

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### ¿Y LA LISTA DE COMPROBACIONES?

**Autor principal** JESUS SERRANO MARTINEZ

**CoAutor 1** JUAN JUAREZ RODRIGUEZ

**CoAutor 2** JOSE J. PARRA

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

**Palabras clave** lista de verificación seguridad recolección de datos quirofanos

#### » Resumen

La OMS aborda la seguridad de la atención al paciente quirúrgico, bajo su lema "La cirugía segura salva vidas", mediante la lista de comprobaciones, que también es conocida como checklist o lista de verificaciones quirúrgicas y que consiste en un formulario con una serie de ítems que se comprobarán antes de cada acto quirúrgico.

En el año 2007, la OMS comienza a trabajar en la elaboración de un listado que denominó "lista OMS" de verificación en la seguridad de la cirugía. Este listado es una herramienta fácil de realizar y que está a disposición de los profesionales sanitarios. Con ella se pretende mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

La seguridad en cirugía constituye, en la actualidad, un problema de salud pública ya que es muy utilizada dentro de la atención sanitaria y conlleva un alto potencial de daño asociado. Además, los efectos adversos, en su mayoría son prevenibles (entre un 40 y un 60 % de estos

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Todo comenzó hace unos 70 años, después de un accidente de aviación que ocurrió por pasar por alto el comprobar el seguro de los elevadores antes del despegue. Este accidente podría haberse evitado si se hubieran verificado todos los pasos imprescindibles para realizarse un despegue correcto.

Se ha comprobado por distintos estudios, que una gran proporción de los efectos adversos relacionados con el procedimiento quirúrgico son debidos a distintas causas: la complejidad de esos procedimientos en sí mismos, el trabajo contrarreloj, participación de muchos profesionales, uso de tecnologías...

El quirófano es la zona en la que se producen con más frecuencia los efectos adversos debido a problemas de comunicación, falta de información, sobrecarga de trabajo e indefinición de tareas.

Como medidas contra esos efectos adversos, están, el desarrollo y utilización de buenas prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia científica, promoción de una comunicación eficaz en el equipo, implicación del paciente en su seguridad y la realización sistemática de las verificaciones necesarias para evitar errores.

Los procedimientos incorrectos (sitio equivocado, órgano equivocado, lugar equivocado, implante equivocado o persona equivocada) son poco frecuentes pero no raros. Eso sí, son evitables y uno de los factores que contribuyen a los errores es la falta de un proceso estandarizado y al

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Basándonos en el listado de comprobación propuesto por la OMS, considera los ítems mínimos a tener en cuenta, permitiendo que cada centro introduzca las modificaciones oportunas en función de su propia realidad sin perder el objeto del mismo y mejorando la seguridad del paciente. El desarrollo del listado de comprobación comienza por decidir la persona responsable de llevarla a cabo, dentro del equipo multidisciplinar.

La lista de comprobación se divide en 3 fases:

- Periodo de entrada anterior a la inducción de la anestesia (entrada).
- Periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica).
- Periodo de cierre de la herida quirúrgica y antes de la salida del quirófano.

#### Periodo de entrada:

El paciente confirma: su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento.

Se ha marcado el sitio quirúrgico (Sí / No procede).

Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.

Se ha comprobado la disponibilidad del instrumental, implantes y equipos necesarios.

Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.

¿Tiene el paciente alergias conocidas? (Sí / No).

Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración (No / Sí, y hay instrumental y equipos y ayuda disponible).

Riesgo de hemorragia >500 ml o 7 ml/Kg en niños (No / Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso, líquidos y productos hemoderivados).

#### Periodo antes de la incisión de la piel y después de la inducción:

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.

Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente: la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento.

El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico

El equipo de enfermería revisa si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores).

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? (Sí / No procede).

Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? (Sí / No procede).

Periodo después del cierre antes de que el paciente abandone el quirófano. El enfermero confirma verbalmente con el equipo:

El nombre del procedimiento realizado.

El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente).

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

Para la implantación del listado de comprobación en los centros, es importante que la gerencia y/o coordinador quirúrgico apoye e impulse el proyecto, designe un líder en cada hospital, así como personal, material, base de datos para estudios estadísticos y determine la persona encargada de realizar los controles de seguridad de la lista de comprobación durante una operación o procedimiento quirúrgico que cuente con la autoridad reconocida por parte del equipo quirúrgico o médico dentro de los profesionales implicados (servicios quirúrgicos y médicos, anestesia

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

La clave del éxito de implantación depende de distintos factores:

1. Compromiso de la gerencia, coordinación quirúrgica
2. Elección de la persona que lo realiza (enfermera, anestesista, cirujano)
3. Adaptar el listado a la idiosincrasia de cada centro y del tipo de intervención. Se debe realizar en el 100% de los procedimientos incluyendo CMA, endoscopias, en los que el número de intervenciones es elevado por lo que se dificulta su cumplimentación.
4. Además se debería realizar en otras intervenciones de enfermería como la administración de hemoderivados, medicación, seguimiento de pacientes en hospital de día, etc.
5. Cada profesional debe hacerse responsable de la comprobación de sus competencias, firmando los apartados del listado que le corresponda.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Demostrada su eficacia cuando queremos buscar evitar cualquier complicación o iatrogenia en el acto quirúrgico, hemos sido conscientes de los problemas que existen para implantarlo a pesar de que implica un coste 0 obteniendo los mejores resultados.

1. Fundamentalmente no se cumplimenta porque el responsable de hacerlo (habitualmente enfermero circulante) debe rellenar ítems que corresponden a otros profesionales del equipo.
2. Falta de formato del formulario para intervenciones ambulatorias.

**» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La aportación del paciente es importante en la primera etapa en la realización de la lista de comprobación, en cuanto a su identificación, el conocimiento del procedimiento, consentimiento informado, sitio quirúrgico.

En el caso de que la comunicación con el paciente no pueda realizarse por deterioro cognitivo, pacientes psiquiátricos, pediátricos, seniles.. se necesitaría la colaboración de un familiar representante legal o tutor para la obtención de datos.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

1. Dirigidas a ver posibles causas de la no implantación de la lista de comprobación en centros donde se ha intentado instaurar.
2. Otra propuesta sería ver la efectividad, reducción de complicaciones o errores en área quirúrgica.
3. Procesos quirúrgicos en los que es conveniente su implantación (cirugía local, endoscopias, cirugía menor) habría que adaptar el cuestionario reduciendo ítems innecesarios.

**» Bibliografía.**

- 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;360:491-9.
- [www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/51.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/51.pdf)
- La cirugía segura salva vidas Segundo reto mundial por la seguridad del paciente WHO/IER/PSP/2008.07.Organización Mundial de Salud, 2008.
- [www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_manual\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf)