

Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y Procedimientos invasivos

Redactado por: <i>Florencio Morán, Coordinador de Seguridad del Paciente Hospital Quirónsalud Clideba</i> <i>Marta Cremades, Directora Corporativa de Talento y Desarrollo de RRHH</i> <i>Rocío Díez Munar, Jefe de Servicio de Anestesia H.U. Quirónsalud Madrid</i> <i>Ignacio Navarro Rubio, Supervisor Bloque Quirúrgico H. Quirónsalud Zaragoza</i> <i>Laura Molina, DUE Referente en Seguridad del Paciente Hospital Quirónsalud Ciudad Real</i> <i>Mónica Gallardo, Jefe de Dpto. de calidad y Documentación. Centro Médico Teknon</i> <i>Nuria Marañón Hermoso, Jefe de Seguridad del Paciente</i> <i>Fecha: 10/04/2023</i>	Aprobado por: <i>Comisión Corporativa de Seguridad del Paciente</i> <i>Fecha: 10/04/2023</i>
--	---

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
1	07/07/2017	✓ Primera edición del documento
2	10/03/2022	✓ Apartado 1: inclusión del concepto de never event ✓ Apartado 3: se incluye que la realización del Check list quirúrgico es de obligado cumplimiento en procedimientos quirúrgicos y diagnóstico-invasivos. ✓ Apartado 4: adecuación al LVQ de Casiopea. ✓ Apartado 4.1: objetivos del proceso de verificación preoperatoria. ✓ Apartado 4.2: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requerimiento de documentar el término de la pausa (registro de fecha y hora). ▪ No iniciar la inducción anestésica si no está realizado el marcaje quirúrgico ✓ Apartado 4.3: recomendaciones para prevenir never events por retención de gasas. ✓ Apartado 5: <ul style="list-style-type: none"> ▪ adecuación al LVQ de Casiopea. ▪ listado de procedimientos invasivos y de cirugía menor. ✓ Apartado 5.1.2: requerimiento de documentar el término de la pausa (registro de fecha y hora). ✓ Actualización de apartado sobre el marcaje quirúrgico (apartado 6) e inclusión de situaciones en las que no se realiza el mismo. ✓ Apartado 7: ronda de seguridad ✓ Anexos 2 y 4: actualización y traslado a documentos anexos al protocolo. ✓ Inclusión del formato de LVQ de cirugía mayor en Casiopea (Anexo 3)
3	09/09/2022	✓ Actualización portada del documento
4	10/04/2023	✓ Corrección de formato

INDICE

1.	JUSTIFICACIÓN.....	3
2.	OBJETIVO	4
3.	ALCANCE.....	4
4.	USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGIA MAYOR	4
	4.1. Fase de Entrada.....	5
	4.2. Pausa quirúrgica.....	7
	4.3. Fase de Salida.....	8
5.	USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y CIRUGIA MENOR	9
	5.1. Fase de Entrada.....	10
	5.2. Fase Pausa Quirúrgica.....	11
	5.3. Fase de Salida.....	11
6.	MARCAJE QUIRÚRGICO	12
7.	EVALUACIÓN	13
8.	RONDA DE SEGURIDAD	14
9.	ANEXOS	15
	9.1. Anexo 1. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS	15
	9.2. Anexo 2. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Cirugía Mayor (ver documento anexo)	16
	9.3. Anexo 3. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Cirugía Mayor-Casiopea ..	16
	9.4. Anexo 4. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Procedimientos invasivos y cirugía menor (ver documento anexo).....	18
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	18

El presente procedimiento pretende ser una guía a disposición de los Centros del Grupo Quirónsalud para mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos evitables. No es un instrumento normativo, pero sí un documento corporativo de referencia que debe marcar las pautas comunes de trabajo, que cada centro deberá adaptar de acuerdo con sus propias circunstancias y entornos clínicos sin reducir en cualquier caso el nivel de seguridad exigido en el mismo.

1. JUSTIFICACIÓN

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQ) pretende ser una herramienta de ayuda para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnóstico – invasivos y reducir los eventos adversos evitables.

En España la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía está en torno al 10,5% (8,1-12,5%), de los que el 36,5% serían evitables. Uno de cada veinte pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible.

Diversos estudios señalan que la tasa de muerte perioperatoria oscila entre el 0,3% en operaciones de reemplazo de cadera, a un 10,7% en craneotomías. Mientras que la tasa de complicaciones relacionadas con el proceso quirúrgico en su conjunto oscila entre el 26,9% en la cirugía de localización cardiorábrica y el 42,4% en cirugía vascular.

Estas complicaciones incluyen errores relacionados con la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento utilizado para la inducción de la anestesia, falta del equipamiento necesario para el desarrollo del proceso quirúrgico o uso de equipamiento no estéril, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos utilizados del interior de los pacientes (por ejemplo, gasas, esponjas, etc.), trombo-embolismo, infección del sitio quirúrgico etc.

