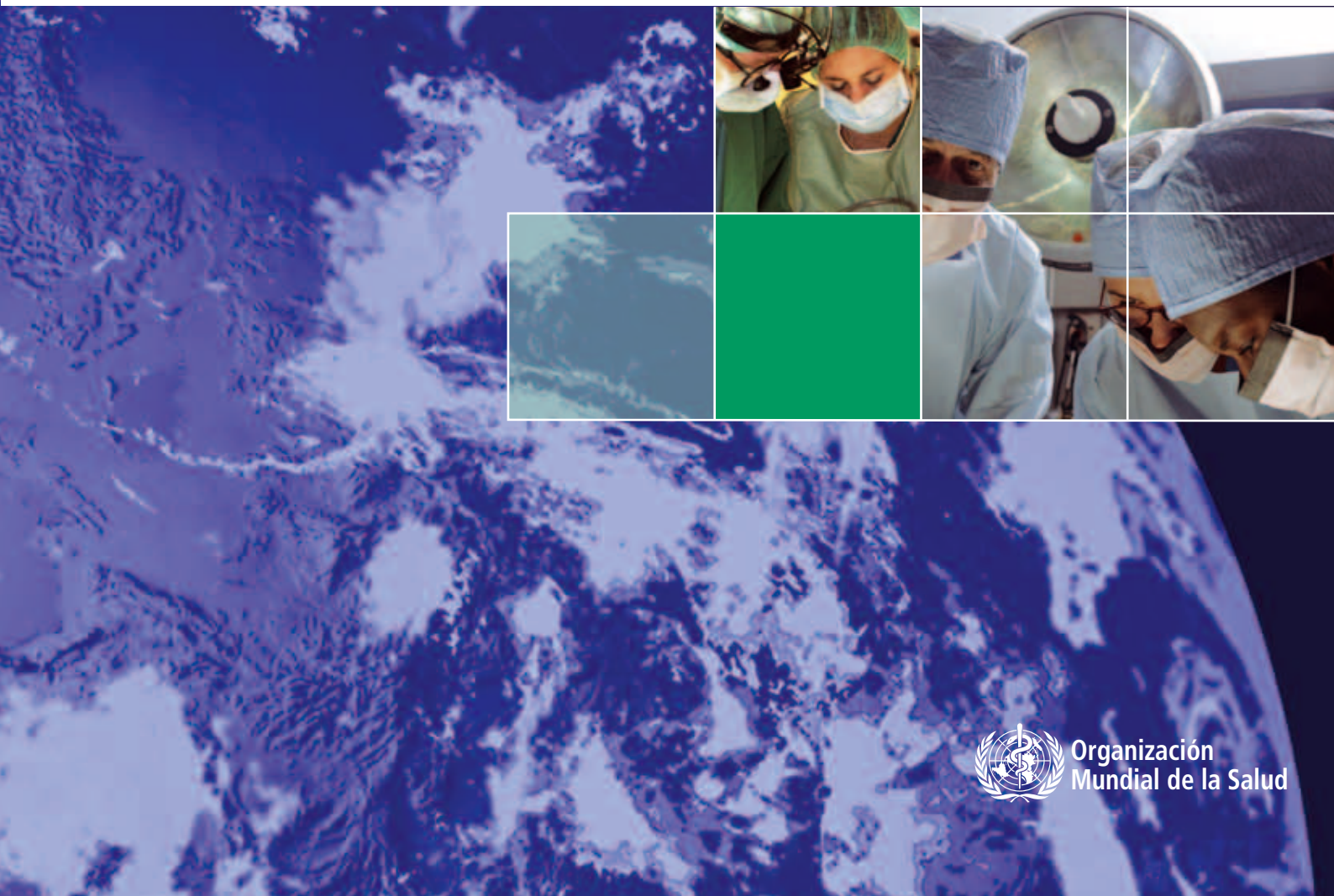




ALIANZA MUNDIAL PARA  
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

# LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Organización  
Mundial de la Salud



ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS



**Organización  
Mundial de la Salud**

La cirugía segura salva vidas - WHO/IER/PSP/2008.07

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS -ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales- deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Las denominaciones empleadas en este documento y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Francia



ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

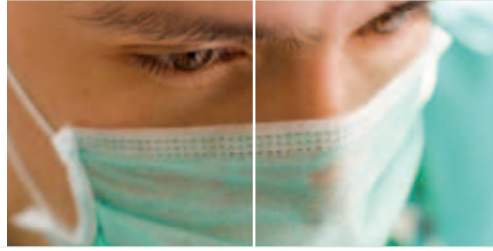
SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS



Organización  
Mundial de la Salud





## ÍNDICE

Introducción	3
<b>1</b> La seguridad de la cirugía es una prioridad de salud pública	<b>4</b>
<b>2</b> El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: <i>la cirugía segura salva vidas</i>	<b>8</b>
<b>3</b> Directrices de la OMS para la seguridad de la cirugía (1ª primera edición)	<b>12</b>
<b>4</b> La Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía	<b>14</b>
<b>5</b> Ampliación de las actividades para reducir el daño al paciente	<b>20</b>







# INTRODUCCIÓN

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS.

Si el primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, el tema elegido para el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es la seguridad de las prácticas quirúrgicas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Puede encontrar datos y referencias bibliográficas que respaldan la información que contiene este documento en: *WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition)*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

# LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ES UNA PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor (véase el recuadro 1), lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar de la costoeficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

## Recuadro 1: Definición utilizada para calcular el volumen de la cirugía mayor

Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables (véase el recuadro 2), lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150 operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también



constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

#### Recuadro 2: Cinco datos sobre la seguridad de la cirugía

1. Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
2. La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%.
3. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
4. El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
5. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo (véase el recuadro 3).

### Recuadro 3: Enfoque sistémico para mejorar la seguridad de la cirugía

No existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía. Para lograr este objetivo es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, no sólo por parte del cirujano, sino de toda una serie de profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, para beneficio del paciente.

### Subir el listón para lograr que la atención quirúrgica sea más segura en todo el mundo

«La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. La iniciativa *La cirugía segura salva vidas* pretende modificar esta situación subiendo el listón de calidad y seguridad que los pacientes pueden esperar dondequiera.»



Dr. Atul Gawande, Cirujano y profesor asociado de la Harvard School of Public Health y jefe de programa del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente



## EL SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

La OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía. La Iniciativa Mundial para la Atención de Emergencia y Quirúrgica Esencial y las *Directrices para la atención traumatológica básica* se centraron en el acceso y la calidad. El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007.

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos (véase el recuadro 4).

### Recuadro 4: Grupos de trabajo del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente

- **Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica:** La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización. Por ejemplo, la administración perioperatoria de antibióticos se hace tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente.



- **Seguridad de la anestesia:** Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno.
- **Equipos quirúrgicos seguros:** El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente.
- **Medición de los servicios quirúrgicos:** Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos.

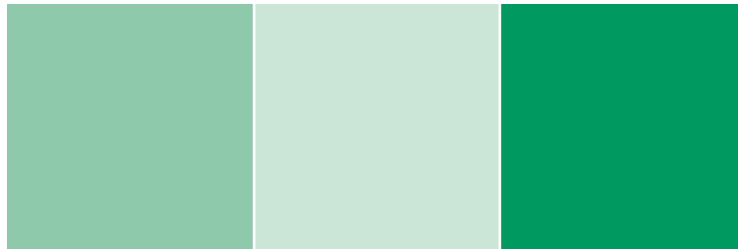
El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:

- proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública;
- definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica;
- identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos;
- evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

Los cuatro grupos de trabajo definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica (véase el recuadro 5). Esos objetivos se condensaron en una lista de verificación de una página que los profesionales sanitarios podrán utilizar para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad. Esa lista, denominada *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*, está siendo evaluada en centros piloto para comprobar que es robusta, ampliamente aplicable y capaz de mejorar la seguridad y la calidad de la atención quirúrgica en diversos entornos. La experiencia adquirida en los centros piloto se aplicará en el marco del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente cuando se fomente el uso de la *Lista de verificación* en los quirófanos de todo el mundo.

