MINISTERIO DE SALUD

No. 1021 - 2010/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 30 de DICIEMBRE del 2010

Visto el Expediente Nº 10-096330-001, que contiene el Informe Nº 0014-2010-ET-JGE-DCS-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe Nº 858-2010-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, el literal h) del artículo 3º de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece como competencia de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 41º del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental;

Que, en la Resolución WHA55.18 aprobada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes, así como a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA se aprobó la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", dejándose sin efecto en su artículo 3º, la Resolución Ministerial Nº 533-2008/MINSA, que aprobó los criterios mínimos de la "Lista de Chequeo de Cirugía Segura";

Que, en tal virtud, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", a fin de

MINISTERIO DE SALUD VICE MINISTRA
Z. Solís V.

MINISTERIO DE SALUD D.G.
C. ACOSTA S.

MINISTERIO DE SALUD O.G. ASESORIA JURIDICA
Olivera A.

MINISTERIO DE SALUD Secretaría General
D. León Ch.

cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, habiéndose contando para ello con la colaboración del Colegio Médico del Perú;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y de la Viceministra de Salud;

De conformidad a lo previsto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud;

Z. Solis V.

C. ACOSTA S.

W. Olivera A.

D. León Ch.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugia", que en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en la presente Guía Técnica.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan su veces, son las responsables de la implementación, aplicación y supervisión de la presente Guía Técnica, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese,

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

1.- FINALIDAD

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

2.- OBJETIVO

Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud.

3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación a nivel nacional en todos los establecimientos de salud, públicos y privados (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y del Sub-Sector privado) en los cuales se realizan intervenciones quirúrgicas.

4.- IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

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, para ser implementada en todos los establecimientos de salud. Para ese proceso de implementación esta Guía Técnica propone las siguientes etapas:

- Planeamiento y organización.
- Operativización del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Evaluación de la implementación de la Lista.
- Sostenibilidad.

5.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

- **Pausa quirúrgica.-** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar 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.

C. ACOSTA S.

[1] La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada en octubre de 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y el tema elegido para el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es la seguridad de las prácticas quirúrgicas.

- **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, Pulsioximetría 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.

5.2. Conceptos Básicos

- **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.

5.3. Requerimientos Básicos

- 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.
- Formato de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, según Anexo N° 01

C. ACOSTA S.

6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Etapa I: Planeamiento y Organización

Tiene como objetivo lograr la organización del equipo humano, logístico y otros necesarios para que la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Centro Quirúrgico tenga éxito; involucrando en el proceso a los directivos, jefes de departamentos, jefes de servicios, y personal asistencial, debiendo realizarse en esta etapa las siguientes actividades:

6.1.1 Reunión con los jefes de los departamentos y servicios

Esta reunión busca involucrar en todo el proceso de implementación a los jefes de departamentos y servicios que tengan relación directa con las intervenciones quirúrgicas, para ello se debe realizar lo siguiente:

- Presentación enfocada en informar los antecedentes acerca de lo que es la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, evidencia sobre su uso y cómo se puede utilizar en un entorno hospitalario, recalcando los beneficios en la reducción de las tasas de complicaciones y el ahorro potencial de costos hospitalarios.

6.1.2 Conformar el Equipo Conductor

Identificar un grupo básico multidisciplinario y proactivo que esté identificado con la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.1.3 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.
- Otros que la institución considere necesario (ejemplo: Químico Farmacéutico)

De existir en el establecimiento de salud el Comité de Seguridad del Paciente activo, sus miembros también formarán parte del Equipo Conductor.

6.1.4 Funciones del Equipo Conductor:

1. Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a la realidad del establecimiento de salud.
2. 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 correspondiente.
3. 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.
4. Remitir información periódica a la Dirección del establecimiento de salud sobre los avances en el proceso de implementación.
5. Retroalimentación de los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
6. Plantear propuestas de mejora en consenso con el personal involucrado.
7. 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.

C. ACOSTA S.

6.1.5 Adicionar otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

A efecto de incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y la seguridad en la atención de los pacientes, los establecimientos de salud públicos y privados, podrán adicionar otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, siempre y cuando estén debidamente sustentados.

Para adicionar otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, se debe tomar en consideración lo siguiente:

- Deben ser concisos y abordar las cuestiones más críticas que no puedan comprobarse adecuadamente mediante otros mecanismos de seguridad.
- No debe tardarse más de un minuto en completar cada una de las secciones de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Cada ítem de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe estar relacionado con una acción concreta inequívoca.
- No retirar ningún ítem de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.1.6 Capacitación a los jefes de departamento, servicio y equipos de salud

Se pretende dar a conocer detalladamente la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para que cada participante identifique a cabalidad la lista, y eventualmente pueda dar sugerencias para adicionar otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.1.7 Contenido temático de la capacitación:

- Evidencias de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Presentación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Revisión del contenido de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Utilización de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.1.8 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.