Las cirugías en lugares incorrectos, con procedimientos y en pacientes incorrectos, o la retención de cuerpos extraños, son incidentes alarmantemente comunes en los hospitales y se consideran never events¹. Estos eventos son el resultado de una comunicación ineficaz o inadecuada entre los miembros del equipo que realiza el procedimiento quirúrgico o invasivo, falta de un proceso para marcar el sitio del procedimiento o falta de implicación del paciente en el marcado del sitio de la operación. Además, una valoración inadecuada del paciente, una revisión inadecuada de la historia clínica, una cultura que no ayuda a la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, problemas relacionados con escritura a mano ilegible, así como el uso de abreviaturas, son los factores contribuyentes más frecuentes.

La LVQ se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, con el objetivo de mejorar la seguridad de los procesos quirúrgicos a nivel internacional. La idea de base fue crear una herramienta que apoyara los procedimientos de práctica clínica sin poner en duda el juicio clínico de los profesionales. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, con otros profesionales sanitarios y

¹ Un **"Never event"** es un incidente de seguridad grave, evitable y que nunca deberían producirse si se aplican las medidas preventivas disponibles. Los "Never events" se caracterizan por ser:

- Inequivocos (claramente identificables y medibles)
- Graves (resultando en muerte o discapacidad importante)
- Prevenibles (porque existen filtros y barreras para evitarlos: check list quirúrgico, identificación activa...)

con pacientes de todo el mundo, se identificaron una serie de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

Desde el año 2008, en que comenzó su utilización y en función de estudios internacionales, se puede concluir que:

- 1º: El uso de listados de verificación quirúrgica mejora los indicadores de seguridad del paciente quirúrgico (tasa de complicaciones, mortalidad y de infección de la herida quirúrgica).
- 2º: Desde el punto de vista del profesional, mejora las relaciones y la comunicación de los equipos de trabajo.

2. OBJETIVO

El objetivo final de la Lista de Verificación Quirúrgica es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas medidas de seguridad esenciales: garantizando que los procedimientos quirúrgicos y/o procedimientos diagnóstico-invasivos se realicen en el paciente correcto, con el procedimiento correcto y en el sitio correcto. Potenciando la existencia de equipos de trabajo más transversales, favoreciendo la comunicación entre los miembros del equipo, detectando errores en el menor tiempo posible y anticipando potenciales complicaciones de forma que se minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

La OMS recomienda completar y adaptar la lista de Verificación (Ver anexo 1) en cada Centro Sanitario en función de las necesidades y características asistenciales del mismo, favoreciendo la participación de los profesionales y facilitando su implementación.

3. ALCANCE

La LVQ es de **obligado cumplimiento** y se aplicará a todos los pacientes a los que se les realiza:

- Intervención quirúrgica (Cirugía Mayor Ambulatoria, cirugía menor ambulatoria o a Pacientes ingresados) ya sea con carácter urgente o programado.
- Pacientes a los que se les realice un procedimiento diagnóstico-invasivo, concretamente: endoscopias y broncoscopias, determinadas inyecciones, aspiraciones percutáneas, biopsias, punciones en servicios diagnósticos y procedimientos en hemodinámica.

4. USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGIA MAYOR²

Para implantar el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, se recomienda que una única persona sea la encargada de aplicar y rellenar las casillas del listado. El "Coordinador/Responsable del Listado de Verificación" deberá ser cualquier profesional sanitario que participe en el proceso quirúrgico, según el acuerdo adoptado por cada centro.

La OMS recomienda que este profesional sanitario sea la **Enfermería Circulante** y **requiere la participación del cirujano, anestesiólogo y del propio personal del área.**

La Lista de verificación quirúrgica (LVQ) divide la operación en tres fases (Ver anexo 2 y 3), cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

- El periodo anterior a la inducción de la anestesia (**Entrada o proceso de verificación preoperatoria**).
- El periodo anterior a la incisión quirúrgica (**Pausa quirúrgica o Time-out**).

² Este listado de verificación quirúrgica aplica también a la Cirugía Mayor Ambulatoria

- El periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (**Salida**).

4.1. Fase de Entrada (sala prequirúrgica), es decir antes de la inducción de anestesia.

La verificación preoperatoria es un proceso continuo de recogida y confirmación de información.

El objetivo del proceso de verificación preoperatoria es:

- verificar el paciente, procedimiento y sitio correctos;
- garantizar que todos los documentos, imágenes y estudios relevantes se encuentren disponibles, correctamente etiquetados y expuestos;
- alergias, profilaxis antibiótica, profilaxis tromboembólica, dificultad en la vía aérea etc.
- verificar disponibilidad de todos los componentes sanguíneos necesarios, el equipo médico y/o los implantes especiales estén presentes.

