



# MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LA OMS

---

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

**DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA Y CALIDAD  
SESCAM**

**Junio de 2013**

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica pretende ser una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.



# MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LA OMS

## INTRODUCCIÓN

El *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* pretende ser una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Se enmarca en **el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS**. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesistas, enfermeras, con otros profesionales sanitarios y con pacientes de todo el mundo, se ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

El *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas.

Cada uno de los puntos de control que ha sido incluido está basado en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.



El *Listado de Verificación* se ha diseñado asimismo para que sea simple y breve. Muchos de sus pasos ya están aceptados como parte de las rutinas de práctica en instalaciones de todo el mundo. Se trata de examinar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en el proceso quirúrgico normal que se desarrolla en cada centro.

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA SURGICAL SAFETY CHECKLIST		
ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA	ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA
SIGN IN. INICIO DE SESIÓN	TIME OUT. PAUSA	SIGN OUT. CIERRE DE SESIÓN
<input type="checkbox"/> SE CONFIRMA RESPECTO AL PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIDAD</li> <li>• LOCALIZACIÓN</li> <li>• PROCEDIMIENTO</li> <li>• CONSENTIMIENTO INFORMADO</li> </ul> <hr/> <input type="checkbox"/> SE HA MARCADO LA LOCALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE TODO EL EQUIPO POR SU NOMBRE Y PAPEL EN LA INTERVENCIÓN	ENFERMERA RESPONSABLE CONFIRMA DELANTE DE TODO EL EQUIPO Y DE FORMA VERBAL:
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA HAN CONFIRMADO DE FORMA VERBAL: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente</li> <li>• localización</li> <li>• procedimiento</li> </ul>	<input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
<input type="checkbox"/> COMPLETADA LA COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD ANESTÉSICA	ANTICIPACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	<input type="checkbox"/> EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL INCLUYENDO GASAS Y AGUJAS
¿TIENE EL PACIENTE?	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAS: CUALES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y LA POSIBILIDAD DE PÉRDIDA DE SANGRE	<input type="checkbox"/> ETIQUETADO E IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
ALERGIAS CONOCIDAS:	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO ANESTESISTA REVISAS SI EXISTEN EN EL PACIENTE PRECAUCIONES ESPECÍFICAS Y ELEMENTOS CRÍTICOS EN EL PLAN DE REANIMACIÓN.	<input type="checkbox"/> SI HAY ALGÚN PROBLEMA O SUCESO QUE DEBA SER ENVIADO Y/O DOCUMENTADO CON RESPECTO A INSTRUMENTAL O EQUIPO
RIESGO DE ASPIRACIÓN/DIFICULTAD DE LA VÍA AÉREA	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAS EL EQUIPAMIENTO Y LOS INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN Y LA EXISTENCIA DE DUDAS CON RESPECTO AL INSTRUMENTAL	<input type="checkbox"/> TODO EL EQUIPO REPARA LA EXISTENCIA DE CUESTIONES O PREOCUPACIONES QUE PUEDAN SER CLAVES E INFLUIR EN LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE
RIESGO DE UNA PERDIDA MAYOR DE 500CC DE SANGRE Ó 7CC POR KILO DE PESO EN NIÑOS	<input type="checkbox"/> SI EXISTEN CUESTIONES O PRECAUCIONES QUE TOMAR.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     Identificación Verificador/a                 </div>
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. Está preparado un plan que incluye los accesos intravenosos adecuados	¿SE HA DADO UNA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	Fecha:
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No procede	
	¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES RELEVANTES?	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No procede	



## PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

### Guía Rápida

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*" debería 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 enfermera circulante.

El *Listado de Verificación* divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo concreto en el transcurrir normal de una intervención:

- El periodo previo a la inducción anestésica (**Entrada o Sign In**),
- el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica ("**Pausa quirúrgica**" o **Time Out**),
- y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (**Salida o Sign Out**).



En la **Entrada (Sign In)** antes de la inducción anestésica, el coordinador/responsable de la lista confirmará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar, así como que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. Visualmente confirmará que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente.