6.1.9 Campaña de difusión

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.

C. ACOSTA S.

6.2. Etapa II: Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Las actividades a desarrollarse durante esta etapa incluyen:

6.2.1 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.

6.2.2 Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

En todos los establecimientos de salud, públicos y privados (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y del Sub-Sector privado) en los cuales se realizan intervenciones quirúrgicas, el equipo Conductor debe completar la encuesta semestral del Anexo Nº 2 y enviarla a la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud para su consolidación y análisis.

6.2.3 Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consta de tres fases, cada una de las cuales se corresponden con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento.

6.2.3.1 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.

b) 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.

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.

c) 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.

e) 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.

f) ¿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.

g) ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la 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.



C. ACOSTA S.

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

Preguntar si 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).



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.

En el caso de niños, la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está diseñada 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. Con este ítem se completa la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

6.2.3.2 Pausa Quirúrgica

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.

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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

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

e) 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. 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 anestesiólogo 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 **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.

f) 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

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
D.G.
C. ACOSTA S.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud

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.

6.2.3.3 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.

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

(1) 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;

(2) 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);

(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".

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".

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
D.G.
E. ACOSTA S.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud

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.

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.

6.2.4 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.

6.2.5 Continuar con la Recopilación de Datos

- Designar un responsable de la recolección de datos.
- Asegurar que el recojo de datos esté en marcha.
- Hacer un gráfico del progreso semana a semana, si se ven rápidas mejoras en comparación a la medición basal; por ejemplo: En enero, antes de aplicarse la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se obtuvo una correcta administración de los antibióticos en el 57% antes de la cirugía. En abril, cuando la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía empezó, este número subió a un promedio de 60%, pero en mayo, cuando la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se utiliza en aproximadamente la mitad de las operaciones hechas en el establecimiento de salud, se alcanzó un 85%.
- Un gráfico puede ser una potente herramienta para la visualización de este progreso.

6.2.6 Establecer Objetivos

Definir varios objetivos específicos para cada departamento o equipo quirúrgico. Los objetivos dependerán totalmente del entorno específico y la facilidad de hacer cambios en el establecimiento de salud, deben ser ambiciosos pero factibles.

6.2.7 Monitoreo

Consiste en establecer una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos a partir de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Se debe realizar el seguimiento de los cambios tanto durante el proceso como de los resultados, por ejemplo, ¿En qué porcentaje de las operaciones se dan antibióticos a la hora correcta? ¿Cuántos pacientes presentaron infecciones del sitio quirúrgico?

Registrar los problemas encontrados con la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.3. Etapa III: Evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

En este paso se procederá con la evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto.

El objetivo de este paso es determinar la repercusión a corto y mediano plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de esta estrategia, esto nos proporcionará información que servirá para la toma de decisiones y acciones de mejora futuras.

Dentro de las acciones que se ejecutarán en esta etapa se encuentran:

6.3.1 Actualización sobre los Progresos del establecimiento de salud.

- Informar al personal de salud del establecimiento involucrados en el tema, sobre los progresos del proceso y los resultados disponibles a fin de que puedan ser testigos de la mejora.
- Medición basal del grado de cumplimiento de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía: Realizar la evaluación trimestral
- Informar al personal del establecimiento de salud sobre lo que las diferentes instancias (hospital, departamento, servicio) están haciendo con respecto a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- Usar un calendario para la actualización de los progresos en el establecimiento de salud en forma quincenal o mensual.

6.3.2 Determinar prioridades a seguir según resultados:

- Identificar barreras para progresar.
- Implementar medidas para revertir las barreras.

6.4. Etapa IV: Sostenibilidad

En esta etapa se determinan las estrategias para que la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía sea constante y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el centro quirúrgico. El objetivo consiste en formular planes de sostenibilidad y proyectos de mejora y decidir cómo velar para que este mejoramiento se mantenga a largo plazo.

Dentro de las acciones a ejecutar en este paso se encuentran:

6.4.1 Consolidar la experiencia ganada

La continuidad es esencial, con el tiempo la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe formar parte de un proceso constante y estandarizado en el establecimiento de salud.

Anunciar públicamente los éxitos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Revisar los datos periódicamente.

