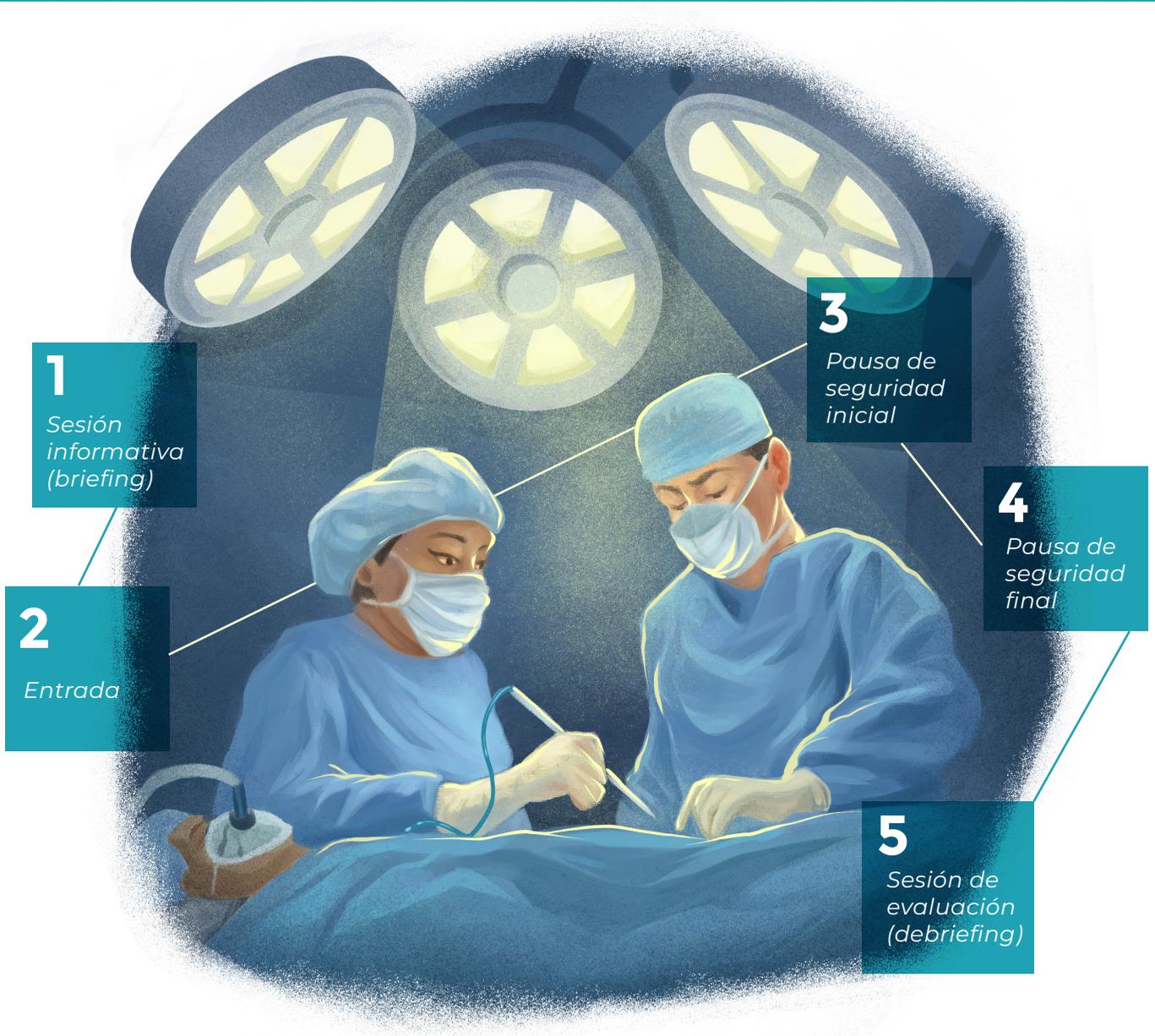




Cinco pasos para una *cirugía* más *segura*

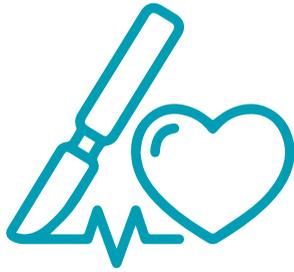
Adaptado por: BSc, Esp. MSc Ana Carolina Amaya Arias.



The University of
Nottingham



Editorial
S.C.A.R.E.



Cinco pasos para una *cirugía* más *segura*

Paso 1: Sesión informativa (briefing)

Paso 2: Entrada

Paso 3: Pausa de seguridad inicial

Paso 4: Pausa de seguridad final

Paso 5: Sesión de evaluación (debriefing)

Adaptado por:

**BSc, Esp. MSc Ana Carolina Amaya Arias.
2015**

Editorial S.C.A.R.E.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

La S.C.A.R.E. adaptó esta cartilla del documento original del NPSA (National Patient Safety Agency) del Reino Unido, en colaboración con la Universidad de Nottingham.



The University of
Nottingham



Editorial
S.C.A.R.E.

Contenido

¿Cómo usar esta Guía?	4
Introducción	6
Antecedentes	10
Mejora en la cultura de equipo	10
Trabajo en equipo durante la cirugía	11
Qué es la cultura de equipo.....	12
Estudio de caso.....	14
Eventos No Admisibles (never events).....	14
Uso de los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura	16
El uso de sesiones informativas (briefings) en el equipo.....	17
<i>Qué tratamos de lograr</i>	18
<i>Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras</i>	18
<i>Cómo podemos medir el progreso</i>	19
Estudio de caso.....	20
Aplicación de Lista de Chequeo de Cirugía Segura.....	21
<i>Qué tratamos de lograr</i>	21
<i>Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras</i>	22
<i>Cómo podemos medir el progreso</i>	22
Estudio de caso.....	23
Apéndice 1. Recursos útiles	25
Apéndice 2. Lista de Chequeo de Cirugía Segura	26
Apéndice 3. Aplicando Mejoras: Guía rápida	31
<i>Qué tratamos de lograr</i>	31
Medición de mejoras.....	31
Cree la definición operacional de su objetivo.....	32
Decida qué información dará cuenta de su progreso y cómo la va a recopilar ...	32
Publique de forma regular y destacada actualizaciones de los resultados.....	33
Comparar el desempeño entre los hospitales (benchmarking).....	33
<i>Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras</i>	34
Referencias	36

¿Cómo usar esta Guía?

