

# Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud

**Dr. Natasha Woodman**

ST6 Anaesthetic Registrar, Great Ormond Street Hospital, London, UK

Edited by

**Dr. Isabeau Walker**

Consultant Anaesthetist, Great Ormond Street Hospital, London, UK

**Traducido por:**

**Dr. Juan Carlos Duarte**

Sociedad Venezolana de Anestesiología

Correspondence to [atotw@wfsahq.org](mailto:atotw@wfsahq.org)



**FEB 5 - 2016**

## PREGUNTAS

Antes de continuar, trate de responder las siguientes preguntas. Las respuestas pueden ser encontradas al final de este artículo, junto con una explicación. **Por favor responda Verdadero o Falso:**

### 1. Respecto a la implementación de la lista de verificación de la OMS:

- Los Anestesiólogos son responsables de la implementación de la lista de verificación en el quirófano
- La implementación de la lista de verificación es un proyecto ideal para un estudiante
- Es útil recolectar los datos, pero esto es importante solo para la retroalimentación del equipo quirúrgico al final del proceso de implementación
- Si un ítem no puede ser completado en su institución por falta de recursos, remueva ese ítem de la lista de verificación
- Es más probable que el personal use la lista de verificación si ellos entienden como ésta mejora la seguridad del paciente

### 2. Cuando se efectúa la lista de verificación de la OMS:

- La buena comunicación es importante –utilice preguntas claras y diríjalas a una persona usando su nombre
- La lista de verificación de la OMS es solamente para casos electivos, no para emergencias
- Es importante mantener el estatus y la jerarquía durante la verificación de la lista de tal manera que todos sepan quién está a cargo
- Los antibióticos son dados usualmente después de la incisión de piel
- Las gasas, agujas o instrumentos retenidos son un evento adverso recurrente importante en todo el mundo. El uso de paquetes estandarizados y de listas de instrumentos ayuda en el proceso de conteo

### 3. Cuando se da la sesión informativa y se analiza:

- Estos pasos son adicionados antes y después de cada caso quirúrgico
- La sesión informativa constituye una oportunidad para que cada quién se presente por si mismo e identifique su función
- Los cirujanos están muy ocupados usualmente así que no es necesario que asistan a la sesión informativa pre-lista
- La sesión informativa es demasiado larga para ser usado rutinariamente
- No habría necesidad de analizar un día que ha transcurrido tranquilo ya que no hay nada que aprender

## Puntos Claves

- Los eventos adversos en cirugía son un problema importante globalmente. Muchos son prevenibles.
- Se ha demostrado que la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS reduce las complicaciones quirúrgicas y mejora la comunicación y el trabajo en equipo en la sala de operaciones.
- Los componentes claves para una implementación exitosa de la lista de verificación incluyen el apoyo administrativo superior, la implicación del equipo quirúrgico, asegurarse que los procesos subyacentes de atención se llevan a cabo y el uso de líderes locales.
- La modificación para adaptarse a la práctica local, el entrenamiento, la implementación escalonada y la retro-alimentación en tiempo real del desempeño mejoran la aceptación.

## INTRODUCCION

En 2008 la organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo una lista de verificación de la seguridad quirúrgica aplicable a todos los equipos quirúrgicos para ser usada en cada paciente sometido a un procedimiento quirúrgico. Esta herramienta ha sido implementada en todo el mundo y fomenta el diálogo dentro de equipos multidisciplinarios y el uso rutinario de verificaciones de seguridad para minimizar el daño a nuestros pacientes.

### Caso ejemplo:

*Muchacha de 18 años, la Srta. X, llega a sala de operaciones para una apendicectomía de urgencia. Cuando el personal de la sala de operaciones solicitó a la Srta. X a sala de hospitalización, su enfermera estaba muy ocupada con otro paciente. Otra enfermera amablemente reunió las notas clínicas y trajo a la Srta. X a la sala de operaciones. Un anestesiólogo, el Dr. A, había evaluado a la Srta. X en la guardia previa y le había dado un pequeño resumen al anestesiólogo actual, el Dr. B. El Dr. B estaba aproximándose al final de una agitada guardia de 12 horas con casos de emergencia en la lista de prioridades.*

*Habiendo anestesiado a la Srta. X, el Dr. B estaba a punto de administrar antibióticos y notó que el cuadro de alergias de la historia de pre-anestesia fue dejado en blanco. Ella revisó entonces el cuadro de medicamentos y observó que la Srta. X tenía una alergia severa a la penicilina. La enfermera no estaba consciente de esta alergia, la Srta. X no lo mencionó antes de la inducción y el Dr. A había olvidado mencionárselo al Dr. B. Esto fue un “cuasi accidente” y pudo haber sido evitado si las alergias hubieran sido verificadas previo a la inducción de la anestesia durante la parte inicial de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.*

## Errores en cirugía – la magnitud del problema

La OMS ha estimado que se realizan unas 234 millones de cirugías al año alrededor del mundo (1). Una revisión sistemática que incluyó más de 74000 historias de pacientes encontró una incidencia media de eventos adversos intra-hospitalarios de 9,2%, hallándose aproximadamente la mitad de estos eventos relacionados a la operación o a medicamentos, y 43% considerados prevenibles (2). En Inglaterra y Gales, el National Reporting and Learning System (NRLS) reportó que 10526 pacientes murieron o tuvieron un daño severo secundario a incidentes durante 2013-2014. Más de 3000 de estos incidentes estuvieron relacionados al tratamiento o procedimiento, o a la implementación del manejo y subsecuente monitorización/revisión (3). Estas cifras, cuando son extrapoladas al número global de cirugías realizadas, son alarmantes y proporcionan una clara motivación para hacer la cirugía más segura.