Repasaré verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea, y las alergias, así como si se ha completado o no la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

En la **“Pausa quirúrgica” (Time Out)**, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. El equipo realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se va a realizar la intervención correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica*. Se confirmará si se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes relevantes, si procede.



En la **Salida (Sign Out)**, el cirujano, el anestesista y la enfermera repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles.

El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

En la complejidad de un quirófano, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio. Mediante la designación de una única persona para confirmar que se completa cada paso del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica*, y hasta que los miembros del equipo se familiaricen con el listado de verificación, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.



## COMO PONER EN FUNCIONAMIENTO EL LISTADO DE VERIFICACIÓN

### Guía detallada

### ENTRADA (Sign In)

La fase de **Entrada** ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería.

**ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA**

SIGN IN. INICIO DE SESIÓN
<input type="checkbox"/> SE CONFIRMA RESPECTO AL PACIENTE <ul style="list-style-type: none"><li>• IDENTIDAD</li><li>• LOCALIZACIÓN</li><li>• PROCEDIMIENTO</li><li>• CONSENTIMIENTO INFORMADO</li></ul>
<input type="checkbox"/> SE HA MARCADO LA LOCALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO
<input type="checkbox"/> COMPLETADA LA COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD ANESTÉSICA
¿TIENE EL PACIENTE?
ALERGIAS CONOCIDAS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
RIESGO DE ASPIRACIÓN/DIFICULTAD DE LA VÍA AÉREA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Y El equipo asistencial adecuado esta disponible.
RIESGO DE UNA PERDIDA MAYOR DE 500CC DE SANGRE Ó 7CC POR KILO DE PESO EN NIÑOS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. Está preparado un plan que incluye los accesos intravenosos adecuados



El coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los controles en el apartado de **Entrada** son los siguientes:

- ✓ **Confirmación de la identificación del paciente, localización quirúrgica y procedimiento.** El coordinador/responsable confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y la localización de la cirugía. A pesar de que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o un procedimiento erróneo. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como en el caso de niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol. En el caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.
- ✓ **Obtención del consentimiento informado** Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia.
- ✓ **Marca del sitio quirúrgico o "No aplica"** El coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador permanente), fundamentalmente en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).





- ✓ **Pulsioximetría en el paciente y funcionando** El coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debería estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno.
  
- ✓ **Chequeo de seguridad anestésica completado** El coordinador/responsable rellenará este paso preguntando al anestesista sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso. Una regla nemotécnica útil es realizar un ABCDE – un examen del equipo para la vía aérea (**A**irway equipment); Respiración (**B**reathing system) (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios); aspiración (**Su**Ction); drogas y dispositivos (**D**rugs and **D**evelopes); y medicación de emergencias (**E**mergency medications), equipamiento... confirmando su disponibilidad y funcionamiento. (*Existen distintos listados de verificación anestésica respaldados por sociedades profesionales que se utilizan en la actualidad con este propósito*).
  
- ✓ **¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?** El coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* realizará esta y las siguientes dos preguntas al anestesista. Primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así cuál. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesista está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente. Sólo entonces se marcará la casilla



correspondiente. Si el coordinador/responsable tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

- ✓ **¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea?** Aquí el coordinador/responsable confirmará verbalmente con el anestesista que este ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Existen varios modos de clasificar la vía aérea (tales como la escala de Mallampati, la distancia tiro-mentoniana, y la clasificación de Bellhouse-Doré –extensión atlanto-occipital-). Una evaluación objetiva de la vía aérea utilizando un método validado es más importante que el tipo de método en sí. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (p.e. una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado –un segundo anestesista, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería-, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos. En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla debería marcarse sólo (empezada la inducción anestésica) una vez que el anestesista confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración,



sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

- ✓ **¿Tiene el paciente riesgo de perder >500cc de sangre (7ml/Kg de peso en niños)?** El coordinador/responsable preguntará si el paciente tiene riesgo de perder más de medio litro de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre. Ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente con una pérdida de sangre >500cc (ó 7 ml/Kg en el caso de niños). El *Listado de Verificación* está diseñado para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre / fluidos.