Los campos marcados con un asterisco desde la fase de entrada en adelante son aquellos de cumplimentación mínima e imprescindible para garantizar la seguridad del paciente y sin los cuales no se puede considerar el check-list como válido (y por tanto el BI no lo computaría como realizado).

Personal presente:

- Enfermería circulante (Coordinador de la LVQ).
- Anestesiólogo.
- Cirujano.

El Coordinador de la lista explicará al paciente que el listado se realiza para comprobar que todo es correcto. Esto contribuye a una percepción de seguridad por parte del paciente, ya que de esta manera es consciente de que se comprueba todo lo referente a su intervención. El coordinador de la lista anotará en la LVQ:

1. Verificación Enfermería.

Confirmación del paciente

- Identidad activa -> historia-pegatinas-pulsera. *
- Procedimiento previsto. *
- Sitio quirúrgico. *

Consentimiento informado

- Anestésico. *
- Quirúrgico. *
- Hemoderivados

Alergias conocidas. *

- Si
- No

2. Verificación Anestésica.

- ¿Ha verificado el informe preanestésico? *
- Profilaxis antibiótica*
- Profilaxis Tromboembólica *

¿Tiene el paciente?

- Riesgo de pérdida hemática. *
- Dificultad en la vía aérea/riesgo de aspiración. *
- Verificadas alergias. *

3. Verificación Quirúrgica.

- Localización/Marcaje del sitio quirúrgico. *
- Lateralidad*
- Disponibilidad de la información clínica/Imágenes necesarias

4. Verificación Material.

- Equipo anestesia. *
- Instrumental, material, prótesis y sala necesario para el procedimiento. *
- Destino Paciente

**→ SI NO ESTÁ "OK" → STOP :
EL PACIENTE NO ENTRA DENTRO DEL QUIRÓFANO**

Fecha: _____ Hora: _____

Observaciones: _____

- La enfermería circulante comprobará con la participación del paciente:
 - La identidad del paciente (identificación activa + comprobar: historia clínica-pegatinas-pulsera). Se aplicará el protocolo *CORP3.6-P2 Identificación inequívoca del paciente* (IPSG.1 de la Joint Commission International (JCI) ³).
Cuando no sea posible la confirmación con el paciente (menores, discapacitados o situación clínica), se realizará con un familiar o tutor.
 - El procedimiento quirúrgico
- La enfermería circulante con la participación del paciente y cirujano confirmará que se ha marcado el sitio quirúrgico cuando proceda. El marcaje del lugar de la intervención se realizará de acuerdo al apartado 6.
- Consentimientos Informados para la intervención (consentimiento específico para el procedimiento indicado-no genérico-, Consentimiento Anestesia y Consentimiento para Transfusiones si fuera previsible).
- La enfermería circulante con la participación del anestesista revisará:
 - Profilaxis antibiótica (si está indicada será obligatorio siempre antes de entrar en el quirófono, según protocolo del centro). La enfermería circulante deberá confirmar si ha sido administrada la profilaxis y en caso contrario informará al equipo, dejando constancia en observaciones. La prescripción de la misma es responsabilidad del cirujano responsable de la intervención.
 - Profilaxis tromboembólica: se confirmará que el paciente ha iniciado la profilaxis farmacológica antes de la intervención (si ésta estuviese indicada), o bien la utilización de medidas mecánicas durante la intervención en caso de estar indicado según protocolo (medias de compresión graduada o dispositivos de compresión mecánica); si no es así, se prescribirá la próxima dosis de heparina, según indicación médica, en el postoperatorio.
 - Hemorragia (en caso afirmativo: asegurar que hay sangre cruzada).
 - Posibilidad de vía aérea difícil (en caso afirmativo: asegurar material necesario).
 - Posibilidad de reacciones alérgicas.
- Con la participación del cirujano comprobará:
 - la localización/marcaje del sitio quirúrgico y lateralidad si procede.
 - La disponibilidad de toda la historia clínica, así como de imágenes.

³ International Patient Safety Goal.1 (IPSG.1): the hospital develops and implements a process to improve accuracy of patient identifications.

- Verificará material:
 - necesario para intervención: equipo de anestesia, material quirúrgico específico, prótesis etc.
 - Si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.
- Verificará con la participación del anestesista el destino postoperatorio previsto: si necesita cama de UCI, asegurará disponibilidad etc.

IMPORTANTE: si alguno de los ítems no es correcto, se informará al resto del equipo y la intervención quedará bloqueada hasta su corrección y visto bueno por parte de todo el equipo quirúrgico.

