

INSTRUCTIVO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA: ANESTESIOLOGO (A)

A/ CONFIRMACION DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, LOCALIZACION QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTO. El anestesiólogo (a) confirmará verbalmente con el paciente despierto (preferiblemente) su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y el sitio quirúrgico de la cirugía. A pesar de ser reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que no se interviene a un paciente equivocado, no se realiza un procedimiento equivocado, ni se opera el sitio equivocado.

B/ OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: Confirma que el paciente (o representante del paciente) ha firmado el consentimiento para la cirugía y la anestesia, además, que se encuentra en el expediente del paciente.

C/ MARCA DEL SITIO QUIRURGICO: Confirma que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (rotulador permanente), sobre todo en los casos que implique lateralidad (derecha o izquierda), o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o pie, una lesión de la piel, una vértebra, etc).

D/ CHEQUEO DE SEGURIDAD ANESTESICA COMPLETADO: El anestesiólogo (a) verifica e inspecciona los equipos de anestesia, instrumental y medicación previa en cada caso.

E/ OXIMETRO EN EL PACIENTE Y QUE ESTE FUNCIONANDO: Confirma que el paciente tiene colocado el oxímetro de pulso y verifica que este funcionando correctamente.

F/ TIENE EL PACIENTE ALGUNA ALERGIA CONOCIDA? El anestesiólogo verifica en el expediente y con el paciente aún despierto, si éste tiene algún tipo de alergia conocida a medicamentos, y si tiene alergias, ¿A qué es alérgico?.

G/ TIENE EL PACIENTE ALGUNA DIFICULTAD PARA INTUBACION O RIESGO DE ASPIRACIÓN? El profesional en anestesia valorará objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Si determina alto riesgo, ha de preveer la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado (profesional de anestesia, el cirujano, o instrumentista), que se encuentren físicamente presentes para ayudar en la inducción de la anestesia. En paciente con reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla deberá marcarse sólo cuando haya confirmado que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente.

H/ ¿TIENE EL PACIENTE RIESGO DE PERDER > 500 ML DE SANGRE (7 MG/KG EN LOS NIÑOS)? Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre. En caso de reanimación éste paso será vital.

ANTES DE LA INCISION CUTANEA: CIRUJANO (A)

A/El cirujano confirma que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y rol que desempeñan en la cirugía.

B/ El cirujano (a), anestesiólogo (a) y el (la) instrumentista, confirman verbalmente el nombre del paciente, procedimiento y sitio quirúrgico y la posición del paciente.

C/PASOS CRÍTICOS PREVIOS A LA CIRUGÍA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUCEOS ADVERSOS:

C1. El cirujano confirma o repasa con el equipo (pasos críticos o inesperados del procedimiento, cuál es la duración de la intervención y, previsión de pérdida sanguínea).

C2. Revisan aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipo especial.

C3. El cirujano confirma con el profesional de anestesia (los planes de resucitación, y si hay o no consideraciones específicas con el paciente). En pacientes con riesgo de pérdida sanguínea importante, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisan en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos, y el tipo de comorbilidad (cardíaca o respiratoria).

C4. El cirujano confirma con el (la) instrumentista (los resultados de los indicadores de esterilidad y otros aspectos del equipo o instrumental).

D/PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ADMINISTRADA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS, PREVIOS A LA INCISIÓN CUTÁNEA: para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico, el cirujano pregunta en voz alta si se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería de administrarse ahora, antes de la incisión. Si la administración profiláctica del antibiótico supera los 60 minutos al momento de la incisión, el equipo puede decidir si repite o no la dosis, si no se administra una dosis adicional, la casilla en la lista debe quedar en blanco “no marcar”.

E/ VISUALIZACION DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES: Las imágenes pueden ser indispensables para una adecuada planificación del procedimiento y guía en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos. Por ello, en la pausa quirúrgica (antes de la incisión) el cirujano verifica que las imágenes estén presentes en la sala de operaciones.

ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA Y LA SALIDA DEL QUIRÓFANO: INSTRUMENTISTA

A/ ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA, EL (LA) INSTRUMENTISTA VERIFICA CON TODO EL EQUIPO:

A1. Que el recuento de gasas, esponjas, paños, torundas, agujas e instrumental, estén correctos en cantidad. De no ser correcto el recuento, se verificará de nuevo, y no se cierra ningún plano de la herida quirúrgica hasta que el recuento se confirme en voz alta que esta correcto.

A2. Verifica que el rotulado de las muestras biológicas contenga el nombre, apellidos y número de identificación del paciente; aplicable a los procedimientos en los que se obtengan muestras biológicas.

A3. Verifica y reporta los problemas (si existen) con el equipo e instrumental que requieran atención, reparación o cambio, antes de la próxima cirugía.

B/ ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO, EL EQUIPO REPASA ASPECTOS CLAVES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POSTOPERATORIO:

B1. El nombre del procedimiento pautado y el realizado, pues el procedimiento pudo haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas.

B2. Los eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio.

B3. El plan previsto, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del cuidado del paciente, que pueden no ser evidentes para todos los implicados en el cuidado postoperatorio.

B.4 El anestesiólogo (a) revisa si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria. Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación, entonces puede simplemente afirmar “la anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

Nota: En los centros médicos en los que se pueda contar con un coordinador de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras (ejemplo, circulante u otro personal), que haga el check list, será válido, en tanto, el coordinador se dirija y pregunte al profesional responsable la verificación de los ítems del apartado respectivo y que se aplique en el tiempo quirúrgico respectivo de la lista. En todo caso, la responsabilidad de aplicar, verificar (chequeo) y firmar la Lista, es vicariante e intransferible del profesional responsable de la cirugía, anestesia e instrumentación.

La lista sólo será válida cuando este aplicada y completada correctamente en todos sus extremos.