## Historia de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS

En 2002 la Asamblea Mundial de la Salud urgió a los países a mejorar la seguridad de la atención en salud y sus sistemas de monitorización. Ellos requirieron a la OMS que estableciera estándares globales de atención y diera apoyo a los países para mejorar la seguridad del paciente. Como resultado de esto se creó la Seguridad del Paciente de la OMS, y se enfocó su energía en campañas llamadas Retos Globales de Seguridad del Paciente. Después de su primer gran reto, “La Atención Limpia es Atención más Segura”, la OMS lanzó “La Cirugía Segura Salva Vidas” y liderado por el Profesor Atul Gawande publicó la Lista de Verificación para Cirugía Segura (4). Esta lista estableció 10 objetivos esenciales para una cirugía segura de los cuales se derivó la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica. (Figura 1)

Los objetivos de esta “lista de verificación de la OMS” fueron dar a los equipos un conjunto simple y eficiente de controles prioritarios para mejorar la efectividad de la comunicación y del trabajo en equipo y estimular la consideración activa de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada. La OMS también quiso asegurar la consistencia en la seguridad del paciente en la cirugía e introducir (o mantener) una cultura que valore la seguridad del paciente (5).

En un estudio piloto de la implementación de la lista de verificación de la OMS, el equipo del Profesor Gawande observó prospectivamente a más de 3000 pacientes previo a la introducción de la lista de verificación y a cerca de 4000 pacientes después de la implementación de la lista de verificación, y midió la tasa de complicaciones quirúrgicas o mortalidad a los 30 días después de la cirugía o hasta el egreso hospitalario (6). El estudio incluyó cuatro hospitales en países de ingresos económicos bajos y medios y cuatro hospitales en países de alto ingreso económico y encontró que la tasa de mortalidad previo a la introducción de la lista de verificación fue de 1,5% y después de la implementación de la lista de verificación cayó a 0,8%. Las complicaciones de los pacientes hospitalizados fueron reducidas también, de 11% pre-lista de verificación a 7% después de haberse implementado la lista de verificación. Como una medida de adherencia a la lista de verificación, ellos

identificaron 6 indicadores de seguridad, tales como antibióticos pre-incisión, cuenta de gasas y controles rutinarios de anestesia, y también vieron un incremento en la ejecución de estos de un 34,2% pre-lista de verificación a 56,7% post-lista de verificación. Es interesante que aún con solo el 56% de cumplimiento de estos 6 indicadores, se vieron reducciones significativas en las tasas de complicaciones y de mortalidad. El equipo de implementación de la lista de verificación empleó introducciones, sesiones informativas y análisis posteriores para el todo el equipo como parte de la rutina de seguridad, lo cual ha sido también formalizado como parte de la estrategia de la implementación de la lista de verificación en El Reino Unido (ver mas abajo).

Para septiembre de 2014, el equipo de la OMS había identificado 4132 instituciones que habían expresado interés en usar la lista de verificación y 1790 instituciones que estaban usando activamente la lista de verificación en al menos una sala de operaciones (7). Siete años después de la introducción de la lista de verificación, numerosos estudios han mostrado su beneficio, pero también algunos observadores, auditores y estudios han reportado además barreras comunes al uso exitoso de esta herramienta de seguridad del paciente. La clave para una implementación exitosa a través de todas las culturas, economías y especialidades parece ser el compromiso del equipo completo, mediante el entendimiento de la relevancia y poder de esta herramienta en sus respectivos escenarios.

## Partes constituyentes de la lista de verificación

Hay tres fases en la lista de verificación:

### 1. **Inicio** – *Antes de la inducción de la anestesia, idealmente con el cirujano presente, pero no es obligatorio.*

Verifique verbalmente, revise con el paciente cuando sea posible:

- a. Identificación del paciente
- b. Procedimiento y sitio del mismo
- c. Consentimiento informado
- d. El sitio operatorio está marcado si es lo apropiado (implica distinción de si es derecho o izquierdo)
- e. El oxímetro del pulso está puesto y funcionando