4.2. Pausa quirúrgica, antes de la incisión quirúrgica.

La pausa quirúrgica se realiza inmediatamente antes de comenzar el procedimiento, con todos los miembros del equipo presentes. (se lleva a cabo en el lugar en el cual se realizará el procedimiento e involucra a todo el equipo de manera activa).

- El paciente no debe participar en la pausa quirúrgica.
- La realización de la pausa quirúrgica debe quedar registrada, incluyendo la fecha y la hora.

Personal presente:

- Enfermería circulante (coordinador de la LVQ) + Enfermería instrumentista
- Anestesiólogo
- Cirujano

Con los miembros del equipo presentes (anestesiólogo, cirujano, instrumentista), el coordinador realizará, EN VOZ ALTA, la pausa quirúrgica, anotando en el LVQ:

1. Confirmación paciente - Procedimiento

- Identidad*
- Procedimiento quirúrgico*
- Sitio quirúrgico*
- Lateralidad*
- Equipo quirúrgico Identificado y Registrado*
- Verificación del Funcionamiento del Equipamiento y Control del Material Quirúrgico*
- Monitorización correcta*

2. Comunicación al equipo de complejidad especial o pasos críticos:

- Quirúrgica
- Anestésica

***Fecha pausa quirúrgica:** _____ ***Hora pausa quirúrgica:** _____

**→ SI NO ESTÁ: "OK" → STOP:
NO COMIENZA LA INTERVENCIÓN.**

Observaciones: _____

- Se comprobará la identidad de los miembros del equipo quirúrgico, de los distintos estamentos sanitarios.
- El cirujano, anestesista y enfermería circulante confirmarán verbalmente:
 - La identidad del paciente es correcta.

- El procedimiento a realizar es el correcto.
- El sitio del procedimiento quirúrgico o invasivo es el correcto.
- La lateralidad, si procede.
- La enfermería instrumentista corroborará que dispone del material e instrumental necesario, incluso las prótesis e implantes, y que los indicadores de esterilidad son correctos.
- El cirujano informará al resto del equipo si existen preocupaciones específicas o se prevé algún paso crítico en el curso de la intervención. Igualmente repasará la duración de la intervención y cuál es la pérdida de sangre prevista.
- El anestesiista deberá informar verbalmente, si el paciente presenta alguna comorbilidad que suscite preocupación (enfermedades cardiacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.), o de cualquier problema específico de la reanimación.

4.3. Fase de Salida, al término de la intervención.

Personal presente:

- Enfermería circulante (coordinador de la LVQ) + Enfermería instrumentista
- Anestesiólogo
- Cirujano

Antes de que el cirujano y paciente salgan el quirófano (puede coincidir, p.ej., con el cierre de la herida), el **coordinador** repasará con el equipo y completará la LVQ:

- Procedimiento realizado *
- Recuento del instrumental, gases, compresas y objetos punzantes (según sea de aplicación) *
- Validación de la identificación y número de muestras biológicas *
 - N.º de muestras
- Existencias de complicaciones inesperadas (especificar en observaciones) *
- Destino paciente

Fecha: _____ **Hora:** _____

Coordinador LVQ: _____

Anestesiólogo: _____

Cirujano: _____

Observaciones: _____

- Con el **cirujano**, confirmará el procedimiento finalmente realizado.
- Con la **enfermería instrumentista**, confirmará **verbalmente** que los recuentos de gases⁴ (se realizará un doble recuento en voz alta), material y/o instrumental son correctos (si

⁴ Para prevenir never events por retención de gases:

- ✓ El conteo de gases-compresas debe hacerse antes de iniciar la intervención y se deben ir anotando los paquetes de gases estériles que se vayan añadiendo a lo largo de la misma.
- ✓ El conteo inicial debe realizarse por la enfermera instrumentista y transmitirse a la enfermera circulante para su anotación, confirmándolo en voz alta.
- ✓ Hacer recuento siempre que se produzca un cambio de personal en el quirófano (cambio de turno)
- ✓ Recuento final antes de cerrar la cavidad y finalizar la intervención (doble recuento). Una vez hecho el recuento debe confirmarse que es correcto en **voz alta**, y el cirujano no deberá abandonar el quirófano hasta que se verbalice el recuento como "CORRECTO". Es responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico cumplir y verificar todos los métodos de control que se precisen.
- ✓ Utilizar exclusivamente gases y compresas radio-opacos, gases sin cortar. No utilizar gases pequeñas en cavidades grandes.

procede). En caso de que el recuento no sea completo, no se deberá cerrar la herida hasta realizar nuevo recuento y en caso necesario, realizar comprobación radiológica “in situ”, hasta que se identifique la gasa o el material no encontrado.