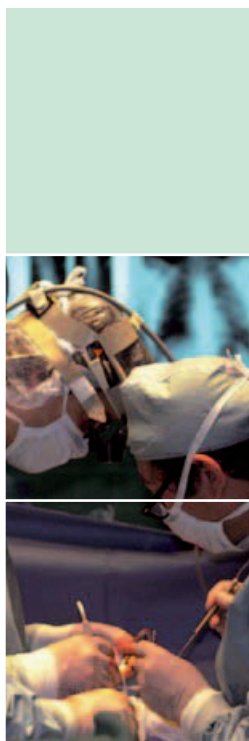
El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes y potencialmente mortales que conlleva una atención quirúrgica poco segura.





### Recuadro 5. Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

- Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
- Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
- Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
- Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

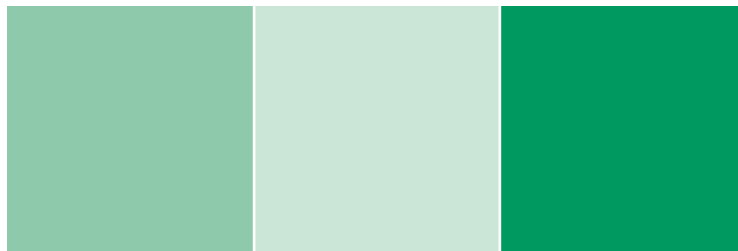


## DIRECTRICES DE LA OMS PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª EDICIÓN)

Las *Directrices de la OMS para la seguridad de la cirugía (1ª edición)* incluyen un examen de las pruebas científicas sobre las intervenciones que pueden mejorar la seguridad de la cirugía en un amplio abanico de entornos y contextos. Los expertos, personal clínico y pacientes de todo el mundo que participaron en los cuatro grupos de trabajo del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente examinaron una serie de normas de seguridad que podrían utilizarse para mejorar la atención quirúrgica del paciente. Antes de decidir cuáles se incluirían en la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*, evaluaron las pruebas disponibles acerca de cada una de ellas. Asimismo estimaron la posible eficacia de cada medida de seguridad para reducir el daño al paciente y diseñaron medidas para evaluar hasta qué punto las intervenciones podrían mejorar la seguridad del paciente al ser utilizadas como puntos de la *Lista de verificación*.

Las *Directrices de la OMS para la seguridad de la cirugía (1ª edición)* aportan pruebas científicas sobre los elementos fundamentales para una atención quirúrgica segura que constituyen la base de la *Lista de verificación*. Mientras que las directrices aportan la base científica, la *Lista de verificación* es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

Las *Directrices* y la *Lista de verificación* siguen un marco establecido para la seguridad de la atención intraoperatoria en los hospitales, el cual conlleva una secuencia sistemática de acontecimientos —evaluación preoperatoria del paciente, intervención quirúrgica y preparación para los cuidados postoperatorios adecuados— con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados. En la fase preoperatoria puede intervenir en: la obtención del consentimiento informado; la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la operación y del procedimiento que ha de realizarse; la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, y la preparación adecuada de los acontecimientos intraoperatorios. En la fase operatoria, para garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica, es necesario: un uso adecuado y prudente de los antibióticos; la



disponibilidad de técnicas de imagen fundamentales; una monitorización adecuada del paciente; un trabajo en equipo eficiente; competencias anestésicas y quirúrgicas; una técnica quirúrgica meticulosa, y una comunicación eficiente entre los miembros del equipo (cirujanos, anestesistas, personal de enfermería). En el postoperatorio, un plan de cuidados claro, una buena comprensión de los sucesos intraoperatorios y el compromiso para mejorar la calidad pueden suponer un avance en la atención quirúrgica, favoreciendo así la seguridad del paciente y mejorando los resultados.