Esta guía es una traducción y adaptación del documento original: “How to guide”: Five Steps to Safer Surgery, National Patient Safety Agency (NPSA). 2010. United Kingdom. La adaptación de este documento fue realizada por la Jefatura de Promoción y Prevención del Centro de Desarrollo Tecnológico de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

La guía práctica está diseñada para el personal y los equipos que participan en la implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS, en la que se incluyen las sesiones informativas. La guía provee igualmente una perspectiva útil en cuanto a:

- Equipos perioperatorios
- Equipos directivos
- Gestores de servicio
- Altos directivos y/o ejecutivos que apoyen la labor y el seguimiento de la guía
- Personal de servicio responsable de las mejoras o cambios de la gestión experta en relación con la cirugía.

Para obtener el máximo impacto de la Guía Práctica: Cinco Pasos para una Cirugía más Segura, se recomienda revisar la siguiente documentación:

- NPSA Patient Safety Alert: Lista OMS de la Seguridad de la Cirugía (adaptado para Inglaterra y Gales) y Guía de información (<https://www.cas.mhra.gov.uk/ViewandAcknowledgment/ViewAlert.aspx?AlertID=101141>).
- Patient Safety First: The quick guide to implementing improvement (<https://www.cas.mhra.gov.uk/ViewandAcknowledgment/ViewAlert.aspx?AlertID=101141>)
- Patient Safety First: The how-to guide for measurement for improvement (<https://www.centreformedicineoptimisation.co.uk/patient-safety-first-the-how-to-guide-for-measurement-for-improvement/>)
- Patient Safety First: The ‘how to guide’ for leadership for safety (www.patientsafetyfirst.nhs.uk)

Introducción

En junio de 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una segunda campaña Mundial por la Seguridad del Paciente denominada “*La Cirugía Segura Salva Vidas*”, con el fin de reducir el número de muertes quirúrgicas en el mundo. La iniciativa fue diseñada para fortalecer el compromiso del personal clínico que aborda la seguridad en el entorno quirúrgico, lo cual incluye mejoras en la seguridad de las prácticas anestésicas, garantizar la intervención en el sitio correcto de la cirugía, evitar infecciones en el sitio de la cirugía y mejorar la comunicación y el trabajo dentro del equipo.

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA, por las iniciales en inglés de National Protective Security Authority) y el Sistema Nacional de Información y Aprendizaje (NRLS, por las iniciales en inglés de National Reporting and Learning System) recibieron poco más de 155.000 informes sobre incidentes relacionados con la seguridad del paciente provenientes de especialidades quirúrgicas en Inglaterra y Gales.

La Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS es un conjunto básico de controles de seguridad identificados para mejorar la se-

guridad del paciente, en los momentos críticos, durante la atención perioperatoria. Su uso involucra cualquier entorno de la unidad de cirugía. Los tres pasos en la lista de chequeo —ingreso, pausa de seguridad inicial y pausa de seguridad final— no pretenden ser un ejercicio de marcación de casillas, sino una herramienta que fomente una conversación significativa y útil entre los miembros del equipo clínico y que contribuya a la mejora en la seguridad quirúrgica.

En enero de 2009, la NPSA adaptó la Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS (1) y emitió una alerta sobre la seguridad de los pacientes a las instituciones del National Health System (NHS) en Inglaterra y Gales ¹. El 1 de febrero de 2010, a todas las instituciones del NHS, en Inglaterra y Gales, se les exigió:

- Garantizar el liderazgo clínico y ejecutivo con el fin de poner en práctica la Lista de Chequeo de Cirugía Segura dentro de las instituciones.
- Asegurarse de que la Lista se diligencie para cada paciente que sea sometido a una intervención quirúrgica (incluyendo anestesia local).

¹ <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Perioperativecare/>



- Asegurarse de que el uso de la Lista se incluya en las notas clínicas o registros electrónicos realizados por un miembro del equipo.

Tras el lanzamiento de la campaña en Inglaterra “Cirugía Segura Salva Vidas: La Seguridad del Paciente está Primero”, se incluyó la Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS en su intervención del cuidado perioperatorio. La campaña se enfocó en el Modelo de Mejoramiento para lograr cambios planificados, sostenibles y confiables (2). En Gales, la campaña “1000 Vidas” incorporó los requerimientos de la Alerta en la intervención “Reducción de las Complicaciones Quirúrgicas”, con resultados relevantes.

La “Seguridad del Paciente está Primero” fomentó pequeñas pruebas de cambio para adaptar la Lista de chequeo al contexto local. La experiencia determinó que los controles de seguridad podrían realizarse de forma más confiable si se facilitaban a través de cinco pasos, agregando las sesiones informativas inicial y final a los otros tres pasos de la Lista de Chequeo.

En Colombia, la Resolución 2003 de 2014, emitida por el Ministerio de Salud (3), establece como obligatoria la aplicación de la Lista de Chequeo para Procedimientos Quirúrgicos, y reconoce en el paquete instruccional para Seguridad en Cirugía el liderazgo de la S.C.A.R.E. en Colombia, en cuanto a la implementación del programa “Cirugía Segura Salva Vidas”.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la S.C.A.R.E. se propone ahora ampliar el uso

de la Lista de Chequeo e incorporar los Cinco pasos para una Cirugía más Segura propuestos por el NPSA, dados los resultados favorables que esta práctica ha mostrado para la mejora en la seguridad de los pacientes quirúrgicos.

La adición de una sesión informativa inicial (briefing) y una sesión de evaluación al final (debriefing) en cada turno es clave para un cambio cultural. La S.C.A.R.E. está comprometida en apoyar un cambio sostenible y aboga por aprender y reducir los daños mediante el proceso de los cinco pasos:

- **Paso 1: Sesión informativa (briefing)**
- **Paso 2: Entrada**
- **Paso 3: Pausa de seguridad inicial**
- **Paso 4: Pausa de seguridad final**
- **Paso 5: Sesión de evaluación (debriefing)**

La Guía Práctica se basa en el conocimiento existente, utilizando herramientas y medidas adicionales para apoyar la implementación del proceso de los Cinco Pasos. La guía incluye no solo los elementos anteriores, sino también las medidas relacionadas con el entorno en el cuidado perioperatorio y la implementación exitosa de las sesiones de información y evaluación (*briefing* y *debriefing*).

Los elementos propuestos, cambios sugeridos y medidas tratados en este documento no son en absoluto exhaustivos. Son, sin embargo, una buena base para empezar a hacer una diferencia en esta área.