*Revisión entre el anesthesiologo y el coordinador de la lista de verificación:*

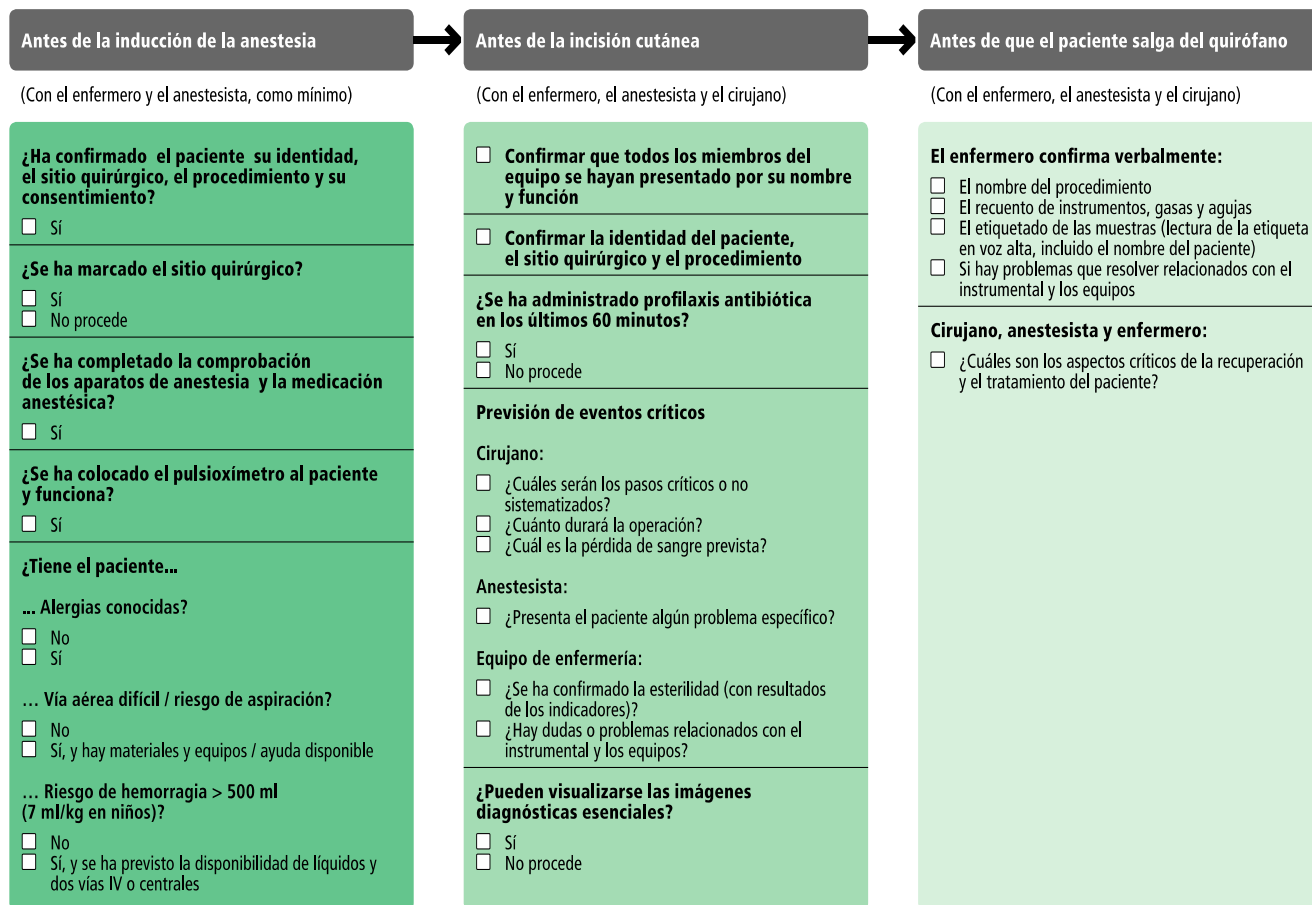
- f. riesgo de sangrado del paciente. Si es > 500 ml en adultos o > 7 ml/kg en niños, es recomendable tener por lo menos dos catéteres intravenosos gruesos o una vía central antes de la incisión quirúrgica, así como líquidos o sangre disponible
- g. Vía aérea difícil o riesgo de aspiración. Cuando se identifica una potencial vía aérea difícil, debe por lo menos ajustarse el abordaje anestésico de acuerdo a ello, tener disponible un equipo de emergencia y un asistente capacitado debería estar físicamente presente durante la inducción. Un reflujo activo sintomático o un estómago lleno debería ser manejado con un plan modificado
- h. Alergias conocidas – todos los miembros del equipo necesitan estar conscientes de ellas
- i. Chequeos de seguridad anestésicos completos (equipo, fármacos anestésicos, fármacos de emergencia, riesgo anestésico del paciente)

### 2. **Pausa** – *Después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica, todo el equipo*

- a. Cada miembro del equipo se presenta por si mismo con su nombre y función
- b. Pausa para confirmar la cirugía correcta para el paciente correcto y en el sitio correcto. El anesthesiologo, la enfermera y el cirujano deberían cada uno individualmente confirmar si están de acuerdo, mas el paciente si está consciente
- c. Revisión de eventos críticos anticipados
  - i. Pasos quirúrgicos críticos/inesperados, duración de la cirugía, pérdida sanguínea anticipada
  - ii. Preocupaciones anestésicas específicas del paciente, por ejemplo posibilidad de usar productos sanguíneos, comorbilidades.
  - iii. Las enfermeras confirman la esterilización de los instrumentos y discuten las preocupaciones y otros aspectos del equipo
- d. Confirmación de antibióticos profilácticos cuando sean requeridos, si fueron dados en los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. Si no han sido administrados y son requeridos, adminístrelos previo a la incisión. Si han transcurrido > 60 minutos desde que se administraron, considere re-dosificación.
- e. Las imágenes de radiología que sean indispensables deben ser presentadas apropiadamente

### 3. **Cierre** – *durante o inmediatamente después del cierre de la piel, antes de trasladar al paciente fuera de la sala de operaciones, mientras el cirujano está todavía presente*

- a. Confirme la operación realizada y que quede registrada
- b. Verifique que la cuenta de los instrumentos, gasas/compresas y agujas estén completas. Si los números no coinciden, el equipo debería ser alertado y tomar los pasos necesarios para investigar esto
- c. Verifique que los especímenes quirúrgicos estén etiquetados correctamente
- d. Resalte los aspectos del equipo
- e. Verbalice los planes o preocupaciones para la recuperación y postoperatorio, especialmente los riesgos



La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

**Figura 1.** Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS. Reproducida con permiso de la Organización Mundial de la Salud

## Implementación de la lista de verificación

La OMS emitió un manual de implementación en apoyo de la lista de verificación (5). Este manual da detalles sobre como debería realizarse cada paso. El manual resalta la importancia del liderazgo y de la implicación institucional, y enfatiza que un departamento debería practicar usando la lista de verificación antes de su introducción y debería modificarla de forma tal que pueda ser establecida dentro de su flujo de trabajo operativo regular. Los recursos para ayudar con la implementación de la lista de verificación están disponibles en el sitio web de la OMS: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Videos demostrativos de otras partes del mundo pueden ser vistos en el sitio web de SafeSurg: <http://www.safesurg.org/videos.html>.