La *Lista OMS de verificación* de la seguridad de la cirugía no pretende prescribir un método único, sino garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos. De esta forma, se aumentará al máximo la probabilidad de obtener el mejor resultado para los pacientes sin necesidad de sobrecargar indebidamente al sistema y a los profesionales. Se entiende que las normas representarán un cambio de hábitos en casi todos los entornos, pero su introducción se ha basado en datos científicos fehacientes y en la opinión consensuada de los expertos de que pueden suponer mejoras tangibles y determinantes para salvar vidas en todos los entornos, desde el más rico al más pobre.

Así pues, todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales:

- utilizan la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* o instrumentos de seguridad similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual;
- establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.



## LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

La *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente colaboró con numerosas personas de todas las regiones de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, anestesia, enfermería, enfermedades infecciosas, epidemiología, ingeniería biomédica, sistemas de salud, mejora de la calidad y otros campos conexos, además de pacientes y grupos de defensa de la seguridad del paciente. Entre todos identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. El resultado es la *Lista de verificación*, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas (véase la *figura 1*; también puede consultarse: [www.who.int/patientsafety/challenge/safe-surgery](http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe-surgery)). La *Lista de verificación* no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La elaboración de la *Lista de verificación* se basó en tres principios. El primero fue la **simplicidad**. Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

El segundo principio fue la **amplitud de aplicación**. De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.



El tercer principio fue la **mensurabilidad**. Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

Si se cumplen los tres principios (simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad) es posible que se logre aplicar la *Lista de verificación* con éxito.

La inclusión de cada medida de control en la *Lista de verificación* está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la *Lista de verificación* y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal.

La *Lista de verificación* ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.





## EFICACIA DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)

▶▶▶▶▶ Antes de la incisión cutánea ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de que el paciente salga del quirófano

### PAUSA QUIRÚRGICA

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

#### PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

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) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

#### ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

- SÍ
- NO PROCEDE

#### ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

- SÍ
- NO PROCEDE

### SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)

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

DA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

#### Recuadro 6. Instrucciones breves sobre cómo utilizar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

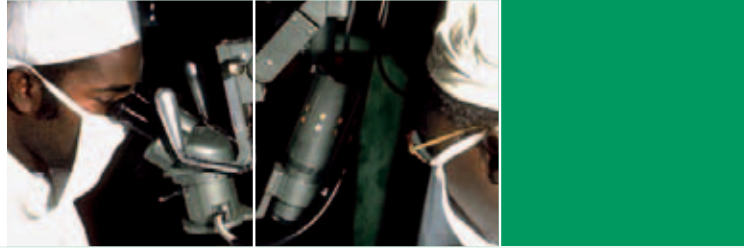
Es fundamental que el proceso de verificación de la *Lista lo dirija* una sola persona. Por lo general el responsable de marcar las casillas de la *Lista será* una enfermera, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La *Lista de verificación* divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (*Entrada*), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (*Pausa quirúrgica*), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (*Salida*). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la *Lista de verificación* confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Antes de la inducción de la anestesia (**Entrada**), el encargado de rellenar la *Lista de verificación* confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de *Entrada*, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la *Lista de verificación*.







Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (**Pausa quirúrgica**) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la *Lista de verificación*. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la **Salida**, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

## AMPLIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PARA REDUCIR EL DAÑO AL PACIENTE

La *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* ha sido evaluada en ocho centros piloto para identificar posibles problemas de aplicación y aceptación, y para confirmar que su uso puede mejorar realmente la seguridad de la cirugía. La evaluación se llevó a cabo en quirófanos de las seis regiones de la OMS (véase la figura 2). Para promocionar su adopción y uso a escala mundial, la *Lista de verificación* se presentó oficialmente el 25 de junio de 2008 en Washington, D.C. (Estados Unidos de América).

El éxito de la aplicación de la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* —y su potencial para mejorar los resultados de la cirugía en todo el mundo— exigirá su adaptación a los hábitos y expectativas locales. Esto no será posible sin el compromiso de los administradores de los hospitales y los planificadores de políticas que ocupan los escalones más altos de las organizaciones profesionales y los ministerios de salud.