*Llegados a este punto se completa la fase de **Entrada (Sign IN)**, y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.*



## “PAUSA QUIRÚRGICA” (Time Out)

La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea de todo el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

**ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL**

**TIME OUT. PAUSA**

CONFIRMACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE TODO EL EQUIPO POR SU NOMBRE Y PAPEL EN LA INTERVENCIÓN

---

EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA HAN CONFIRMADO DE FORMA VERBAL:

- Identificación del paciente
- localización
- procedimiento

---

**ANTICIPACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS**

EL CIRUJANO REvisa: CUALES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y LA POSIBILIDAD DE PÉRDIDA DE SANGRE

EL EQUIPO ANESTESISTA REvisa SI EXISTEN EN EL PACIENTE PRECAUCIONES ESPECÍFICAS y ELEMENTOS CRÍTICOS EN EL PLAN DE REANIMACIÓN.

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa EL EQUIPAMIENTO Y LOS INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN Y LA EXISTENCIA DE DUDAS CON RESPECTO AL INSTRUMENTAL

SI EXISTEN CUESTIONES O PRECAUCIONES QUE TOMAR.

**¿SE HA DADO UNA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?**

Sí  
 No procede

**¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES RELEVANTES?**

Sí  
 No procede



- ✓ **Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y papel en la intervención** Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su papel y capacidad en la intervención. Ello se consigue con una simple presentación. El coordinador/responsable del *Listado* pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y papel. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.
  
- ✓ **Cirujano, enfermera y anestesista confirman verbalmente: el paciente, la localización, el procedimiento y la posición.** Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel la persona que coordina o es responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* pedirá a todos en el quirófano que se detengan, y confirmen verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y, si procede, la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, el coordinador/responsable del *Listado* podría decir: **“Vamos a realizar una pausa”** y a continuación proseguir **“¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?”** Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y la enfermera, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que confirme esto mismo también.



- ✓ **Anticipación (previsión) de incidentes críticos** La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. Para asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la **"Pausa quirúrgica"** el coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* dirigirá al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los peligros críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las consideraciones (o preocupaciones) específicas de cada miembro del equipo. El orden de la discusión no importa, pero cada casilla se chequea sólo después de que cada disciplina proporcione la información. Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo, el cirujano simplemente expone **"Este es un caso de rutina de X tiempo de duración"**, y luego pregunta al anestesista y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.
  
- ✓ **El cirujano repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención, y la previsión de pérdida de sangre?** Informar al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria. Es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial.
  
- ✓ **El anestesista repasa: ¿cuáles son las consideraciones específicas del paciente, si las hay y los planes de reanimación?** En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y/o cualquier complicación, característica o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o



arritmia. Se entiende que en muchas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesista puede simplemente decir **“No hay ninguna precaución especial en este caso”**.

- ✓ **La enfermera repasa: ¿cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento y material u otras precauciones con el paciente?** La enfermera instrumentista deberá confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que la enfermera instrumentista o la enfermera circulante puedan tener, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesista. Si no existen precauciones especiales, la enfermera instrumentista puede decir **“Esterilización verificada. No hay precauciones especiales”**.
  
- ✓ **Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos** Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador de la *Lista* preguntará en voz alta durante la **“Pausa quirúrgica” (Time Out)** si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis; la casilla debe dejarse en blanco si no se proporciona dosis adicional. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (p.e. en casos en los que no hay



incisión de la piel, o en casos de contaminación en los que se da tratamiento antibiótico), puede marcarse la casilla de "No procede" una vez confirmado verbalmente por el equipo.

- ✓ **Visualización de las imágenes esenciales** Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos / vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la **"Pausa quirúrgica" (Time Out)**, el coordinador/responsable del *Listado* preguntará al cirujano si el caso requiere mostrar imágenes. Si es así, el coordinador/responsable deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de "No procede".