- Confirmará que se han identificado correctamente las muestras biológicas (se leen las etiquetas en voz alta incluyendo el nombre del paciente) y anotará el nº de muestras, así como su destino (Laboratorio de microbiología, Anatomía patológica etc.). Si no procede, se debe anotar.
- El cirujano, el **anestesiista** y la **enfermería** repasarán las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo del paciente.
- Destino del paciente.

Con estos pasos finales se completa la Lista de Verificación.

5. USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y CIRUGIA MENOR

El Listado de Verificación de seguridad en Procedimientos invasivos y Cirugía menor pretende ser un instrumento destinado a todos los profesionales sanitarios que desarrollen procedimientos que no requieran ingreso hospitalario ni anestesia general, como son: cirugía oftalmológica (cataratas, vitrectomías), cirugía urológica (cistoscopias, biopsias de próstata, vasectomías, circuncisión,...), pruebas diagnósticas digestivas (colonoscopias, gastroscopias), fibrobronoscopias, cirugía maxilofacial (extracciones cordales, implantes,...), cirugía dermatológica (melanomas, nevus,...), cirugía traumatológica (síndrome del túnel carpiano,...) y cirugía menor (lipomas, tumor de partes blandas profundas), con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a este tipo de intervenciones.

Este Listado está basado en el Listado de Verificación Quirúrgica de la OMS el cual se enmarca en el reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS.

Se han realizado algunas modificaciones respecto al Listado de Verificación Quirúrgica de la OMS dado que, por ejemplo, el paciente siempre va a estar consciente, no son previsibles pérdidas hemáticas significativas y el número de profesionales implicados es menor, así como la complejidad de la tecnología implicada.

Aunque el riesgo inherente a las intervenciones de cirugía menor es mucho más reducido con respecto al de la cirugía con ingreso, aquella no está exenta de riesgos.

Para implantar el Listado de Verificación de seguridad en Procedimientos invasivos y Cirugía menor, se recomienda que una única persona sea la encargada de aplicar y rellenar las casillas del listado. El “coordinador/responsable del Listado de Verificación” debería ser cualquier profesional sanitario que participe en el proceso quirúrgico, según el acuerdo adoptado por cada centro. La OMS recomienda que el coordinador del Listado de Verificación sea el **auxiliar de enfermería**, aunque podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en cirugía menor (Ver anexo 4) se divide la intervención en tres fases, que se corresponden con un período de tiempo específico.

-
- ✓ Se realizará estudio radiológico en el quirófano si no existe un recuento correcto.

- El período previo a la administración de la anestesia (**Entrada**)
- El periodo previo a la incisión quirúrgica (**Pausa quirúrgica o Time-out**) y
- El período inmediatamente posterior al cierre de la herida/intervención propiamente dicha (**Salida**).

El Listado de Verificación constará de las siguientes fases:

5.1. Fase de Entrada.

Antes de la instauración, si es el caso, de la anestesia (local, sedación) y/o del inicio del procedimiento terapéutico, el **coordinador** de la lista verificará el cumplimiento de los siguientes puntos y completará la lista de verificación:

Personal presente:

- Enfermería circulante (coordinador de la LVQ) + enfermería instrumentista

1. Confirmación del paciente

- Identidad activa -> historia-pegatinas-pulsera*
- Procedimiento previsto*
- Sitio quirúrgico*
 - Comprobación del marcaje* No procede

2. Consentimiento informado

- Quirúrgico*
- Anestésico
- Disponibilidad de información Clínica (informes, analíticas)

3. Verificación clínica

- Alergias*
- Ayuno correcto
- Medicación que pueda afectar a la coagulación

4. Verificación material.

- Instrumental, material, prótesis, y sala necesaria para el procedimiento

**➔ SI NO ESTÁ "OK" ➔ STOP:
NO COMIENZA LA INTERVENCIÓN.**

Fecha: _____ Hora: _____

Observaciones: _____

El coordinador de la lista verificará:

- Identidad del paciente.
- Procedimiento.
- Sitio del procedimiento quirúrgico o invasivo es el correcto (IPSG4, JCI).
- Consentimiento informado específico del proceso.
- Confirmación de la identificación de los miembros del equipo, por su nombre y función.
- Comprobación de posible reacción alérgica medicamentosa.
- Riesgo de sangrado excesivo: el médico/enfermero preguntará al paciente sobre la posible existencia de circunstancias que puedan favorecer un sangrado excesivo (consumo de anticoagulantes orales y/o antiagregantes), a fin de valorar la posibilidad de posponer la intervención.

- Valoración de paciente portador de marcapasos y objetos metálicos en contacto con la piel.
- Monitorización correcta: Pulsioxímetro, ECG, TA etc. según patología del paciente.
- Chequeo de seguridad anestésico: el médico/enfermero preguntará al paciente sobre la administración previa de anestesia local y la posible intolerancia/alergia a ésta.
- Verificará que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente. Así mismo se cerciorará de que no existe ninguna incidencia relativa al material y al equipo a utilizar.
- Administración de profilaxis antibiótica, si precisa, según protocolo. El responsable de la prescripción es el cirujano.