Una sola persona debería ser responsable por poner las marcas de chequeado en los cuadros de la lista y esta puede ser cualquier profesional de la salud del equipo quirúrgico, casi siempre la enfermera. El coordinador nombrado debería impedir que el equipo siga adelante antes de que cada paso haya sido verificado. Inicialmente esto pudiera conducir a tensiones y resistencia dentro del equipo, pero solamente a través de seguir los pasos de seguridad consistentemente se minimizan los errores mas comunes y los riesgos evitables.

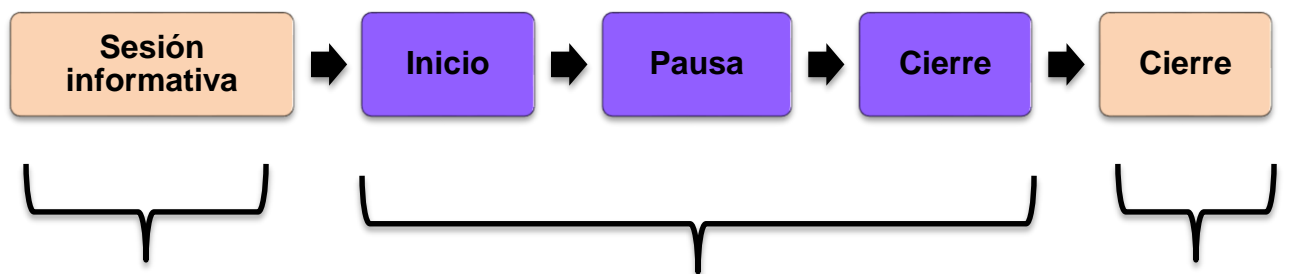
Aunque las instituciones son estimuladas a modificar la lista de verificación de acuerdo a como sea necesario, se les desalienta a remover pasos de seguridad simplemente porque no pueden ser realizados. La OMS también previene a las instituciones sobre agregar demasiadas pasos adicionales y crear una lista de verificación compleja e inmanejable. En

Inglaterra y Gales, la National Patient Safety Agency (NPSA) emitió una alerta de seguridad en 2009. Ellos presentaron una lista de verificación modificada para Inglaterra y Gales con instrucciones para nombrar un líder clínico dentro de cada organización, asegurar que se completara la lista de verificación para cada paciente sometido a un procedimiento quirúrgico y que el registro de la lista de verificación fuera incluido en la historia clínica del paciente (8). Una guía para la modificación de la lista de verificación está disponible en el sitio web de la OMS, así como ejemplos de listas de verificación modificadas de varias partes del mundo: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/local\\_adaptation/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/local_adaptation/en/)

## Sesión informativa y análisis

La campaña Primero la Seguridad del Paciente fue establecida para apoyar la implementación cuando el NPSA emitió su alerta informando a Inglaterra y Gales para que usaran esta lista de verificación. La Seguridad del Paciente Primero reportó que algunos elementos de la lista de verificación pudieran ser mas efectivos si eran incorporados en la sesión informativa antes de que la lista comenzara. Esta es una oportunidad para hacer un plan para la lista entre todos los miembros del equipo, para anticipar y planear cualquier problema que pueda preverse. Cualquier miembro del equipo puede liderar la sesión informativa, asegurando que cada uno se ha presentado a sí mismo y ha clarificado su papel y responsabilidades con la lista. Se da una visión general de la lista, resaltando cualquier cambio, consideraciones de equipamiento, requerimientos especiales o preocupaciones de seguridad. Todos los miembros del equipo quirúrgico deberían estar presentes durante la sesión informativa y el análisis.

El análisis ocurre naturalmente al final de la lista, antes que cualquier miembro del equipo haya abandonado la sala de operaciones o el departamento. El propósito de este análisis es reflexionar sobre la lista y compartir perspectivas en las tareas que estuvieron bien y las que no se hicieron bien. Esto puede incluir discusión del trabajo en grupo, ambiente de la sala operatoria, errores o cuasi accidentes, y una mirada retrospectiva a la sesión informativa y al uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía a lo largo del día. Es importante registrar los éxitos, los puntos de aprendizaje, áreas que requieren cambio o crecimiento para que pueda ser realizada en un ambiente abierto no amenazante. La Seguridad del Paciente Primero desarrolló y promovió los "Cinco Pasos para la Cirugía Mas Segura" (9) (Figura 2).



Comienzo de la lista

Lista de Verificación para Seguridad Quirúrgica de OMS para cada paciente

Final de la lista

## Barreras a la implementación de la lista de verificación de la OMS

Los temas mas comunes que pueden impedir una implementación exitosa de la lista de verificación son enumeradas en la figura 3. Estas barreras pueden ser tratadas para mejorar los resultados de la implementación (9-11).

