



# Manual de Instrucciones Listado de Verificación Seguridad Cirugía Menor Atención Primaria

**Grupo de trabajo:**

Listado de verificación de seguridad quirúrgica en atención primaria.  
Estrategia para la Seguridad del Paciente.

**Línea:** Mejorar la seguridad de intervenciones quirúrgicas.

**Versión:** 2.0 (Diciembre, 2009).



## Índice

Introducción.....	3
Cómo poner en funcionamiento el Listado de Verificación.....	5
Fases del Listado de Verificación.....	5
Fase de Entrada.....	5
Fase de Salida.....	8
Consideraciones Finales.....	9





Entendemos que aunque el riesgo inherente a las intervenciones de cm es mucho más reducido con respecto al de la Cirugía General, aquella no está exenta de riesgos y nuestro LVScm pretende una triple misión: prevenir, mitigar o afrontar adecuadamente las consecuencias derivadas de un incidente adverso, en último extremo, como consecuencia de la práctica de la cm.

Un diseño simple y breve, incluso en mayor medida que el de la OMS, entendemos que es condición esencial para que pueda implantarse en la AP de tal forma que pueda ser utilizado por los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a prácticas de cm.

Este proyecto de mejora de la seguridad del paciente, inicialmente generado por el grupo de Mejora de Cirugía Menor del Distrito Sanitario Sevilla Sur se ha incorporado al Grupo de Trabajo para la Seguridad Quirúrgica para la Atención Primaria, incorporando valiosos profesionales de otros Distrito Sanitarios de Andalucía que han enriquecido y mejorado el inicial proyecto con el fin de aunar simplicidad y rigurosidad. Rigurosidad por conservar, en la medida de lo posible, las recomendaciones de la OMS contenidas en su Listado de Verificación de Seguridad de Cirugía. Simplicidad, porque aunque existen aspectos comunes de la cm con la cirugía general, también existen aspectos específicos de la cm, particularmente en el ámbito de la AP que si no se tuvieran en cuenta podrían contribuir a la generación de una documentación brillante pero poco o nada efectiva a la hora de su aplicabilidad.

Nosotros proponemos que esta hoja de verificación se adjunte al consentimiento informado, firmado por el paciente, quedando los dos documentos, debidamente custodiados, en la misma consulta de cirugía menor o en la dependencia que cada centro estime adecuada para tal efecto.



## ■ Cómo poner en funcionamiento el Listado de Verificación

Para implantar el Listado de Verificación sobre Seguridad en Cirugía Menor, (LVScm) se recomienda que una única persona sea la responsable de chequear las casillas del listado. Proponemos que el/la coordinador/a del Listado de Verificación sea la auxiliar de enfermería, aunque podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.

El LVScm, a diferencia del de la OMS, divide la intervención en dos fases, que se corresponden con un período de tiempo específico. El período previo a la administración de la anestesia local (**Entrada o Sign In**), que engloba también el previo a la incisión quirúrgica de la OMS (“**Pausa quirúrgica**” o **Time Out**) y el período durante o inmediatamente posterior al cierre de la herida/intervención propiamente dicha (**Salida o Sign Out**). Hemos considerado que en AP y con el paciente consciente, una segunda confirmación de la identidad del paciente así como de la lesión y aspectos asociada a la misma, contemplados en la Fase de Pausa, son redundantes y no es probable que condicionen una mayor seguridad para el paciente.

## ■ Fases del Listado de Verificación

El Listado de Verificación constará de las siguientes fases:

### FASE DE ENTRADA

---

Debe verificarse antes de la instauración, si es el caso, de la anestesia local y/o del inicio del procedimiento terapéutico. El/la verificador/a del checklist verificará el cumplimiento de los siguientes puntos:

#### **Confirmar la identificación del paciente, localización quirúrgica y procedimiento.**

El profesional de medicina o de enfermería, según el caso, al inicio de la entrevista, confirmará verbalmente la identidad del paciente, corroborándola con la comprobación de su DNI, la localización de la lesión, el diagnóstico de presunción de la lesión, y el procedimiento a realizar.