Antecedentes

Antes de utilizar esta guía se recomienda la lectura del documento Patient Safety First: *The quick guide to implementing improvement*, que contiene información básica sobre:

- The Model for Improvement: un enfoque sugerido para llevar a cabo cualquier actividad de mejora.
- Getting Started: una serie de acciones para considerar antes de tratar de implementar los cambios, las cuales incluyen:
 - *Comprometer el apoyo de la alta dirección.*
 - *Conformar un equipo.*
 - *Establecer mecanismos cuantitativos y cualitativos de retroalimentación.*
 - *Proporcionar educación y capacitación.*
 - *Presentar informes de aprendizaje.*

Estos documentos están disponibles en el sitio web de La Seguridad del Paciente está Primero: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/>

Existe igualmente una guía rápida para implementar mejoras en el Apéndice 3 de este documento.

Mejora en la cultura de equipo

En esencia, cada aspecto concerniente al cuidado de la salud se basa en personas que trabajan juntas de manera segura y efectiva. Un buen trabajo en equipo es quizá el recurso más valioso dentro de un sistema de salud más seguro. Es, en últimas, la forma de trabajar en conjunto tanto en los equipos tradicionales como en los no tradicionales. Por ejemplo:

- El personal que trabaja en estrecha colaboración y de forma rutinaria dentro de un equipo establecido.
- Equipos virtuales, de todos los departamentos, que rara vez se reúnen.
- Equipos que pueden reunirse regularmente, rara vez, o pueden no haberlo hecho antes en cirugía.

Trabajo en equipo durante la cirugía

Recientes investigaciones permitieron entender más acerca de cómo ocurren los errores en el quirófano. Se sabe que de la forma en que los equipos trabajen juntos, en tér-



minos de liderazgo, comunicación, entendimiento grupal de la situación y la oportunidad de diálogo, depende significativamente la ocurrencia o no del error (4).

Prestar atención a los detalles es vital, ya que los pequeños problemas pueden conducir a problemas más grandes (5-7). La falta o pobre comunicación entre el equipo es igualmente un factor citado con frecuencia en la ocurrencia de errores (8-11).

Al respecto, un estudio en Estados Unidos señaló la asociación entre un programa de entrenamiento de equipo (indicado para el personal quirúrgico) y los resultados en los pacientes sometidos a cirugía. Los médicos fueron capacitados para trabajar en equipo y utilizar la lista de verificación, guiados por sesiones informativas preoperatorias y posoperatorias, lo que derivó en un mayor cumplimiento y con la mejora de resultados en los pacientes (12).

En Colombia, de igual forma, la S.C.A.R.E viene implementado un programa de entrenamiento en habilidades no técnicas para el mejoramiento del trabajo en equipo en las unidades de cirugía, programa que ha mostrado ser efectivo para mejorar este tipo de habilidades en los trabajadores de la salud (13,14).

Qué es la cultura de equipo

La forma en la que un equipo trabaja conjuntamente se conoce como “trabajo o habilidades de equipo” y la cultura o ambiente de equipo hace referencia a “los valores y creencias compartidas dentro del equipo”. Se trata de un concepto multidimensional y

complejo, pero que puede simplificarse en los siguientes aspectos:

- Estabilidad y rotación del equipo
- Liderazgo y entrenamiento
- Cantidad de contacto formal e informal
- Las habilidades del equipo para hacer su labor
- La oportunidad para reflexionar sobre los objetivos o la eficacia del equipo
- Cómo se valoran las habilidades individuales, incluyendo las del personal subalterno
- Cómo se tratan los errores
- La oportunidad de diálogo
- Confianza y cooperación
- Disponibilidad o empatía
- Apoyo y empatía
- Oportunidades para el desarrollo individual
- Oportunidad de revisar los procesos del trabajo en equipo
- El conflicto, la colaboración y el aprendizaje en cada disciplina

Los profesionales de la salud son altamente experimentados en trabajar de forma colaborativa; sin embargo, rara vez se les da el tiempo o las herramientas que les permitan desarrollarse como equipo. Igualmente, los miembros de un equipo pueden cambiar con frecuencia, por tanto, el uso del programa de los Cinco Pasos puede reforzar el trabajo del grupo mediante el reconocimiento de la



función de cada miembro y la creación de un propósito común.

El trabajo en equipo no surge de forma natural. Es necesario proporcionar tiempo, instalaciones y apoyo para ayudar al personal a conformar un buen equipo; luego, es necesario proveer oportunidades simples que den lugar a la formación del equipo dentro de la rutina de trabajo. Ello puede reducir los costos y mejorar la calidad en la atención y cuidado del paciente, además de fomentar el apoyo de las altas directivas y de los profesionales más experimentados.

Hay una serie de técnicas y herramientas disponibles para medir y mejorar el trabajo y la cultura de equipo en el sitio web de la NPSA ².

En Colombia se cuenta con la versión traducida y adaptada para el país del Observational Teamwork Assessment for Surgery-Spanish (OTAS-S) (15).

El OTAS-S mide cinco dimensiones del trabajo en equipo: comunicación, coordinación, apoyo, liderazgo y conciencia de la situación; se califica con una escala Likert de siete puntos; mide la ejecución en cuatro subequipos (anestesia, cirugía, enfermería e instrumentación), en cada una de las tres fases quirúrgicas (pre, intra y posoperatoria).

Estudio de caso

Un abogado jubilado de 78 años se sometió a un largo procedimiento para intervenir su cadera. Debido a una pérdida importante de sangre se requirieron varios paquetes para transfusión y se utilizaron varios paquetes de hisopos, al cierre del procedimiento se

detectó la falta de un hisopo. Después de una inspección superficial del extenso sitio de la operación, y de que el cirujano insistiera en que este no estaba dentro del paciente, se continuó con el cierre a pesar de varias protestas del resto del equipo. El cirujano prosiguió y se negó a permitir el uso de un intensificador de imagen dentro de la sala para ver la herida, por temor a que aumentara el riesgo de infección. Aún bajo anestesia, el paciente fue trasladado, y con la herida cerrada, a la sala de anestesia donde las imágenes revelaron que el hisopo yacía detrás del fémur proximal. El paciente fue devuelto al quirófano, la herida se reabrió y el hisopo fue removido. La falla del proceso por cambiar el comportamiento, a pesar del aparente diligenciamiento estándar de la lista de chequeo, demuestra el riesgo de convertir este instrumento en un simple llenado de casillas en lugar de una herramienta eficaz para mejorar el comportamiento y la comunicación entre todos los miembros del equipo.