<b>Retos prácticos</b>	<b>Actitudes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duplicidad con listas existentes que conducen a irritación y “fatiga de la lista”</li> <li>• Consume tiempo, inconveniente</li> <li>• Sincronización inapropiada</li> <li>• Pobre comunicación</li> <li>• Falta de familiarización, confusión, quién debería sugerir los ítems</li> <li>• Ausencia de miembros clave del equipo</li> <li>• Usar la lista de verificación como un “ejercicio de llenar cuadros”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación que las tareas de rutina pueden ser olvidadas</li> <li>• Actitudes desdeñosas, pérdida de compromiso</li> <li>• La jerarquía de la sala de operaciones no estimula una comunicación abierta</li> <li>• Vergüenza de las presentaciones de cada uno</li> <li>• Pérdida de apoyo de los líderes o directivos</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<b>Proceso de atención subyacente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos tales como marcadores, antibióticos y oxímetros de pulso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de políticas o protocolos de antibióticos</li> <li>• Falta de conteo rutinario de gases, agujas o instrumentos</li> </ul>

**Figura 3:** Tabla que resume las barreras para la implementación de la lista de verificación

## Consejos para una implementación exitosa de la lista de verificación de la OMS

La implementación de la lista de verificación puede ser un reto, particularmente cuando es introducida como una intervención nueva, o como una “orden superior”, o cuando los beneficios no son bien entendidos. Después de una implementación exitosa, el cumplimiento puede ser uno de los mas grandes retos, ya sea en términos de empleo de la lista de verificación o de que sea completada (11). Mas abajo se encuentran claves que pueden ayudar a implementar la lista de verificación y a que sea usada efectivamente. Estas claves son resumidas mas abajo en la figura 4.

### Liderazgo

- Los líderes en cirugía, anestesia y enfermería son muy influyentes. Es importante para los líderes adoptar la seguridad del paciente como una prioridad y usar la lista de verificación para sus propios casos. Los miembros mas antiguos del personal deberían actuar como campeones locales en sus sitios de trabajo, apoyar a los miembros mas jóvenes cuando ellos desean hablar de o retar un ítem o simplemente formular una pregunta si ellos no entiende algo. Estos líderes deberían ser abordables, accesibles y tener habilidades en negociación y persuasión. Ellos necesitan crear una cultura transparente, honesta y una aceptación basal de que todos somos falibles y las omisiones pueden ocurrir en cualquier dependencia bajo la mirada de cualquiera.
- Es importante que la lista de verificación no sea vista como una “orden superior” para el personal y que haya entusiasmo y compromiso dentro de la fuerza laboral, dándoles a ellos buenas razones para comprometerse. Usando la evidencia de la experiencia de los “cuasi accidentes” o incidentes adversos, los líderes pueden estimular la transparencia y honestidad, y estimular a los equipos a ver el valor de estas listas de verificación rutinarias.
- En adición a los líderes y a los campeones, es importante comprometer al personal administrativo. Pueden ser necesarios nuevos recursos o simplemente un suministro de papel para las listas de verificación en cada sala de operaciones. El apoyo administrativo puede también ser necesario para asegurar que la cadena de suministro de antibióticos sea establecida y que el equipamiento ideal esté disponible, incluyendo equipos para esterilizar los instrumentos quirúrgicos.

### Implementación del equipo y entrenamiento del personal

- Es útil establecer un equipo de implementación local, con representantes de anestesia, cirugía y enfermería. Este equipo debería reunirse regularmente para planear la implementación de la lista de verificación.
- El equipo de implementación debería llevar a cabo un entrenamiento del personal, con demostraciones in situ, videos y asesoría cuando ellos empiecen a usar la lista de verificación. El entrenamiento debería ser multidisciplinario,

incorporando a todos los integrantes del equipo. Esto ayuda a nivelar la jerarquía en la sala de operaciones, y para muchos, puede ser muy revelador el ver el mundo a través de los ojos de otra persona.

- En adición a las sesiones de enseñanza, es muy útil crear conciencia, por ejemplo a través de carteles, magazines o salva pantallas de computadoras.
- El equipo de implementación debería considerar si implementa la lista de verificación en un área primero o lo hace en toda una unidad. Un ejemplo de implementación efectiva en el Estado de Washington describió que inicialmente implementaron la lista de verificación como un programa piloto en un pequeño número de salas de operaciones. Debido a la publicación en magazines del éxito del “niño del cartel”, las otras salas de operaciones se impacientaron al esperar por un enrolamiento oficial y las lista de verificación se expandió espontáneamente (12).
- Si un ítem de la lista de verificación no es práctica rutinaria en su departamento, por ejemplo la sesión informativa o análisis, o antibióticos pre-incisión o la cuenta de instrumentos quirúrgicos, se necesitará un entrenamiento enfocado en esa área. Estos ítems pueden ser introducidos en forma gradual, dominando un ítem nuevo por un período de tiempo antes de sumar un segundo ítem nuevo.
- El olvido en el cuerpo del paciente de gasas, agujas o instrumentos son los eventos adversos mas comúnmente reportados en cirugía. El entrenamiento debería incorporar el impacto en la seguridad de tales tareas de forma tal que se le dé al personal una razón para realizarlas y para re-verificar al paciente si la cuenta no está correcta. Será muy difícil completar una cuenta de instrumentos quirúrgicos si no hay un paquete estandarizado o una lista formal de los instrumentos utilizados. A través de la generación de paquetes y listas formales de instrumentos, y del conteo rutinario del equipo cuando es colocado en la mesa quirúrgica, se pueden reducir los riesgos de gasas, agujas o instrumentos olvidados en el paciente. Todos los grupos del equipo necesitan entender la importancia de nuevas verificaciones agregadas a la práctica, para evitar que un grupo considere esto como una intervención entorpecedora y consumidora de tiempo.
- La administración a tiempo de antibióticos por lo menos 15 minutos, pero no mas de 60 minutos, antes de la incisión de la piel (incluyendo cesáreas) es una intervención efectiva para reducir la infección del sitio quirúrgico, y los anestesiólogos pueden hacer una contribución importante para reducir esta complicación. Es importante establecer protocolos locales de uso de antibióticos y asegurarse que sean cumplidos.
- Es útil estimular los equipos a comunicarse claramente. Las verificaciones necesitan ser realizadas en voz alta para que todos los integrantes del equipo de la sala de operaciones pueda oírlas. Evite hacer preguntas dirigidas (¿ya se administraron los antibióticos, o no?); preferiblemente utilice una comunicación específica a un determinado individuo (pregunta: Dr. X: ¿Administró usted el antibiótico? Respuesta del Dr X: Si, ya se administró el antibiótico).

## Tiempo de la sesión informativa y verificaciones quirúrgicas

- Los “Cinco Pasos para una Cirugía mas Segura” ayuda a resaltar aspectos al inicio del día y permite su temprana resolución para minimizar el impacto negativo en la seguridad de la sala de operaciones y su rendimiento. Si su departamento va a adoptar este sistema, es útil definir un tiempo fijo para que se pueda realizar la sesión informativa pre-lista. Esto evitará que los miembros del equipo se incorporen en momentos diferentes por casualidad, así como la ineficiencia y el resentimiento de los otros miembros del equipo mientras esperan.
- El personal necesita liberarse por si mismo de tareas distractoras mientras se están completando las verificaciones, pidiendo idealmente una “pausa quirúrgica” o “un momento de silencio” para acaparar la atención de todos. Además de estar atentos, todos los miembros deben estar presentes. Es útil que el cierre sea completado mientras el cirujano está suturando la herida ya que esto integra la lista de verificación al proceso quirúrgico y asegura que el cirujano esté todavía presente en la sala.

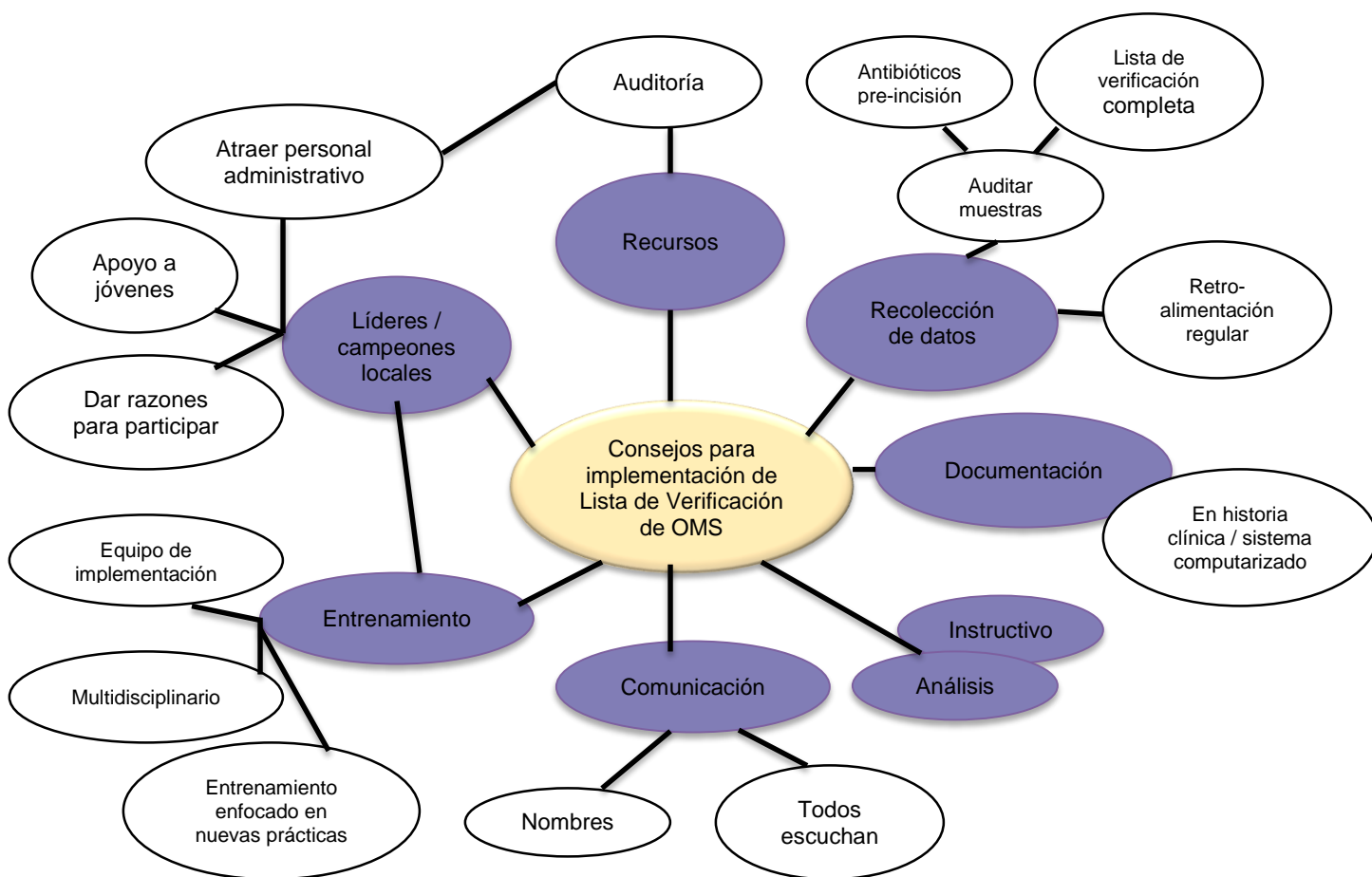
## Recursos y documentación

- Si un ítem no puede ser verificado, por ejemplo por ausencia de marcadores para la piel, oxímetro de pulso o antibióticos, los coordinadores de la lista de verificación no deberían marcar el ítem deshonestamente como verificado. Use auditoría regular para documentar estas necesidades y lleve esta información al departamento regularmente. Contacte al administrador de su hospital de tal manera que los recursos de las salas de operaciones pueda ser mejorados.
- Algunas dependencias han encontrado útil grabar la información de la lista de verificación en una pizarra o en un papel laminado dentro de la sala de operaciones para referirse a ella durante el caso. Con algunos miembros del equipo quirúrgico cambiando frecuentemente, los nombres del personal pueden particularmente ser fácilmente olvidados y el equipo puede hallar muy útil que los nombres de cada miembro del personal puedan ser vistos en estas pizarras o papeles laminados.
- Si la lista de verificación no es parte del sistema computarizado, suministre a cada sala operatoria una carpeta con múltiples copias fotostáticas. El uso de la lista de verificación debería ser documentado en la historia clínica del paciente, por ejemplo, en la gráfica anestésica.
- Las verificaciones de seguridad pre-anestésicas rutinarias y el uso de oxímetro de pulso son parte de los Estándares para Cirugía Segura de la OMS, así como también de los Estándares Internacionales para la Práctica Segura de la Anestesia de la WFSA del 2010 (13). Se ha establecido la Fundación Lifebox para permitir el acceso a oxímetros de pulso en países

de ingresos bajos e intermedios donde estos no están disponibles ([www.lifebox.org](http://www.lifebox.org)); si usted no tiene acceso a un oxímetro del pulso, por favor contacte a Lifebox y hágalo saber usted mismo.