Los campos marcados con un asterisco desde la fase de entrada en adelante son aquellos de cumplimentación mínima e imprescindible para garantizar la seguridad del paciente y sin los cuales no se puede considerar el check-list como válido.

5.2. Fase Pausa Quirúrgica.

Personal presente:

- Enfermería circulante (coordinador de la LVQ) + enfermería instrumentista
- Cirujano

1. Confirmación paciente - Procedimiento

- Identidad*
- Procedimiento quirúrgico*
- Sitio quirúrgico*
 - Lateralidad*
- Monitorización correcta*

*Fecha pausa quirúrgica: _____ *Hora pausa quirúrgica: _____

**→ SI NO ESTÁ "OK" → STOP :
NO COMIENZA LA INTERVENCIÓN.**

Observaciones: _____

5.3. Fase de Salida.

Ha de completarse antes de retirar el paño estéril. El coordinador de la lista comprobará el cumplimiento de los siguientes puntos y completará la lista de verificación:

Personal presente:

- Enfermería circulante (coordinador de la LVQ) + enfermería instrumentista
- Cirujano.
- Confirmación del procedimiento realizado*
- Confirmación del conteo de gasas, agujas e instrumental correcto*
- Validación de la identificación y numero de muestras biológicas*
 - Biopsia
 - N.º de muestras

Fecha: _____ Hora: _____

Coordinador LVQ: _____

Cirujano: _____

Observaciones: _____

- Con el médico/enfermería revisará:
 - Que el procedimiento se ha realizado conforme a lo previsto o bien se ha modificado por alguna circunstancia no prevista o dificultad técnica.
 - Los eventos importantes que hayan podido suceder (hallazgo de una infección, sospecha de lesión maligna, sangrado excesivo, etc.).
 - El plan postoperatorio (indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicación necesaria y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente).
 - Existencia de acompañante.
- Con la enfermería repasará:
 - Gasas, agujas e instrumental, efectuando el recuento (si procede).
 - Correcta identificación y gestión de las muestras anatomopatológicas. Nº de muestras y al laboratorio al que se destinan: micro- anatomía patológica.

6. MARCAJE QUIRÚRGICO

El marcaje del sitio quirúrgico se realiza en la fase de entrada y es de obligado cumplimiento en todos los casos que impliquen lateralidad, estructuras múltiples (dedos de la mano, dedos del pie, lesiones, etc.) o niveles múltiples (columna vertebral).

El marcado del sitio quirúrgico o del procedimiento invasivo:

1. Puede realizarse en cualquier momento antes de que comience el procedimiento quirúrgico o invasivo (pero siempre antes de la entrada y de la inducción anestésica).
2. Cuenta con la participación activa del paciente: deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente. Situaciones en las que la participación del paciente puede no ser posible son:
 - Pacientes incapaces de tomar decisiones sobre su atención y los niños.
 - Pacientes que requieren una intervención de emergencia.
3. Se deberá utilizar un marcador indeleble y deberá permanecer visible después de la antisepsia y preparación de la piel, y una vez colocado el campo quirúrgico.
4. Debe ser realizado por la persona que llevará a cabo el procedimiento. En caso de procedimientos quirúrgicos lo realizará el cirujano responsable. En procedimientos quirúrgicos no invasivos puede ser un médico quien realice el procedimiento y puede llevarse a cabo en un área del hospital fuera del quirófano.
5. Se realiza con una marca reconocible e inequívoca. Preferiblemente una flecha o las iniciales del médico. No se debe utilizar una "X" como marca, ya que puede interpretarse como "aquí no" o "lugar equivocado" y potencialmente conducir a errores en la atención al paciente.
6. La marca debe ser la misma en todo el hospital.
7. El marcado debe realizarse en el lugar o cercano al sitio de la incisión. Para dedos de la mano o del pie, la marca debe extenderse al dedo específico a ser intervenido. Se debe confirmar el sitio quirúrgico con documentación e imágenes.
8. Para procedimientos espinales: marcar la región espinal general en la piel. Utilizar técnicas de imagen para localizar y marcar el nivel vertebral exacto.
9. Otras medidas básicas de seguridad para el marcaje quirúrgico son:
 - Evitar el uso de marcador rojo.
 - Evitar marcar otro sitio que no se vaya a intervenir.
 - Enfermería debe notificar al cirujano responsable si no existe el marcaje previo a la intervención.
 - En el caso de intervenciones en los que la posición quirúrgica sea en decúbito supino y el bloqueo anestésico en posición decúbito prono: se debe realizar el marcaje en ambas posiciones (ej. cirugías de hallus valgus, dedos en garra etc.)
10. Si el sitio quirúrgico no está señalizado no se iniciará la anestesia (sedaciones, bloqueos de nervios periféricos, gotas anestésicas, etc.).