Eventos No Admisibles (never events)

Los Eventos No Admisibles han sido definidos por la OMS como incidentes graves en la seguridad del paciente que en gran medida son prevenibles y que no deberían ocurrir si se aplican las medidas preventivas disponibles. Los centros en atención primaria, dentro de sus servicios, deben realizar seguimientos para detectar posibles errores que puedan evitarse, y publicarlos anualmente.

Ejemplos de Eventos No Admisibles: errores quirúrgicos evitables incluyen cirugías en el lugar equivocado y el olvido de cuer-

² <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/human-factors-patient-safety-culture/>



pos extraños dentro del paciente después de una cirugía.

- **Cirugía en el lugar equivocado:** Es una intervención quirúrgica realizada en el sitio equivocado, por ejemplo, en la rodilla, en el ojo, en el miembro o en el órgano opuesto, e incluso en el paciente equivocado. El incidente es detectado en cualquier momento después del inicio de la operación y el paciente requerirá una cirugía adicional o tendrá complicaciones después de la cirugía equivocada.

- **Olvido de cuerpos extraños dentro del paciente:** Instrumentos, hisopos o inclu-

so una compresa que se olvidan después de una intervención y se necesita una operación u otro procedimiento invasivo para remover el objeto, lo que conlleva posibles complicaciones en el paciente derivados de su invasiva presencia.

Nota: Los Eventos No Admisibles no incluyen radiología intervencionista o procedimientos de cardiología, y la definición de instrumento no incluye cables de guía, tornillos u otro material similar. Tampoco incluye hisopos retenidos después de partos vaginales sin intervenciones quirúrgicas.



Uso de los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura

La introducción de *briefings*, *debriefings* y *listas de chequeo* en las cirugías mejoran el intercambio de información y la identificación de problemas, lo que resulta en procedimientos más ágiles y “amigables” dentro del quirófano (16,17). El personal, además, tiene mayor satisfacción por la labor cuando se encuentra un enfoque común tanto en la calidad como en la seguridad del paciente (18).

El proceso de los Cinco Pasos para mejorar la forma en que los miembros de los equipos quirúrgicos se comunican entre sí y se comportan como equipo, es el siguiente:

- **Paso 1:** Sesión informativa (*briefing*)
- **Paso 2:** Entrada
- **Paso 3:** Pausa de seguridad inicial
- **Paso 4:** Pausa de seguridad final
- **Paso 5:** Sesión de evaluación (*debriefing*)

Reconocer el impacto de las habilidades no técnicas en la seguridad quirúrgica, proporciona a los equipos una oportunidad para realizar las mejoras que otras industrias de alto riesgo ya han aprovechado. Por ello, la introducción de sesiones informativas y de evaluación promueve enfoques para mejo-

rar la atención en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, en situaciones electivas, de emergencia, agudas o de atención primaria. En dichas sesiones se detallan los componentes en la atención, lo cual mejora la comunicación y el buen funcionamiento dentro del quirófano, igualmente, reduce la incidencia de omisiones y de errores evitables.

El uso de sesiones informativas (*briefings*) en el equipo

El Instituto para la Innovación y Mejora del NHS ha diseñado un paquete de apoyo para que las instituciones afiliadas al NHS mejoren la experiencia del paciente. En pruebas de campo para el programa *The Productive Operating Theatre*, los resultados mostraron que, cuando se lleva a cabo el proceso de los Cinco Pasos junto con la lista de chequeo, hay un mayor impacto en el desempeño del equipo y en la seguridad del paciente, además de reducir las demoras, agilizar el manejo de las listas y mejorar el clima en la seguridad del paciente (19).

Las sesiones informativas y de evaluación son, entonces, una sencilla forma de com-



partir información vital acerca de los pacientes sometidos a cirugía y de discutir y actualizar temas potenciales acerca de su seguridad antes y después de proceder con la lista de chequeo. Las sesiones informativas deben fomentar un ambiente en el que el equipo pueda compartir información sin temor a represalias, especialmente cuando se comparta información sobre los incidentes en la seguridad del paciente de forma rutinaria.

La guía rápida *The quick guide to briefing and debriefing* puede encontrarse en el sitio web de La Seguridad del Paciente está Primero³, en el que se incluye asesoría sobre:

- Cuándo deben realizarse las sesiones informativas y de evaluación.
- Porqué son útiles
- A quiénes van dirigidas
- Qué puntos deben ser tratados

Qué tratamos de lograr

Un ejemplo de propósito común podría ser: “En esta oportunidad no tendremos problemas en el equipo porque pueden preverse con antelación”.

Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras

- **Briefing:** La experiencia nos dice que las listas funcionan mejor con las sesiones informativas iniciales. Hay dos

momentos en los que se puede hacer un briefing, el primero es conocido como la pausa de seguridad inicial y se trata de tomarse cinco minutos antes de diligenciar la lista, lo que permitirá al equipo discutir los requisitos de la misma en temas como: los problemas de seguridad, equipos y dotación de personal. El segundo se puede realizar al inicio de la jornada laboral, lo que permitirá al equipo de las salas discutir la programación, posibles dificultades con equipos e insumos, posibles modificaciones y manejo de imprevistos.

- **Debriefing:** Estas sesiones no son tan habituales como las de briefing; sin embargo, pueden ser un método valioso para mejorar la práctica. Tomarse un tiempo, cuando se haya terminado de diligenciar la lista, le permitirá al equipo revisar cualquier problema que se haya producido, resolver inquietudes, discutir incidentes específicos y prevenir que estos ocurran de nuevo en la siguiente lista, este momento se conoce como la pausa de seguridad final. Además de esto, realizar una sesión de evaluación al final de la jornada permitirá al equipo valorar los posibles incidentes o errores ocurridos, las acciones efectivas para controlarlos y estrategias para prevenir que vuelvan a ocurrir, así como dejar constancia de necesidades en la unidad, necesidad de reparaciones o falta de insumos.