Ya se han puesto en marcha iniciativas para obtener la aprobación de la *Lista de verificación*. Así, por ejemplo, en febrero de 2008, organizaciones del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte aprobaron la idea en un acto organizado por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente en Londres. Los *Royal Colleges* y las organizaciones nacionales representativas de los anestesiólogos, enfermeros y cirujanos aprobaron los principios sobre los que asienta la iniciativa *La cirugía segura salva vidas*.

No obstante, para que la *Lista de verificación* tenga éxito, los jefes de cirugía, anestesiología y enfermería deben respaldar públicamente la idea de que la seguridad es una prioridad y de que el uso de la *Lista de verificación* puede hacer más segura la atención quirúrgica. A menos que exista un apoyo visible y continuo desde la presentación de la Lista de verificación hasta su integración en la atención sistemática, una lista de este tipo puede despertar descontento y rechazo. Se recomienda que los líderes de los hospitales prediquen con el ejemplo, utilizando la *Lista de verificación* en sus propias intervenciones quirúrgicas y preguntando regularmente a los demás cómo avanza el proceso de aplicación. Ello permitirá un diálogo continuo para abordar problemas, ineficiencias y escepticismos.

Los líderes de los ámbitos clínico y político también pueden destacar las cuestiones que plantea la cirugía segura y su efecto sobre la salud pública midiendo y evaluando la atención



prestada. Es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la cantidad y la calidad de la atención, lo cual constituye un componente esencial del éxito de cualquier programa de mejora. Por ello, la iniciativa *La cirugía segura salva vidas* ha incorporado un sencillo marco estadístico viable que permita comparaciones válidas entre países de todos los niveles de desarrollo y dentro de cada uno de ellos. Se han establecido cinco “estadísticas vitales” para estimar la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos (véase el recuadro 7). Estas medidas pueden utilizarse en una amplia gama de centros para evaluar la adecuación y seguridad de la atención quirúrgica, y también pueden ayudar a determinar el impacto de la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*.

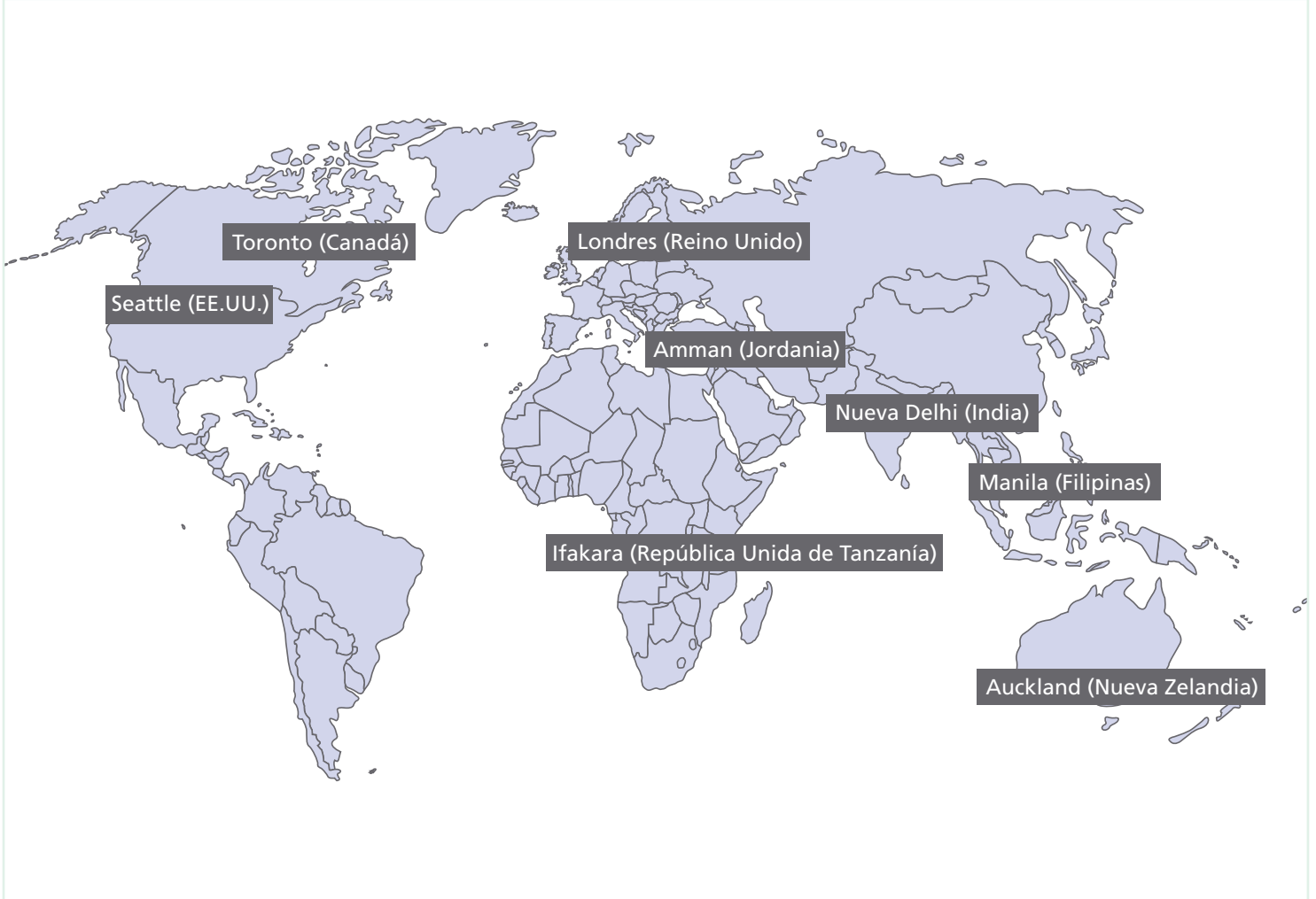
Además de desarrollar, promocionar y difundir la *Lista de verificación*, el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente incluirá varios proyectos nuevos. Uno consistirá en desarrollar y promocionar soluciones de pulsioximetría de bajo costo en los quirófanos de todo el mundo. También se espera fomentar el uso de instrumentos de evaluación del desempeño y de mejora de la calidad, como la propuesta de una escala de Apgar quirúrgica, fácil de calcular, que predice los resultados en función de la hemorragia intraoperatoria, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