#### **Obtención del consentimiento informado**

Es imprescindible confirmar que el paciente o su representante hayan dado el consentimiento para la realización del procedimiento. Este hecho debe explicitarse en la historia clínica así como si el paciente ha recibido la hoja de información específica sobre el procedimiento y los cuidados posteriores a realizar. Debe verificarse que el paciente no sólo dispone de la hoja de información específica relativa al procedimiento utilizado y los cuidados posteriores sino de si ha entendido la información y si presenta alguna duda.



### **Confirmación de la identificación de los miembros del equipo, por su nombre y función.**

Se recomienda que cada uno de los miembros se identifique por su nombre y verbalice su papel en la intervención si bien es cierto que en AP, por sus características intrínsecas, este apartado puede ser poco relevante, salvo excepciones.

### **Comprobación de posible reacción alérgica medicamentosa.**

El profesional de medicina/enfermería preguntará al paciente sobre si tiene o no alergias y reacciones medicamentosas conocidas y si es así, cuál, inclusive si en la historia figura tal circunstancia a fin de clarificar y aumentar el nivel de información disponible. De no realizarse esta pregunta, el/la verificador/a del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En cualquier caso, anotará los resultados. En caso de no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones.

### **Riesgo de sangrado excesivo.:**

El profesional de medicina/enfermería preguntará al paciente sobre la posible existencia circunstancias que puedan favorecer un sangrado excesivo (consumo de anticoagulantes orales y/o antiagregantes), a fin de valorar la posibilidad de posponer la intervención. El/la verificador/a del Listado anotará los resultados. De no realizarse esta pregunta, el/la verificador/a del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En cualquier caso, anotará los resultados. En caso de no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones.

### **Valoración de paciente portador de marcapasos y objetos metálicos en contacto con la piel**

Toda persona portadora de marcapasos puede someterse a cualquier tipo de intervención quirúrgica. En caso de utilizar bisturí eléctrico unipolar o pinza de coagulación bipolar, se aconseja tomar las siguientes precauciones:

- Utilizar el sistema de forma intermitente.
- Colocar la placa de “masa” lo más alejada posible del marcapasos.
- Monitorizar el ECG y el pulso periférico.

Se debe evitar que el paciente tenga en contacto con la piel objetos de metal en el momento de usar bisturí eléctrico.

El profesional de medicina/enfermería preguntará siempre al paciente si es portador de marcapasos, especialmente si va a utilizar técnicas de electrocirugía, aunque este dato no esté consignado en la historia. De no realizarse esta pregunta, el/la verificador/a del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En caso de ser portador de marcapasos y no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones.

El/la verificador/a del Listado anotará los resultados.



### Demarcación del sitio

El/la verificador/a del Listado confirmará que el/la profesional que realiza la cirugía ha marcado el sitio adecuadamente.

### Pulsioxímetro

El/la verficadora del Listado confirmará antes de la administración de la anestesia que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente. Estará dispuesto de tal forma que pueda ser visualizada la información por parte del profesional o profesionales intervinientes.

### Chequeo de seguridad anestésico

El profesional de medicina/enfermería preguntará al paciente sobre la administración previa de anestesia local y la posible intolerancia/alergia a ésta. El/la verificador/a del Listado anotará los resultados y verificará personalmente la existencia de material necesario y su correcto estado, para la administración de anestesia local así como del material necesario para hacer frente a una posible reacción adversa medicamentosa, cuadro vagal o cualquier otra situación crítica.

### Anticipación de sucesos críticos

- El profesional de medicina/enfermería repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención, o previsión de riesgo de sangrado? En caso de no existir (situación previsible en cm) ninguna situación de especial riesgo, el profesional sanitario contestaría: “No hay ninguna precaución especial en este caso.”
- La auxiliar de enfermería debe confirmar verbalmente que ha revisado el indicar de esterilización y que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente. Así mismo se cerciora que no existe ninguna incidencia relativa al material y al equipo a utilizar. Si no existen precauciones especiales, la auxiliar, que ejerce al mismo tiempo de verficadora, puede decir: “**Esterilización verificada. No hay precauciones especiales.**”

### Otras consideraciones

La administración de profilaxis antibiótica, en cirugía menor, tiene escaso valor. Por tal motivo, no se encuentra incluido en este Listado. Sin embargo, debe considerarse su profilaxis en las heridas en las que exista un grado significativo de tejido desvitalizado, en pacientes con diabetes mellitus, alcohólicos, enfermedad vascular periférica, esplenismo o inmunosupresión (incluyendo aquellos con corticoides orales o quimioterapia) o en casos de heridas contaminadas. Si es necesaria, se administrará la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos antes de la incisión. Se efectuará la anotación de tal circunstancia en el campo de observaciones.

En el Listado de verificación de la OMS se recomienda que cada persona dentro del quirófano se identifique así mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención. Este tipo de precaución no parece necesaria en AP, al menos como norma general, motivo por el que no hemos incluido este punto en nuestro LVScm.



Así mismo, tampoco hemos incluido el apartado de imágenes esenciales por considerarlo poco o nada relevante para la cirugía menor en AP.

Llegados a este punto, la Fase de Entrada se ha completado y el equipo puede proceder con la intervención.

## Fase de Salida

---

Ha de completarse antes de retirar el paño estéril. Puede iniciarse por el profesional médico, enfermero o la auxiliar verificadora. Debe tenerse en consideración el plan de cuidados y confirmarse el etiquetado adecuado de la muestra para anatomía patológica (si procede). Cada casilla se chequea únicamente después de haber revisado en viva voz las diferentes partes de control.

### El profesional de medicina o de enfermería repasa:

- El Procedimiento realizado.
- Los eventos intraoperatorios importantes
- El plan postoperatorio previsto.

El/la verificador/a del Listado pedirá al profesional médico/enfermería que, en voz alta, revise:

1. Que el procedimiento se ha realizado conforme a lo previsto o bien se ha modificado por alguna circunstancia no prevista o dificultad técnica.
2. Los eventos importantes que hayan podido suceder (hallazgo de una infección, sospecha de lesión maligna, lesión de un nervio, sangrado excesivo).
3. El plan postoperatorio (indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicación necesaria y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo al plan previsto, el profesional médico puede simplemente afirmar **“No se ha producido ninguna incidencia y el paciente recibirá los cuidados habituales”**.

### La Auxiliar de Enfermería repasa

- El instrumental, efectuando el recuento.
- Correcta identificación y gestión de las muestras biológicas
- Eventos intraoperatorios importantes/plan de cuidados, especialmente si no están claros.

El/la verificador/a del Listado, deberá confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de material, incluyendo agujas y deberá confirmar verbalmente el nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier otra marca orientativa así como revisar con el resto del equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo, como, por ejemplo, manejo de drenajes o medicación.



En el checklist debe figurar la firma y fecha. Se custodiará, adjuntándolo a la copia del consentimiento informado que queda en el centro.

Recomendamos, finalmente, que el apartado de observaciones refleje aquellas situaciones no detectadas en la historia y que puedan haber representado un riesgo para el paciente como es, por ejemplo, la existencia de una alergia medicamentosa conocida por el paciente pero no consignada en la historia o el que el paciente acuda a la consulta de cm sin el consentimiento informado previamente entregado o la hoja de información específica del procedimiento a realizar. Dicha información nos permitirá conocer, en las revisiones de calidad que se efectúen, la utilidad de este instrumento.

## ■ Consideraciones Finales

No parece improbable caer en la tentación de pensar que la utilización de un Listado de Seguridad en Cirugía Menor pueda suponer una carga de trabajo adicional poco relevante para la seguridad del paciente. En cirugía general, aún demostrándose que disminuía la mortalidad, su implantación no ha estado ni sigue estando está exenta de ciertas dificultades, por lo que es previsible que en AP suceda algo similar, teniendo en cuenta, además, la ausencia de experiencia previa en el uso de un checklist de seguridad en Cirugía Menor por lo que tenemos la responsabilidad y el reto de demostrar que puede ser un instrumento útil. En todo caso, velar por la seguridad de nuestros pacientes no es una moda sino una obligación en todo tipo de actuación sanitaria y la AP no puede estar al margen de este compromiso.