³ <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/>



Cómo podemos medir el progreso

Ejemplo de medición:

Medida	Cómo calcularla	Orientaciones
Porcentaje de días de cirugía en el mes en el que se hicieron pausas de seguridad final por listas	<p>Determine el numerador: el número total de listas en el mes en el que se realizaron pausas de seguridad final por listas.</p> <p>Determine el denominador: el número total de listas realizadas en la muestra durante el mes.</p> <p>Calcule el porcentaje dividiendo el numerador entre el denominador y multiplique el resultado por 100.</p>	<p>El muestreo es apropiado para esta medida.</p> <p>El numerador es un resultado de SÍ/NO. Solo se cumple en las listas en las que se realizaron las pausas de seguridad final.</p>
Porcentaje de días de cirugía en el mes en el que se hicieron sesiones de evaluación (debriefing) por jornada.	<p>Determine el numerador: el número total de jornadas en la unidad de cirugía.</p> <p>Determine el denominador: el número total de sesiones de evaluación (debriefing) por jornada realizadas en la muestra durante el mes.</p> <p>Calcule el porcentaje dividiendo el numerador entre el denominador y multiplique el resultado por 100.</p>	<p>El muestreo es apropiado para esta medida.</p> <p>El numerador es un resultado de SÍ/NO. Solo se cumple en las jornadas en las que se realizaron las sesiones de evaluación (debriefing).</p>

Estudio de caso

Un hombre de 56 años fue admitido para la resección de un tumor retroorbital, lo cual requería una larga exposición intracraneal realizada por el neurocirujano seguida de la resección del tumor por un cirujano oftálmico. Después de que el anestesiólogo insistiera en realizar una sesión informativa (briefing), se hizo evidente que el cirujano oftálmico no estaba disponible debido a un error de programación. De no ser por la in-

sistencia del profesional, esto no se habría descubierto hasta después de la anestesia o incluso hasta después de la exposición del tumor.

Aplicación de Lista de Chequeo de Cirugía Segura

La Lista de Chequeo de Cirugía Segura conforma los pasos dos, tres y cuatro.



Un estudio global mostró que la adhesión a las medidas de seguridad durante la cirugía aumentó significativamente tras la implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS, y que hubo una importante reducción de la mortalidad y morbilidad quirúrgicas (20). Estos hallazgos se han visto reforzados por un estudio multicéntrico en los Países Bajos, en el que se reportó una reducción en casi un tercio de los pacientes con complicaciones y una reducción en la mitad del porcentaje de pacientes que morirían tras la aplicación de una lista de chequeo para cirugía (21).

Se encontró, igualmente, que el uso de la lista es viable en circunstancias que requieren una rápida intervención (22). La experiencia indica que el intercambio de información y el seguimiento de los pasos cruciales son aún más importantes en los casos de emergencia; cuando normalmente el personal médico está bajo mayor presión.

Las Listas de Chequeo para Cirugía propuestas por la S.C.A.R.E. en su versión escrita y de infografía se encuentran en el [Apéndice 2](#).

Qué tratamos de lograr

Un ejemplo de propósito común podría ser: “En cada oportunidad todos los miembros del equipo estarán presentes y se presentarán antes de comenzar una lista”.

Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras

La Lista de Chequeo para Cirugía mejora la comunicación y el trabajo en equipo en las salas de cirugía. El cumplimiento de la lista se puede medir a través de pruebas externas, pero las instituciones deben asegurarse de que todos los miembros del equipo estén presentes y de que contribuyan en la comunicación esencial en cada paso.

Cómo podemos medir el progreso

Ejemplo de medición:

Medida	Cómo calcularla	Orientaciones
El porcentaje de programaciones en el que se utiliza la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.	<p>Determine el numerador: el número total de programaciones en el mes en el que se utilizó la lista de verificación.</p> <p>Determine el denominador: el número total de programaciones en el mes.</p> <p>Calcule el porcentaje dividiendo el numerador entre el denominador y multiplicando el resultado por 100.</p>	<p>El muestreo es apropiado para esta medida.</p> <p>El numerador es un resultado SÍ/NO. Solo cumplen aquellas programaciones en las que la lista de chequeo se usó para todos los pacientes.</p>



La medida descrita anteriormente es útil para ver, de forma general, el progreso de la institución en la aplicación de la lista de chequeo, pero es posible que muestre un progreso lento. También puede ser útil y más fácil auditar una muestra de diez casos individuales con cierta frecuencia para tener una idea de qué tan bien se está aplicando la lista de chequeo en áreas específicas.

Esto funciona bien en áreas donde aún se estén adaptando las listas de verificación o que recién han comenzado a utilizarlas. Las instituciones también pueden medir el impacto de las listas mediante el control de la incidencia de eventos adversos y las mejoras en la comunicación y el trabajo en equipo en los quirófanos.

Estudio de caso

Una mujer sana, triatleta, de 24 años de edad, fue admitida para una artroscopia en su rodilla izquierda. Sin embargo, fue registrada para una artroscopia en la rodilla derecha y se dio inicio al procedimiento. Al iniciar se produjo una discusión entre el paciente, la enfermera y el anestesiólogo revelando que a pesar de la recomendación consentida y marcada para una artroscopia en la rodilla derecha, se trataba en realidad de

su rodilla izquierda, la cual era sintomática y para la cual se hizo una resonancia magnética que mostraba un desgarro meniscal significativo. Tras la discusión entre el equipo quirúrgico y el paciente se firmó un nuevo formulario de consentimiento, se corrigió el procedimiento, se hizo la inducción anestésica y se realizó una exitosa artroscopia de rodilla izquierda.

Apéndice 1. Recursos útiles

Organización Mundial de la Salud

El sitio web de la OMS provee herramientas y recursos que apoyan la implementación del programa Safe Surgery Saves Lives:

www.who.int/patientsafety/safesurgery/en

Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un Observatorio de Calidad en la Atención en Salud donde se pueden encontrar paquetes instruccionales para lograr la seguridad de los pacientes y una guía de buenas prácticas en la atención en salud:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>