*La cirugía segura salva vidas* es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura. Todos los Estados Miembros, hospitales o consultorios del mundo y los equipos quirúrgicos están invitados a aceptar este reto, consistente en:

- 10 objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía,
- 5 “estadísticas vitales” para medir los progresos realizados, y
- 1 *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía* que se rellenará en cada procedimiento quirúrgico.

Es imprescindible que las prácticas seguras se integren en la atención quirúrgica. Los sistemas deben respaldar el objetivo de mejorar la atención en todos los entornos, independientemente de sus recursos.

Figura 2. Lugares donde se está probando la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía





### Recuadro 7: Estadísticas vitales quirúrgicas

Para garantizar una vigilancia quirúrgica básica, los Estados Miembros de la OMS deben reunir en cada país la información siguiente:

- el número de quirófanos existentes;
- el número de operaciones llevadas a cabo en quirófano;
- el número de cirujanos y anestesistas formados;
- el número de defunciones el día de la intervención quirúrgica, y
- el número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

Las dos últimas variables permitirán calcular la mortalidad asociada a las intervenciones quirúrgicas:

$$\text{Tasa de mortalidad el día de la intervención} = \frac{\text{muertes el día de la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad hospitalaria posoperatoria} = \frac{\text{muertes de pacientes ingresados tras la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$



**Otros recursos**

Para obtener más información sobre el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, descargar la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* y materiales conexos o participar en las pruebas de viabilidad de uso de la Lista, visite:

<http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/>



**Organización Mundial de la Salud**

20 Avenue Appia  
CH - 1211 Ginebra 27  
Suiza  
Tel. +41 (0) 22 791 50 60

**Email**

[patientsafety@who.int](mailto:patientsafety@who.int)

**Visite nuestro sitio web:**

[www.who.int/patientsafety/en/](http://www.who.int/patientsafety/en/)

[www.who.int/patientsafety/  
challenge/safe.surgery/en/](http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/)