## Recolección de datos y retroalimentación

- Los datos son una poderosa forma de impulsar cambios en la práctica, y son un componente esencial de cualquier proyecto de mejoría de calidad. Estos datos pueden ser un proceso formal o informal, impresos o electrónicos, dependiendo de su situación local. El Royal College of Anaesthetists ha publicado una muy útil presentación sobre mejoría de calidad (14) , y hay cursos disponibles online a través del Institute of Healthcare Improvement (IHI) (<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>).
- Los datos pueden ser recolectados en la forma de “mediciones de proceso” – por ejemplo, revise muestras de historias de pacientes en forma semanal para ver si la lista de verificación ha sido completada o si se administraron los antibióticos antes de la incisión de la piel. Pídale a un miembro del equipo que observe en la sala de operaciones si se está realizando la lista de verificación, o que verifique si se han completado todos los ítems en la lista de verificación.
- Se han usado las “mediciones de resultados” tales como tiempos de inicio quirúrgico, razones para el retraso, eventos adversos, cuasi accidentes, e infecciones postoperatorias, para apoyar la introducción de la lista de verificación. Las historias de los pacientes son una poderosa forma para motivar a los equipos.
- El equipo de implementación debería presentar esta información al equipo de la sala de operaciones en forma regular, idealmente como un “gráficas de comportamiento”. Una gráfica de comportamiento es un simple gráfico de la frecuencia del evento (% de pacientes con la lista de verificación completa o antibióticos administrados) en el tiempo, de forma tal que el equipo quirúrgico pueda ver como lo están haciendo cada semana o cada mes. Considere comparar una sala de operaciones con otra – la competencia es un estímulo efectivo para el cambio. Use los resultados para estimular la discusión acerca de porqué las cosas funcionan bien o para descubrir las barreras que impiden el éxito.
- Es importante también presentar estos datos al equipo administrativo del hospital (p. ej. gerentes) de forma tal que los problemas recurrentes como la falta de recursos o aspectos del sistema puedan ser resueltos prontamente. Por otro lado, haciéndolos conscientes de la mejoría de los resultados de los pacientes incentivará en mayor medida la gestión de proyectos para respaldar la seguridad el paciente.





**Figura 4.** Diagrama resaltando pasos importantes en la implementación de la lista de verificación de la OMS

## Resumen

Diariamente ocurren daños prevenibles durante cirugías alrededor del mundo. La lista de verificación de la OMS fue introducida como un medio de reducir el daño y mejorar la seguridad del paciente en la sala operatoria. Con el beneficio de la retrospectiva, ensayos y auditoría, nosotros hemos ganado experiencia e identificado los factores claves que permiten un uso exitoso de la lista. Estos son el apoyo multidisciplinario de la gente más antigua, la implicación del equipo quirúrgico, el asegurarse que el proceso subyacente de atención se lleve a cabo, y el uso de campeones locales para entusiasmar y estimular al personal.