Apéndice 2. Lista de Chequeo de Cirugía Segura

Antes de la inducción anestésica	Antes de la incisión	Antes de la salida del quirófano
<p style="text-align: center;">INGRESO</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDAD • SITIO • PROCEDIMIENTO • CONSENTIMIENTO <p><input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTÉSICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES, ELEMENTOS.</p> <p><input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE</p> <p>TIENE EL PACIENTE UNA ALERGIA CONOCIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>RIESGO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL/BRONCO ASPIRACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS</p> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA > 500ML (7ML/KG EN NIÑOS)</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS</p> <p>NOMBRE/SELLO</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACIÓN Y FUNCIÓN DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE • SITIO • PROCEDIMIENTO <p><input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE ANÁLISIS: ¿CUALES SON LOS PASOS CRÍTICOS, O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA CIRUGÍA Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?</p> <p><input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANÁLISIS ¿EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> INSTRUMENTACIÓN HACE UN ANÁLISIS ¿SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD, INCLUYENDO INDICADORES? ¿HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?</p> <p>SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SE APLICA</p> <p>¿ESTÁ DISPONIBLE LA IMAGENOLÓGIA NECESARIA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SE APLICA</p> <p>NOMBRE/SELLO</p>	<p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>ENFERMERÍA CONFIRMA CON EL EQUIPO</p> <p><input type="checkbox"/> LA CIRUGÍA REALIZADA</p> <p><input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA)</p> <p><input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y LA ENFERMERA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACIÓN Y MANEJO POP DEL PACIENTE</p> <p>CONSIDERACIONES PARTICULARES:</p> <p><input type="checkbox"/> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA</p> <p><input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS/INTENSIVOS</p> <p><input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA</p> <p>OTRAS</p> <p><input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR EL CASO</p> <p>NOMBRE/SELLO</p>

Esta lista de chequeo no pretende ser exhaustiva. Se recomienda que hagan adiciones, modificaciones para el ejercicio local.

Traducido y adaptado de la lista de chequeo de la OMS 2008. Comité de seguridad SCARE

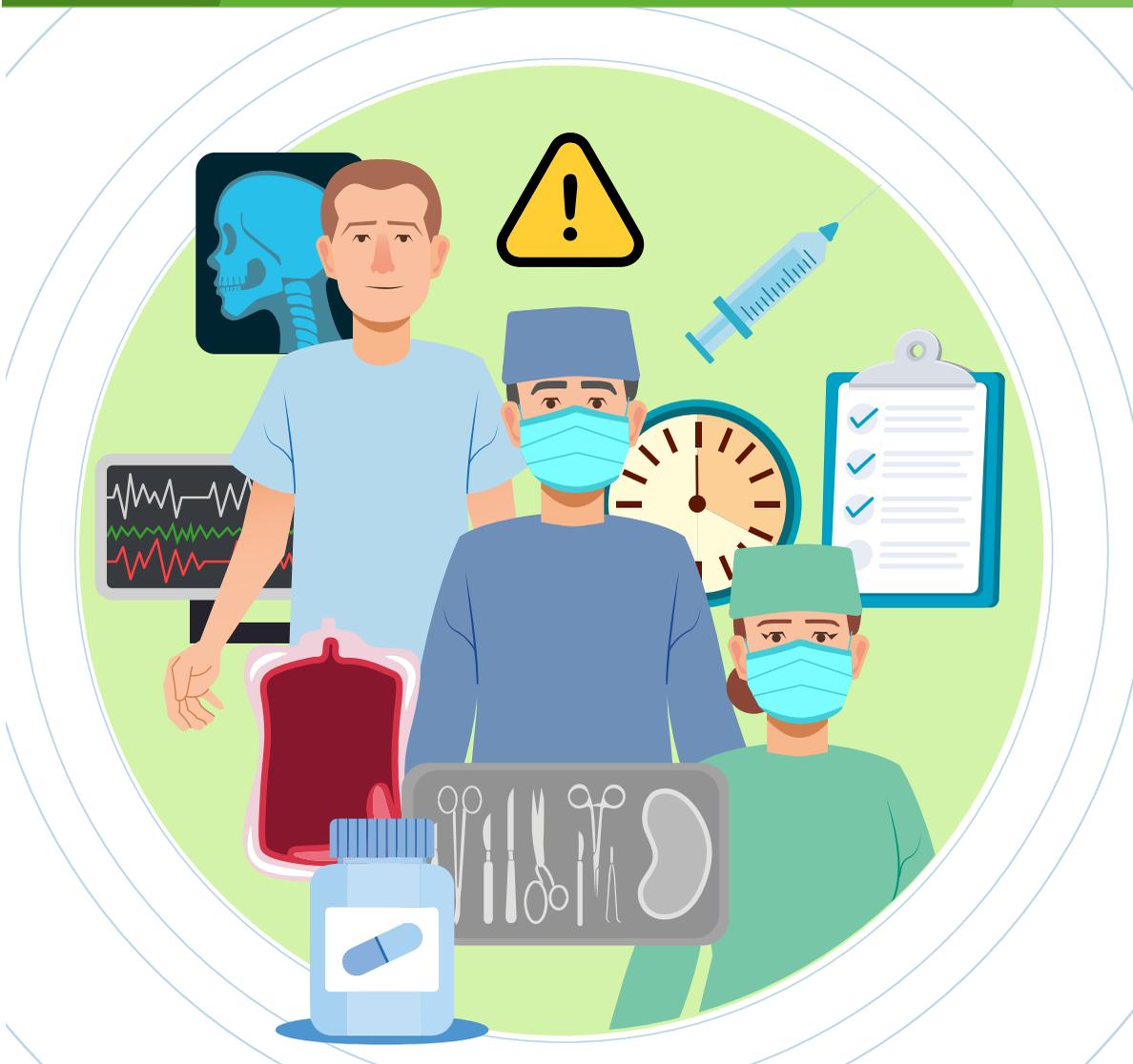


LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

Segundo reto mundial por la seguridad del paciente:



LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS



World Health Organization



The University of Nottingham

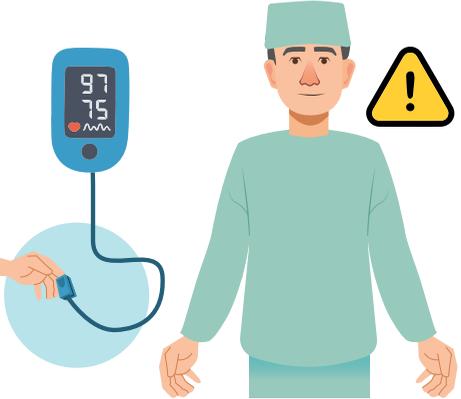
La S.C.A.R.E realizó la adaptación de esta Lista de Chequeo Quirúrgica de la OMS en la colaboración con la U. de Nottingham

 **LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO** **INGRESO / ADMITTANCE**

1



Identidad, sitio, procedimiento y consentimiento



Pulsioximetría funcionando en el paciente

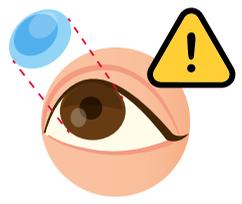
2



Ayuno adecuado y necesario

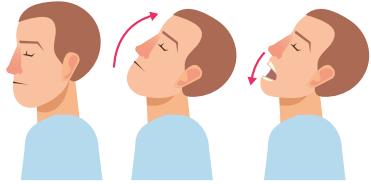


Alimentación adecuada



Remover lentes de contacto y prótesis dentales

3



Revisión de vía aérea

4



¿Medicamentos prescritos?