- ✓ **Otras verificaciones**

Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. El propósito es usar la **"Pausa quirúrgica"** como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente. Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial, y/o medidas médicas, como la heparina cuando estén indicadas; la disponibilidad de los implantes esenciales (como una





malla o una prótesis); y la revisión de los resultados de una biopsia preoperatoria, resultados de laboratorio, o tipo de sangre.

Llegados a este punto la **Pausa quirúrgica** se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención.



## SALIDA (SING OUT)

La **Salida (Sign out)** ha de completarse antes de que el paciente salga del quirófano.

**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA**

**SIGN OUT. CIERRE DE SESIÓN**

**ENFERMERA RESPONSABLE CONFIRMA DELANTE DE TODO EL EQUIPO Y DE FORMA VERBAL:**

- EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
- EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL INCLUYENDO GASAS Y AGUJAS
- ETIQUETADO E IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
- SI HAY ALGÚN PROBLEMA O SUCESO QUE DEBA SER ENVIADO Y/O DOCUMENTADO CON RESPECTO A INSTRUMENTAL O EQUIPO
- TODO EL EQUIPO REPASA LA EXISTENCIA DE CUESTIONES O PREOCUPACIONES QUE PUEDAN SER CLAVES E INFLUIR EN LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE

**Identificación Verificador/a**

**Fecha:**



Puede iniciarse por la enfermera, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio, y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de Salida. El objetivo es facilitar el intercambio de información importante con los equipos sanitarios que se encargarán de atender al paciente después de la operación.

✓ **El coordinador/responsable repasa con todo el equipo:**

- Qué procedimiento se ha realizado
- Los eventos intra operatorios importantes
- El plan previsto

A fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente, el profesional coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* pedirá al **cirujano** que revise tres cosas en voz alta:

(1) Qué procedimiento se ha realizado exactamente; el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas;

(2) Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis);



(3) El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar **“Este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”**.

✓ **El profesional responsable del listado revisa con todo el equipo:**

- Los eventos intraoperatorios importantes relativos a la anestesia
- El plan de recuperación

El coordinador/responsable del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* debe pedir al **anestesista** que revise en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardiaca, y dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesista debe entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria. Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesista puede simplemente afirmar **“La anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”**



✓ **La enfermera revisa con todo el equipo:**

- El recuento de gasas e instrumental
- La identificación de muestras (incluyendo el nombre del paciente)
- Los eventos intra operatorios importantes / plan de recuperación

La **enfermera instrumentista o la circulante** deberán confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental. La enfermera deberá confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa.

El profesional coordinador/responsable del listado debería revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intra operatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo. Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de drenajes, medicación, y fluidos que no estén claros.

*Con este paso final se completa el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica. Sería deseable que en el mismo figure la firma y fecha, y que se adjunte a la historia del paciente, o que se conserve simplemente para revisiones de garantía de calidad.*



## Otras consideraciones

### INTRODUCIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD

Llevará algo de práctica a los equipos aprender a usar la *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* efectivamente. Algunas personas pueden percibirlo como una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite de memoria o interrumpir los flujos de trabajo. Se intenta proporcionar a los equipos un conjunto simple, eficiente, de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y para **promover activamente que se considere la seguridad del paciente en cada intervención que se realice**. Muchas de las medidas del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* ya se siguen en los quirófanos de todo el mundo. En pocos quirófanos, no obstante se siguen todas ellas o se asegura el nivel de atención explícita que se requiere para hacerlo consecuentemente. Este listado proporciona una herramienta para dos propósitos: permitir esta consistencia en la seguridad del paciente, e introducir (o mantener) una cultura que valore que eso se consiga. La implantación exitosa requiere que se adapte a las expectativas y rutinas locales. Esto no será posible sin un sincero compromiso de los líderes del hospital. Por último, para asegurar su brevedad, el *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* no está diseñado para ser exhaustivo, cada centro en particular puede tener medidas de seguridad adicionales. Se fomenta por lo tanto que se reordene, o revise su contenido para acomodarlo a la práctica local mientras se garantice que se completan las medidas de seguridad críticas.

Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas del *Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica* son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica.