
Antes de empezar a aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, hay que probarla en simulaciones realizadas en torno a una mesa, pero también en condiciones reales por un equipo quirúrgico.

En caso de existir alguna modificación en el contenido de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía o en la forma de incorporarla al proceso, se volverá a probarla con las modificaciones respectivas.

CAMPAÑA DE DIFUSION DE CIRUGIA SEGURA

Consiste en concientizar a los Directivos, personal que labora en Sala de Operaciones, Departamento y Servicio de Cirugía, del establecimiento de salud, sobre la importancia del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, a través de carteles, afiches, gigantografías y videos, con la finalidad de mostrarla como una herramienta importante para la mejora de los resultados quirúrgicos

IMPLEMENTACION DE LA VERIFICACION DE LA LISTA DE CIRUGIA SEGURA



Designar un coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Una sola persona por turno quirúrgico, debe ser el Coordinador, responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y chequear las casillas del listado, esto es esencial para su éxito. Se recomienda que sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica.

El coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no es cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.

MAQUET

APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

ENTRADA

El Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería.

Los controles en la entrada son los siguientes:

a) Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia.

Confirmación con el paciente la identificación, 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 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. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI/historia clínica/fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente.

e AGOSTA S.

Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN), un tutor, miembro de la familia o responsable puede asumir este rol. Esta verificación se puede hacer colocando un brazalete al paciente (o adhesivo con datos señalados), en el que figure sus datos de identificación, los mismos que deberán ser verificados por el tutor o familiar antes de su ingreso a sala.

ENTRADA

•Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico

El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía, graficando una flecha (normalmente con un rotulador permanente), sobre todo 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).

d) Chequeo completo de seguridad anestésica

El Coordinador completará este paso preguntando al anestesiólogo 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:

Examen del equipo para la vía aérea.

Respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios). - Aspiración. - Drogas y dispositivos,

- Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando

El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno.

APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

ENTRADA

¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?

El coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consultará al anestesiólogo: si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así identificar cual es. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

¿Tiene el paciente alguna dificultad en fa respiración?

Asimismo, el coordinador confirmará verbalmente con el anestesiólogo -que ha valorado objetivamente- si el paciente presenta dificultad en la vía aérea.

Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (Ejemplo: una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.

En caso de que el paciente tenga una reconocida dificultad de la vía aérea, contestar a la pregunta si hay instrumental y equipos/ayuda disponible, marcando la casilla correspondiente.

¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre?

Preguntar sí el paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml. de sangre en caso de ser paciente adulto ó 7 ml/kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/ Central).

PAUSA QUIRURGICA

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

•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.

•El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.

Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 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 "¿Están todos 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 anestesiólogo el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que también confirme esto.

•Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.

Confirmar que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica, la respuesta debe darse en voz alta y personalmente.

PAUSA QUIRURGICA

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" si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica puede marcarse la casilla de "No Procede" una vez que el equipo confirma esto verbalmente.

Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el Cirujano tratante puede decidir si repite o no la dosis. La aplicación del antibiótico profiláctico debe ser estandarizada en todo el establecimiento de salud de acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar, y en concordancia con los criterios de racionalidad

PAUSA QUIRURGICA

establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).

Previsión de incidentes críticos

Para asegurar que se comunican aquellos aspectos críticos del paciente durante la "Pausa Quirúrgica" el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los aspectos críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las 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.

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.

PAUSA QUIRURGICA

establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).

Previsión de incidentes críticos

Para asegurar que se comunican aquellos aspectos críticos del paciente durante la "Pausa Quirúrgica" el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los aspectos críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las 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.

PAUSA QUIRURGICA

El **anestesiólogo 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 cardiaca, respiratoria o arritmia. Se entiende que en muchas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesiólogo puede simplemente decir "No hay ninguna precaución especial en este caso".
Cuando la paciente a intervenir sea una **gestante** se deberá confirmar que el pediatra está listo para la atención del recién nacido.
La **enfermera repasa:** ¿Cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente?
El personal de enfermería confirma verbalmente que el instrumental y equipo quirúrgico están esterilizados, para lo cual tendrá que visualizar la etiqueta de esterilidad.
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 puedan tener la enfermera instrumentista o la enfermera circulante, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesiólogo.
.

PAUSA QUIRURGICA

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", 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. La disponibilidad de las imágenes en la Sala de Operaciones es responsabilidad del Cirujano, Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de "No Procede".

g) 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.

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

.

SALIDA

La Salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente 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.

.

SALIDA

a) El **cirujano revisa** con todo el equipo:

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

Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el 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);

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

SALIDA

b) El **anestesiólogo revisa** con todo el equipo:

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 cardiaca, punción accidental de la duramadre, dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesiólogo 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 anestesiólogo puede simplemente afirmar "La anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales".

SALIDA

c) La **enfermera revisa** con todo el equipo:

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

La enfermera deberá 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 deberán 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

SALIDA

Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad. En la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe figurar la firma y fecha del registrador, posterior a ello, el original de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deberá incluirse en la historia clínica del paciente y opcionalmente una copia ha de guardarse en un Archivo destinado para este fin, con la finalidad que se accesible para las revisiones a realizarse durante los procesos de garantía de calidad.

Identificar obstáculos

Identificar los problemas que se presentaron con el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el proceso de adaptación.

GRACIAS