5



¿Alergia conocida?

6



¿Riesgo de hemorragia?



¿Hemoderivados disponibles?

> 500 mL (7 mL/kg en niños)

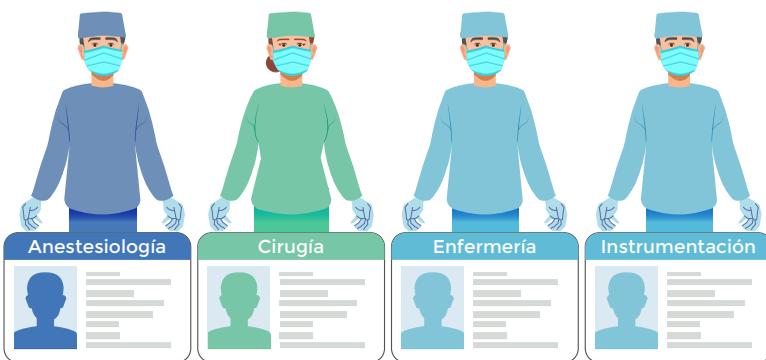


¿Antecedentes de importancia?



LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

PAUSA DE SEGURIDAD INICIAL / INITIAL SAFETY CHECK



Identidad, sitio, procedimiento y consentimiento



Confirman verbalmente: Paciente, sitio y procedimiento



¿Cuáles son los puntos críticos y dificultades del paciente?



Duración estimada de la cirugía



Pérdida estimada de sangre



Imageología disponible y necesaria



Verifican: Ubicación de la placa, zonas de presión, protección ocular

EQUIPO ANALIZA



Administración de profilaxis antibiótica



Verificación de esterilidad de instrumentación



Conteo inicial de cortantes, gases y compresas. Verificación de equipos

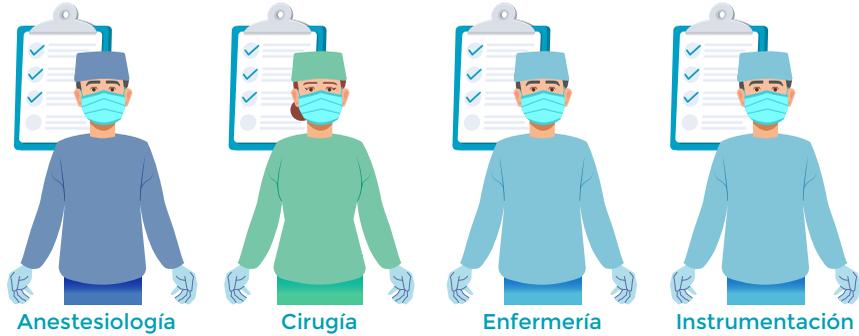




LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

**PAUSA DE SEGURIDAD FINAL /
FINAL SAFETY CHECK**

Presentes

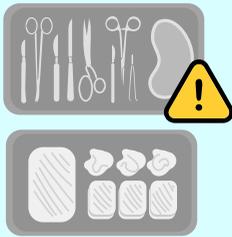


Anestesiología

Cirugía

Enfermería

Instrumentación



Recuento final completo



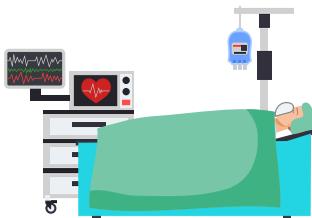
Cirugía realizada



Marcación de muestras



¿Problemas con los equipos?



Definir manejo POP

EQUIPO ANALIZA

EQUIPO DISCUTE



Definir traslado y disponibilidad



¿Analgesia POP?



¿Riesgo de trombosis venosa?



Anestesiología entrega al paciente



Apéndice 3. Aplicando Mejoras: Guía rápida

Lo primero que se debe lograr es tener un equipo comprometido con reducir los daños en el cuidado perioperatorio. Reúna su equipo y trabajen en las secciones de esta Guía Práctica, la cual utiliza el enfoque basado en preguntas.

Qué tratamos de lograr

Para llegar a un propósito es necesario entender la situación actual; esto le ayudará a establecer un programa realista para lograr su meta. Fije el objetivo y haga seguimiento de su progreso. Su enfoque progresará en la medida en que cumpla los componentes considerados en este documento.

Un ejemplo de propósito común podría ser: “En los siguientes 18 meses vamos a reducir el daño perioperatorio en un 30 %. Lo lograremos mejorando la comunicación, el trabajo en equipo y la reducción del daño al paciente mediante intervenciones basadas en la evidencia”.

Medición de mejoras

Medir es la única manera de saber si un cambio se traduce en una mejora. Los beneficios más comunes experimentados por las instituciones que han utilizado los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura son:

- Reduce los daños (por ejemplo, la infección en el sitio operatorio).

- La atención en salud es más confiable.

- Identificación de riesgos.

- Mejoras en el trabajo en equipo con procedimientos más rápidos y más amigables.

El impacto positivo observado en el personal incluye mejoras en la asistencia, reducción en la rotación, menor dependencia de agencias empleadoras y equipos más estables.

Cree la definición operacional de su objetivo

Es fundamental que los equipos definan algunos criterios para medir las mejoras. Por ejemplo: “Todos los pacientes quirúrgicos serán evaluados por riesgo de trombosis venosa en los siguientes 12 meses”.

Decida qué información dará cuenta de su progreso y cómo la va a recopilar

Los equipos pueden utilizar un método de muestreo, controles in situ o auditorías semanales pero, independientemente del método que se elija, debe asegurarse de mantener un enfoque consistente en el tiempo para obtener resultados precisos.

La recopilación de datos provenientes de las áreas administrativas como encuestas al personal médico, tasas de enfermedades, frecuencias de rotación y el uso de personal temporal, se pueden utilizar para identificar las mejoras que apoyen la aplicación de los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura.



Del mismo modo, las herramientas para medir la cultura o el trabajo en equipo son otro recurso útil para identificar mejoras, como se vio en la sección: Mejora de la comunicación y del trabajo en equipo.

Las medidas utilizadas para seguir el progreso del buen funcionamiento de la unidad quirúrgica incluyen el número de veces que han faltado o se han encontrado defectuosos los instrumentos quirúrgicos durante los procedimientos, lo cual debe ser registrado en las sesiones de evaluación de cierre (debriefing).

Publique de forma regular y destacada actualizaciones de los resultados

El entusiasmo por el proyecto puede decaer si el personal clínico no es motivado por las directivas. Es esencial actualizar periódicamente a todo el personal involucrado en el cambio con cifras y niveles de cumplimiento. Esto asegura el compromiso de los equipos, mantiene el impulso del mejoramiento y demuestra el impacto de los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura.

Nota: En ciertas áreas las mejoras pueden tomar algún tiempo, en especial si el personal no está consciente de que, en algunos momentos, pueden sentir que sus esfuerzos no están produciendo los beneficios requeridos.

Comparar el desempeño entre los hospitales (benchmarking)

El benchmarking, en este caso, consiste en comparar las cifras sobre enfermedades y/o

los modelos de tratamientos de las instituciones. Se utiliza regularmente para hacer seguimiento del desempeño institucional, pero puede no ser un método válido para comparar dicho desempeño entre las instituciones debido a las diferencias en cuanto a población de pacientes, disponibilidad de recursos, gravedad de la enfermedad y las metodologías de medición.

Esta intervención no requiere una comparación de cifras entre las instituciones. Mientras se establezca una metodología en la institución, que determine el modo en que se recopila la información, se darán resultados consistentes con el tiempo sobre su desempeño y mejora. De cualquier modo, el benchmarking debe basarse en los procesos de mejoramiento en lugar de comparar las cifras de desempeño.

Aprenda de aquellas instituciones de salud que han mejorado significativamente, con base a la información y el uso de medidas consistentes en el tiempo. Será de mucho valor conocer sobre las prácticas de estas instituciones y los cambios que han realizado para obtener resultados, incluso si utilizan definiciones distintas o tratan poblaciones diferentes a la de su institución.

Qué cambios podemos hacer para que se traduzcan en mejoras

Es importante hacer que los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura se ajusten al modelo y a las prácticas de su institución. Los equipos son más efectivos cuando se involucran médicos, cirujanos, enfermeras, anestesiólogos, instrumentadores, auxilia-



res y demás personal, para desarrollar los aspectos fundamentales de la aplicación. En lo posible, trate de ajustar estas nuevas acciones a las ya establecidas en la institución; esto aumenta la probabilidad de que sean recordadas y se lleven a cabo.

Existen muchos factores que contribuyen al daño perioperatorio, por ello, promueva la consecución de todos los componentes de la

intervención aún si unos parecen más fáciles que otros. La mejora en la atención se debe asociar con cada componente de los Cinco Pasos para una Cirugía más Segura; ello dará lugar a mejoras en términos globales. Si, por el contrario, solo se implementan uno o dos componentes, se reduce el impacto global de la intervención y será mucho más difícil observar cambios relacionados con la medida adoptada.



Referencias

1. National Patient Safety Agency. WHO Surgical Safety Checklist: Patient Safety Alert. National Patient Safety Agency [internet]. 2009 [citado: 2015]. Disponible en: https://www.cas.mhra.gov.uk/ViewandAcknowledgment/ViewAttachment.aspx?Attachment_id=100772
2. Institute of Healthcare Improvement. Improvement methods [internet]. 2010 [citado: 2015]. Disponible en: www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [internet]. 2014. [citado: 2015 feb.]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf. Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Bristol Royal Infirmary Inquiry. The inquiry into the management of care of children receiving complex heart surgery at the Bristol Royal Infirmary [internet]. 2001 [citado: 2015]. Disponible en: www.bristol-inquiry.org.uk.
5. Carthey J, de Leval MR, Reason JT. The human factor in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. *Annals Thor Surg.* 2001;72(1):300-5.
6. Hofer TP, Hayward RA. Are bad outcomes from questionable clinical decisions preventable medical errors? A case of cascade iatrogenesis. *Ann Int Med.* 2002;137(5 Part 1):327-33.
7. Woods DD, Patterson ES. How unexpected events produce an escalation of cognitive and coordinative demands. *Stress Workload and Fatigue Hillsdale, NJ: Erlbaum; 2001.*
8. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Acad Med.* 2002;77(3):232-7.
9. Wiegmann DA, ElBardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Sundt TM, 3rd. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: an exploratory investigation. *Surgery.* 2007;142(5):658-65.



10. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*. 2006;139(2):159-73.
11. Amaya Arias AC, Narváez R, Eslava-Schmalbach JH. Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos. *Rev Colomb Cir*. 2013;28:297-310.
12. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney B, West P, Berger DH, et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1693-700.
13. Amaya Arias AC, Gómez Buitrago LM. Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. *Rev Colomb Anest*. 2015;43(1):68-75.
14. Amaya Arias AC, Gómez LM, editores. Trabajo en equipo, Trabajo seguro: Programa para mejorar la seguridad del paciente en salas de cirugía. 3° Encuentro Latinoamericano de calidad y seguridad del paciente & 23° Foro Internacional de la OES; 2014 4, 5 y 6 de Junio de 2014; Bogotá, Colombia, Organización para la Excelencia de la Salud (OES).
15. Amaya Arias AC, Barajas R, Hernando Eslava Schmalbach J, Wheelock A, Gaitán Duarte H, Hull L, et al. Translation, cultural adaptation and content RE-validation of the observational teamwork assessment for surgery tool. *Int J Surg*. 2014;12(12):1390-402.
16. Lingard L, Regehr G, Cartmill C, Orser B, Espin S, Bohnen J, et al. Evaluation of a preoperative team briefing: A new communication routine results in improved clinical practice. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(6):475-82.
17. Nundy S, Mukherjee A, Sexton JB, Pronovost PJ, Knight A, Rowen LC, et al. Impact of preoperative briefings on operating room delays: A preliminary report. *Arch Surg*. 2008;143(11):1068-72.
18. Khoshbin A, Lingard L, Wright JG. Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children. *Can J Surg*. 2009;52(4):309-15.
19. NHS Institute for Innovation and Improvement: The productive operating theatre [internet]. 2013 [citado: 2015]. Disponible en: www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/the_productive_operating_theatre.html
20. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
21. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363(20):1928-37.
22. Weiser T, Haynes A, Dziekan G, Berry W, Lipsitz S, Gawande A. Effect of A 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg*. 2010;251(5):976-80. doi: [10.1097/SLA.0b013e3181d970e3](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181d970e3).