Por otro lado, **no se realiza el marcaje quirúrgico para las siguientes situaciones:**

1. La cirugía emergente (emergencia vital) no se debe demorar por falta de marcado preoperatorio.
2. En mucosas o sitios anatómicos difíciles.
3. En procedimientos dentales. Pero se debe indicar el N° de pieza dental que será intervenido en la historia clínica y señalarlo con una flecha en la ortopantomografía.
4. Cirugías de cavidades (oral, laríngea, oído), por ejemplo:
 - Casos de cirugías bilaterales simultáneas, como adenoamigdalectomías, drenajes transtimpánicos etc.
 - Cirugía de senos paranasales.
 - En prognatismo mandibular.
5. Casos de un solo órgano (cesárea, cirugía cardíaca, etc.).
6. Cirugías en las que el sitio de inserción de catéteres o instrumentos no esté predeterminado. (ej. Cateterización cardíaca).
7. Cirugía abdomino-pélvica donde el diagnóstico definitivo se realiza intraoperatoriamente.
8. Dentro del marcaje quirúrgico existen dos excepciones:
 - El paciente neonato prematuro. En estos pacientes, dadas sus características, el marcaje puede dejar tatuaje en la piel. Por lo que el marcado se realizará con tinta NO indeleble y se solicitará la colaboración de los padres/tutor legal para realizar este junto con el profesional.
 - En los procedimientos de cirugía vascular de miembros inferiores, cuando la vía de acceso es la contralateral al miembro en el que se va a realizar el procedimiento, el marcaje se realizara:
 - Flecha de color negro en sentido hacia cabeza marca el miembro de acceso.
 - Flecha de color negro en sentido hacia pies marca el miembro donde se realizará el procedimiento.
9. Cuando el paciente rechaza ser marcado. En estos casos, se deberá marcar el lugar de la cirugía en un dibujo y el paciente deberá firmar el mismo. Igualmente se deberá dejar constancia en la historia clínica del rechazo.

7. EVALUACIÓN

% de Check-list quirúrgicos realizados en cirugía programada:

- N° de intervenciones quirúrgicas programadas en las que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica x 100/N° total de intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en el periodo de estudio.

No cumplimentación del ítem X de lista de verificación en intervenciones quirúrgicas:

- N° de veces que el ítem X no está contestado x 100/N° total de intervenciones quirúrgicas programadas que han realizado lista de verificación en el periodo de estudio.

Cortes observacionales:

- Internos: supervisoras de quirófano.
- Externos: auditoría



8. RONDA DE SEGURIDAD

Ítems a Revisar	Aspectos que verificar	CUMPLIMIENTO (anotar la puntuación)	Observaciones
Antes de la anestesia	<p><i>Comprobar la existencia de un listado de verificación en la fase de entrada (antes de la inducción de la anestesia) que contemple (de acuerdo con procedimiento corporativo CORP3.6-P3 Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica): confirmación de la identidad del paciente, procedimiento, sitio quirúrgico señalado y CI; control de seguridad de la anestesia, pulsioxímetro en funcionamiento, alergias, profilaxis antibiótica, profilaxis tromboembólica, dificultad de la vía aérea, riesgo de hemorragia, verificación del material .</i></p> <p>C. Existe el listado y todos los campos coinciden con el registro. R. Existe el listado pero todos los campos no coinciden con el registro. NC. No existe listado.</p>		
Antes de la incisión de la piel	<p><i>Comprobar la existencia de un listado de verificación en la pausa quirúrgica (antes de la incisión de la piel) que contemple (de acuerdo con procedimiento corporativo CORP3.6-P3 Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica): confirmación del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, verificación del personal participante, verificación material (esterilidad correcta y equipos/material necesario), previsión de puntos críticos.</i></p> <p>C. Existe el listado y todos los campos coinciden con el registro. R. Existe el listado pero todos los campos no coinciden con el registro. NC. No existe listado.</p>		
Antes de que el paciente abandone el quirófano	<p><i>Comprobar la existencia de un listado de verificación antes de la salida del paciente del quirófano en el que se confirme (de acuerdo con procedimiento corporativo CORP3.6-P3 Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica): procedimiento realizado, contaje de compresas, agujas e instrumental, identificación de muestras biológicas, anotación en la HC de datos relevantes y de complicaciones inesperadas.</i></p> <p>C. Existe el listado y todos los campos coinciden con el registro. R. Existe el listado pero todos los campos no coinciden con el registro. NC. No existe listado.</p>		

Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica

CORP3.6/P3

V.2

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía  Organización Mundial de la Salud			Seguridad del Paciente <small>Una alianza mundial para una atención más segura.</small>
Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano	
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p>	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?	
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p>		
<p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede		
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?		
<p>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?		
<p>... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible	<p>Equipo de enfermería:</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?		
<p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede		
La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.			Revisado 1 / 2009
			© OMS, 2009

Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica

CORP3.6/P3

V.2



9.2. Anexo 2. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Cirugía Mayor (ver documento anexo)

9.3. Anexo 3. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Cirugía Mayor – Casiopea

Fase de entrada:

PrevisualizaciónEditorFormulario ✕

Fecha toma
Hora toma
Creador toma:

📄 📁 🔄 🏠 📱 📧 📧 📧

Antes de la Entrada
Antes del Comienzo (pausa quirúrgica)
Antes de la Salida

Personal Presente: Enfermería circulante / Anestesiólogo / Cirujano

Verificación Enfermería

Confirmación del Paciente

* Identidad Paciente * Procedimiento Previsto * Sitio Quirúrgico

¿Se han realizado las pruebas recomendadas para el despistaje del COVID-19?

Consentimiento Informado

* Anestésico * Quirúrgico Hemoderivados

- Alergias conocidas:

Fecha alta	Descripción	Tipo alergia	Confirmada

Verificación Anestésica

* 1. ¿Ha verificado el informe preanestésico?

* 2. Profilaxis Antibiótica:

* 3. Profilaxis Tromboembólica:

4. ¿Tiene el paciente?

* Riesgo de pérdida hemática:

* Dificultad en la vía aérea/riesgo de aspiración:

* Verificadas Alergias

Verificación Quirúrgica

* 1. Localización/Marcaje del sitio quirúrgico Lateralidad

2. Disponibilidad de la Información Clínica/Imágenes necesarias

Verificación material

* Equipo anestesia:

* Instrumental, material, prótesis y sala necesario para el procedimiento:

Destino Paciente

OBSERVACIONES

-SI NO ESTÁ "OK"-> STOP: EL PACIENTE NO ENTRA DENTRO DEL QUIRÓFANO

REVISIÓN ANTES DE LA ENTRADA

Probar diseño

Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica

CORP3.6/P3

V.2



Fase de pausa quirúrgica:

Previsualización Editor Formulario

Fecha toma Hora toma Creador toma:

Antes de la Entrada **Antes del Comienzo (pausa quirúrgica)** Antes de la Salida

Fecha pausa quirúrgica: Hora pausa quirúrgica:

Observaciones pausa quirúrgica:

Personal Presente: Enfermería circulante / Anestesiólogo / Cirujano

Confirmación del Paciente - Procedimiento

* Identidad * Procedimiento Quirúrgico * Sitio Quirúrgico * Lateralidad

* Equipo Quirúrgico Identificado y Registrado

* Verificación del Funcionamiento del Equipamiento y Control del Material Quirúrgico

* Monitorización correcta

COMUNICACIÓN AL EQUIPO DE COMPLEJIDAD ESPECIAL O PASOS CRÍTICOS:

QUIRÚRGICA:

ANESTÉSICA:

OBSERVACIONES:

Fase de salida:

Previsualización Editor Formulario

Fecha toma Hora toma Creador toma:

Antes de la Entrada Antes del Comienzo (pausa quirúrgica) **Antes de la Salida**

Personal Presente: Enfermería circulante + Enf. Instrumentista / Anestesiólogo / Cirujano

* Procedimiento realizado * Recuento de gases, agujas e instrumental

Observaciones caso No Recuento

* Validación de la identificación y número de muestras biológicas

Nº de muestras:

* Existencias de complicaciones e inesperadas (especificar en observaciones)

DESTINO PACIENTE

OBSERVACIONES:

REVISIÓN ANTES DE LA SALIDA

Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica

CORP3.6/P3

V.2



9.4. Anexo 4. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en Procedimientos Invasivos y Cirugía Menor (ver documento anexo)

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza para la Seguridad de los Pacientes. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Manual de Aplicación (1ª Edición).
2. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition.
3. HUQMO 3.6 / IT006 V.5, Marcaje del Sitio Quirúrgico (IPSG.4, IPSG.4.1). Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
4. The Universal Protocol for Preventing Wrong site, Wrong Procedure, and Wrong Person Surgery. The Joint Commission.
5. Manual de Instrucciones para el Uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad SESCO, 2013.
6. Uso del Listado de Verificación sobre Seguridad Quirúrgica. Hospital Fundación Jiménez Díaz, 2016.
7. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. Gobierno del Principado de Asturias, 2010.
8. Manual de Instrucciones para el Uso del Listado de Verificación sobre Seguridad en Cirugía Menor. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Junta de Andalucía, 2009.
9. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. 2015.