La lista de verificación necesita convertirse en parte de la rutina de la cultura quirúrgica, más aún en una emergencia o al final de un largo turno de guardia cuando las tareas más simples pueden ser olvidadas. Con su uso consistente, los miembros del equipo se familiarizarán con las verificaciones, estarán menos avergonzados de usarlas, más eficientes en el tiempo y romperán las barreras para su uso exitoso. Y por último, el peligro para el paciente será reducido.

## Respuestas

### 1.

- a. **Falso.** La implementación de la lista de verificación es un esfuerzo de un equipo. El equipo debería representar a todos los que laboren en la sala de operaciones para así conseguir la implicación de todo el personal de la sala de operaciones.
- b. **Falso.** Los miembros experimentados del equipo de la sala de operaciones quienes están comprometidos a mejorar la seguridad del paciente deberían conducir el proceso de implementación. Los miembros más antiguos del personal son muy influyentes y necesitan estar comprometidos; los estudiantes son un recurso muy valioso y pueden ayudar a apoyar el proceso de implementación si ellos tienen el apoyo de los líderes de la sala de operaciones.
- c. **Falso.** La tutoría en tiempo real en la sala de operaciones y la retroalimentación continua sobre el progreso de la implementación constituyen una poderosa razón para influenciar el cambio. Es útil emplear observaciones regulares y discusiones informales sobre cómo se pueden mejorar las cosas en lugar de esperar hasta el final del período de implementación para evaluar las dificultades.
- d. **Falso.** Los pasos de seguridad no deberían ser removidos en los lugares donde no pueden ser obtenidos. Algunos ejemplos incluyen el uso de un oxímetro de pulso funcionando y la administración de antibióticos profilácticos apropiados. Involucre al personal administrativo del hospital de forma tal que todos los ítems puedan ser verificados. Esto puede también incluir el apoyo de entidades sin fines de lucro tales como Lifebox.
- e. **Verdadero.** El reportar y compartir historias de cuasi accidentes o de eventos adversos ayuda a la gente a ver cómo la lista de verificación puede ser útil. Las gráficas de comportamiento de la tasa de cumplimiento de toda la lista de verificación puede ayudar a las personas a ver cómo lo están haciendo ellos a lo largo del proceso; la auditoría de resultados tales como infecciones de heridas son más difíciles de hacer, pero pueden inspirar a un equipo a usar las listas de verificación de seguridad.

### 2.

- a. **Verdadero.**
- b. **Falso.** Es aún de más valor usar la lista de verificación de la OMS en una emergencia ya que las simples verificaciones de seguridad pueden fácilmente ser olvidadas en un ambiente urgente de mucha presión.
- c. **Falso.** Todos los miembros del personal deberían sentirse capaces de hacer preguntas y hablar sin miedo o vergüenza. Esto puede ser estimulado creando un ambiente no jerárquico y abierto.
- d. **Falso.** Los antibióticos deberían ser dados 15-60 minutos antes de la incisión de piel.
- e. **Verdadero.** El "conteo" de gases e instrumentos quirúrgicos es una parte importante de la enfermería quirúrgica moderna. Es más fácil si se usan números de paquetes estandarizados (por ejemplo, gases puestas en una mesa quirúrgica en paquetes de 5) y una lista estandarizada de instrumentos de forma tal que puedan ser verificados al final de la operación.

### 3.

- a. **Falso.** La sesión informativa es realizada antes del inicio de la lista y el análisis al final de la lista mas que antes y al final de cada caso.
- b. **Verdadero.**
- c. **Falso.** Puede usarse una sesión informativa pre-lista para adelantarse o solucionar problemas de equipamiento o aspectos de seguridad y anticipar desafíos de la lista. El equipo completo debería estar presente para la sesión informativa pre-lista.
- d. **Falso.** La sesión informativa debería tomar unos 10 minutos, pero nos ahorrará retrasos a lo largo del día.
- e. **Falso.** Cuando una lista se ha ejecutado con seguridad, eficiencia y sin eventualidades, es útil mirar los comportamientos del equipo durante la lista que contribuyeron al éxito. Verbalizando lo que se hizo bien el equipo puede tomar esas estrategias positivas activamente para su próxima lista.

## REFERENCIAS Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9633):139-44.
2. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.
3. National Reporting and Learning System. [cited 2015 21st July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=135410>.
4. Organization WHO. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives 2009 [cited 2015 21st July]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/9789241598552/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/).
5. Organization WHO. World alliance for patient safety: Implementation manual surgical safety checklist 2008 [cited 2015 21st July]. First edition: Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss\\_checklist/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/).
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
7. Centre for Geographic Analysis HU. Patient Safety: Surgical Safety Web Map 2014 [cited 2015 21st July]. Available from: [http://maps.cga.harvard.edu/surgical\\_safety/](http://maps.cga.harvard.edu/surgical_safety/).
8. Agency NPSA. WHO Surgical Safety Checklist 2009 [cited 2015 21st July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>.
9. Agency NPSA. 'How to Guide' Five Steps to Safer Surgery 2010 [cited 2015 25th July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=93286>
10. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg*. 2014;84(3):148-54.
11. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003039.
12. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. 2011;212(5):873-9.
13. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Can J Anaesth*. 2010;57(11):1027-34.
14. Quality Improvement in Anaesthesia: Royal College of Anaesthetists; 2012 [cited 2015 3rd September] Available from: <https://www.rcoa.ac.uk/content/search?cx=009352006448159467736%3Adf2oiyfg8q&cof=FORID%3A11&ie=ISO-8859-1&query=quality+improvement+in+anaesthesia>



Este trabajo tiene licencia de la Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License. Para ver una copia de la licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