C. ACOSTA S

6.4.2 Identificar áreas para implementar procesos de mejora

- Una vez consolidada la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, identificar potenciales áreas para implementar procesos de mejora continua.

6.4.3 Difundir las experiencias

Compartir entre los diferentes departamentos y servicios las experiencias positivas y dificultades encontradas con el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

6.4.4 Felicitar áreas y personas exitosas

- Celebrar los éxitos de los que han tenido un papel clave en el proceso de implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Reconocimiento público al departamento o servicio con el mejor porcentaje obtenido en el cumplimiento de los objetivos.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La presente guía técnica para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está basada en documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud y pretende estandarizar y facilitar el uso de la referida Lista en los servicios quirúrgicos y de anestesiología.
- La implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se debe desarrollar teniendo en cuenta las particularidades de cada establecimiento de salud.

7.2. Recomendaciones

Las adecuaciones que se hagan a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deben ser mínimas, sí se desea implementar en el corto plazo será necesario una validación.

MINISTERIO DE SALUD D.G.

C. ACOSTA S.

ANEXOS

Anexo N° 01: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Antes de la administración de la anestesia ⇨ **Antes de la incisión cutánea** ⇨ **Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano**

ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo	PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	SALIDA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano
¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Si	☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.	El(la) enfermero(a) confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ Si ☐ No Procede	☐ Confirmar la identidad del/de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico	
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? ☐ Si	☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ Si ☐ No Procede	
¿Tiene el(la) paciente... ... Alergias conocidas? ☐ No ☐ Si ... Vía aérea difícil/ riesgo de aspiración? ☐ No ☐ Si En este caso, hay instrumental y equipos/ ayuda disponible? ☐ No ☐ Si ... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg en niños) ☐ No ☐ Si En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? ☐ No ☐ Si	Previsión de Eventos Críticos Cirujano revisa: ☐ ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesista verifica: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)? ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?	El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Si ☐ No Procede	

N° Historia Clínica_____ Nombres y Apellidos del/de la paciente_____ Fecha_____

Firma del/de la coordinador(ra) Firma del/de la cirujano(a) Firma del/de la anestesiólogo(a) Firma del/de la enfermero(a)

MINISTERIO DE SALUD - Dirección General de Salud de las Personas

MINISTERIO DE SALUD D.G.

C. ACOSTA S.

Anexo Nº 02: Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

PERÚ Ministerio de Salud

Segundo Reto Global : La Cirugía Segura Salva Vidas

Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la información: Dirección del Estab. de Salud ( ) Unidad de Calidad ( ) Centro Quirúrgico ( ) Oficina de Epidemiología ( ) Dpto. Enfermería ( ) Depto./ Servicio de Cirugía ( ) Otro (especificar) .....

Nombre y cargo del profesional que informa:

Semestre que informa: _____

1. En su establecimiento de salud ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía? ☐ SI ☐ NO

   En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

En caso que respondiera **Si** ( ) Pasa a la preg.2. **No** ( ) ¿Por qué?

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento? ☐

3. ¿Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

SI ☐ NO ☐

Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

SI ☐ NO ☐

En caso que respondiera SI, relacionados a:

Falta de personal ☐

Falta de conocimiento del personal ☐

Falta de motivación del personal ☐

Falta de entrenamiento del personal ☐

MINISTERIO DE SALUD - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva

MINISTERIO DE SALUD - D.G. - C. ACOSTA S.

Procesos administrativos como:

Distribución del personal/ tareas ☐

Infraestructura ☐

Equipamiento ☐

Insumos ☐

Apoyo de la gestión ☐

Otros especificar: _____

4. Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

SI ☐ NO ☐

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?:

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad? SI ☐ NO ☐

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el Número de quirófanos presupuestados

8. Indique el Número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

10. Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas durante:

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico? SI ☐ NO ☐

C. ACOSTA S.

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico? SI ☐ NO ☐

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria? ☐

14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad post operatoria inmediata? ☐

15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas? ☐

16. Cuál es el número de cirugías electivas realizadas:

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

17. Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas:

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas? ☐

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia? ☐

GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas D.G.

C. ACOSTA S

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Calidad en

8. Bibliografía

1. World Alliance for Patient Safety. Patient safety. Manual de Aplicación para una explicación más detallada de cada paso. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html Fecha de acceso: 26 de agosto del 2010
2. World Alliance for Patient Safety Safe Surgery Saves Live. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y participar en las pruebas de viabilidad del uso de la Lista. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/. Fecha de acceso: 26 de agosto del 2010

MINISTERIO DE SALUD
Dir. Gral. de Salud de las Personas
D.G.
C. ACOSTA S.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud