

**DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN PARA CIRUGÍA  
SEGURA EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS**

**YADDY LIZETH ACOSTA DAVID  
JOHANNA CAROLINA ERASO ENRIQUEZ  
VERONICA ANDREA MELO ORTEGA  
ANGIE CATALINA OBANDO RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
SAN JUAN DE PASTO  
2023**

**DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN PARA CIRUGÍA  
SEGURA EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS**

**YADDY LIZETH ACOSTA DAVID  
JOHANNA CAROLINA ERASO ENRIQUEZ  
VERONICA ANDREA MELO ORTEGA  
ANGIE CATALINA OBANDO RODRIGUEZ**

**Presentado a:  
Dr. MAURICIO VASCO RAMIREZ**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
SAN JUAN DE PASTO  
2023**

## CONTENIDO

1.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2	JUSTIFICACIÓN	6
1.3	PREGUNTA DE TRABAJO	7
2.	MARCO TEÓRICO DE APROXIMACIÓN A TEMA	8
2.1	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	8
2.2	CIRUGÍA MAYOR	8
2.3	FASES SEGÚN SU RELACIÓN CON EL ACTO QUIRÚRGICO	8
2.4	LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA	9
2.4.1	SIMPLICIDAD	9
2.4.2	AMPLITUD DE APLICACIÓN	10
2.4.3	MENSURABILIDAD	10
2.5	SEGURIDAD DEL PACIENTE	10
2.6	MANUAL DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).	10
2.7	INCIDENTE	12
2.8	EVENTO ADVERSO	13
2.9	FALLA DE LA ATENCION EN SALUD	133
2.10.	<b>INSEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRURQUICA</b> .....	13
2.11.	<b>FACTORES DE RIESGO CAUSALES DE EVENTOS ADVERSOS</b> .....	15
2.12.	<b>PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS EN QUIRÓFANO</b> .....	166
3.	OBJETIVOS	188
3.1	OBJETIVO GENERAL	188
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	188
4.	METODOLOGÍA PRELIMINAR	199
4.1	TIPO DE PROYECTO	199
4.2	POBLACIÓN	199
4.3	TEMAS PRELIMINARES DE ANÁLISIS	199
4.4	<b>ASPECTOS ÉTICOS Y ADMINISTRATIVOS</b> .....	199
4.4.1	<b>Consideraciones éticas</b> .....	199
4.5.	<b>PLAN DE COMUNICACIÓN Y ENTREGA DEL PROTOCOLO</b> .....	222
5.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	222
6.	<b>INDICADORES A EVALUAR DE MANERA MENSUAL</b> .....	223
	REFERENCIAS	244
	<u>ANEXOS</u>	247

# 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Sector Salud afronta retos, dentro de los que se incluyen nuevas enfermedades, lo cual lleva a las diferentes instituciones a mejorar la calidad de atención a los pacientes, para ello, se debe contar con un presupuesto y facilitar el acceso de estos servicios con una cobertura del 100%, pero en la actualidad el Sistema de Salud de muchos países solo cubre un porcentaje mínimo, dejando a mucha población por fuera.

Estudios realizados en diferentes países han reflejado cifras relevantes y de gran importancia; un estudio que incluyó usuarios de diferentes Centros de Salud y Hospitales identificó muertes y severas complicaciones en las cirugías realizadas, lo cual perjudicó no solo el bienestar del paciente, sino que se puso en tela de juicio el conocimiento del personal que realizó dichas intervenciones (1, 2).

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las intervenciones quirúrgicas presentan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad; de los 234 millones de intervenciones quirúrgicas, un millón de pacientes mueren durante o después de una cirugía, siete millones sufren complicaciones quirúrgicas o discapacitantes”, de ahí la importancia de la revisión de los equipos quirúrgicos, y la realización del protocolo de cirugía segura (2).

Uno de los servicios más utilizados es el de Cirugía, ya que atiende a pacientes que requieren un determinado procedimiento que permitirá su mejoría física en ocasiones de manera parcial y en otras de manera total, y por ello requiere de cuatro elementos claves como lo son: medico, paciente, equipo asistencial, equipo administrativo y los equipos médicos (4, 5).

“Los incidentes asociados a la cirugía están relacionados con errores en la identificación del paciente, procedimiento o localización de sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos” (5).

Cabe resaltar de acuerdo con Salazar Maya y Restrepo Marín que muchas personas carecen de acceso a cirugía y anestesia segura, debido a su situación económica lo que no les permite tener acceso a un tratamiento quirúrgico de manera oportuna, lo que permite reducir la calidad de vida, creando así la Alianza Mundial para la seguridad del paciente y en el 2008 se creó el programa de Cirugía Segura (5, 6).

La médico Diana Carolina Moreta en su trabajo denominado evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del 2015 obtuvo mediante la realización de una encuesta directa resalta la importancia del uso de disminuir eventos adversos relacionados con el acto quirúrgico a nivel mundial mediante el Programa de Cirugía Segura Salva Vidas creado por el departamento de seguridad del Paciente de la Organización mundial de la salud (6).

“La Cirugía Segura Salva Vidas” consiste en la realización de pausas y aplicación de una lista de chequeo en 3 momentos claves del procedimiento quirúrgico: prequirúrgica (antes de la inducción de anestesia), quirúrgica (antes de la incisión cutánea y postquirúrgica (antes de que el paciente salga del quirófano) (6, 7).

En Latinoamérica, no hay información suficiente referente a la Seguridad de Paciente y de Cirugía Segura, debido a la escasa normatividad al respecto, además se suma el poco interés en estos sistemas lo que perjudica cumplir estos protocolos (8).

La Seguridad del paciente en Colombia se viene implementando a través del Sistema de la Garantía de la Calidad, con el objetivo de concientizar e informar a las entidades sobre la ocurrencia de los eventos adversos perioperatorios y su incidencia, con el fin de disminuirlos y de esta manera ofrecer servicios de calidad que puedan ser competitivos a nivel nacional e internacional (8, 9).

El estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) identifico para Colombia una prevalencia de eventos adversos del 13.1% (312/2373), de éstos, un 43% estaban relacionados con procedimientos quirúrgicos, y dentro de éstos, los procedimientos que implican mayor riesgo son los de anestesia general o sedación profunda, por ello la implementación de prácticas seguras (9) es una de las estrategias para controlar, revertir o disminuir este tipo de eventos.

Algunas de las consecuencias de los errores en las cirugías además de prolongar la estancia hospitalaria, son los problemas de comunicación, y no contar con un trabajo en equipo coordinado lo que genera algunas secuelas en los pacientes (9), razón por la cual, tener protocolizada la forma de actuar en el prequirúrgico y posquirúrgico se constituye en una de las estrategias para avanzar en la disminución de errores en la atención, sin embargo, hasta el momento es escasa la información con respecto a los protocolos que se utilizan al respecto del tema para el sur del país.

En Colombia la lista de chequeo para la cirugía segura se incluyó en la resolución 2003 del 2014 y continúa en la 3100 de 2019 por lo que es un estándar de calidad y seguridad verificable y auditable en nuestro país.(3)

Por las razones anteriormente expuestas con el presente proyecto, se pretende diseñar un protocolo de cirugía segura para ESE Hospital Local de Puerto Asís, con el fin de contribuir a la implementación del proceso, y a la disminución de indicios, incidentes y eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos que se realizan en la institución, y de esta forma aportar elementos a la auditoría de buena calidad y a unas mejores condiciones de vida y de salud de los pacientes.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

“La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial”. Los eventos adversos e incidentes que se presentan durante la atención en salud representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados” (4).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes, aproximadamente 1 de cada 10; sufren algún tipo de discapacidad o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura” (4, 5).

Dentro del acto quirúrgico, los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante o la persona equivocados) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”.

Uno de los principales factores que contribuyen al error en el acto quirúrgico de las instituciones de salud de alta y mediana complejidad, es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado por lo que se hace necesario el diseño de un protocolo

de cirugía segura en la IPS del sur del país que conlleven a disminuir los eventos adversos e incidentes a nivel perioperatorio (4, 5)

El propósito del diseño de un Protocolo de Cirugía Segura en la IPS del Sur del País es brindar Seguridad al Paciente y algunas recomendaciones técnicas, teniendo en cuenta los lineamientos de la OMS, además se sugiere a las instituciones la implementación de prácticas seguras que eviten la ocurrencia de eventos adversos en los actos quirúrgicos.

En Colombia, la información respecto a la Implementación y manejo de los lineamientos de la OMS para la Cirugía Segura se ven afectados por la falta de interés, mala administración de los costos y equipos insuficientes, a esto se le suma la falta de conocimiento y las deficiencias en los procesos de selección de personal por parte de las diferentes instituciones.

A pesar de ser parte de los requerimientos de habilitación en los servicios sanitarios del país , la auditoria en calidad y la implementación es baja

Lo anterior trae como consecuencia un incremento en los gastos y para disminuirlo se requiere realizar un balance en costo beneficio, y crear una planeación adecuada que reduzca los tiempos muertos de las salas de quirófano, horas extras del personal, fatiga, insatisfacción del personal, del paciente y sus familias, generando un equilibrio entre la calidad del sistema y la efectividad del servicio (4).

Por último, con el diseño del protocolo se pretende brindar una herramienta que permita realizar una evaluación constante y la implementación de un protocolo en la IPS del Sur del País, requiriendo un compromiso por parte del personal de salud que tenga contacto con el paciente cuando se encuentre en el proceso prequirúrgico, quirúrgico y posquirúrgico.

### **1.3 PREGUNTA DE TRABAJO**

¿Cuál es el diseño de un protocolo de implementación para Cirugía Segura en la ESE Hospital Local de Puerto Asís para el año 2023?.

## **2. MARCO TEÓRICO DE APROXIMACIÓN A TEMA**

### **2.1 ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

### **2.2 CIRUGÍA MAYOR**

“Todo procedimiento realizado en el quirófano que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional o general o sedación profunda para controlar el dolor” (5).

### **2.3 FASES SEGÚN SU RELACIÓN CON EL ACTO QUIRÚRGICO**

Pre-quirúrgica, fase quirúrgica y postquirúrgica. La fase pre-quirúrgica es la fase que precede a la cirugía y en donde suceden una serie de momentos, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas. En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa (5).

Esta fase se inicia con la valoración por especialista en Cirugía (Ginecología, Ortopedia y Cirugía general), se realizan las ayudas diagnósticas y Laboratorio Clínico; el especialista define el procedimiento quirúrgico a realizar, explicando sus riesgos y beneficios, se fortalece la información al paciente y a su familia mediante la explicación de cuidados específicos de acuerdo a la patología y se hace entrega del instructivo para la preparación del procedimiento quirúrgico por parte del personal de enfermería.

Se lleva a cabo el diligenciamiento del Consentimiento Informado de procedimiento quirúrgico el cual es firmado por el paciente, su familia o acudiente y la valoración preanestésica la cual permite conocer el riesgo individual anestésico-quirúrgico y se firma el consentimiento de preanestesia.

En la fase quirúrgica se inicia con la recepción del paciente en quirófano en el día y hora definidos previamente y termina con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio, una vez realizada la intervención quirúrgica (5).

La Fase Pos - Quirúrgica consiste en el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte. Dentro del acto quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores. En reconocimiento de que los fallos de la atención sanitaria afectan a 1 de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores, entre las que se encuentra: Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto. El establecimiento de estas soluciones busca reducir el riesgo de presentación de eventos adversos a través de prácticas seguras (barreras y defensas) en las instituciones de salud (5).

## **2.4 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA**

Es una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía (9).

Mediante su uso se logra una reducción de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos, y existen tres principios aplicables a la Lista de Verificación de Cirugía Segura las cuales son:

### **2.4.1 SIMPLICIDAD**

Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos. (9)

## **2.4.2 AMPLITUD DE APLICACIÓN**

De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes. (5).

## **2.4.3 MENSURABILIDAD**

Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto (5).

## **2.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (10).

La seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario (5).

## **2.6 MANUAL DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico (8). La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad

clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos (5).

- **Fases de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía:** Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada) el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. (Salida) En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas (OMS, 2008). A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.
- **ENTRADA** Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará

visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia, de 31 dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia (8). Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

- **PAUSA QUIRÚRGICA** En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación 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 de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales (8).
- **SALIDA** En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gases e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación (8).

## 2.7 INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (10).

## 2.8 EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

a) **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (10).

b) **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado (10).

## 2.9 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) (10).

**Fallas Activas o Acciones Inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) (10).

A) **Fallas Latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (10).

## 2.10. INSEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRURGICA

Dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las áreas quirúrgicas son consideradas dentro de las más inseguras, por ser allí el sitio donde mayor número de eventos adversos prevenibles se presenta ( 3.7 de cada 100 cirugías) (12), mucho de ellos de incidencia grave. Esto hace necesario que en tales áreas

se tomen medidas efectivas que garanticen la seguridad de los pacientes a fin de evitar que se presenten eventos indeseados y pongan en peligro la vida del paciente. A continuación se presenta una serie de generalidades en relación a los protocolos de seguridad del paciente:

**Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica:** La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática (12). El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala planeación de los procesos de atención. Por ejemplo, la administración peri-operatoria de antibióticos se hace menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente (12) (14).

**Seguridad de la anestesia:** Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor (12). Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno.

**Equipos quirúrgicos seguros:** El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación (13) (15).

La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente.

**Medición de los servicios quirúrgicos:** Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas

de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos (13) (15). Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados.

## **2.11. FACTORES DE RIESGO CAUSALES DE EVENTOS ADVERSOS.**

Dentro de los factores de riesgo causales de eventos adversos se encuentran los siguientes:

**Ausencia de trabajo en equipo:** El trabajo que se realiza en una sala de cirugía es un ejemplo de trabajo en equipo. Allí todo el personal complementa sus habilidades y asume una responsabilidad mutua para lograr el mejor resultado una cirugía exitosa y sin errores. Para el trabajo equipo en cirugía es muy importante la comunicación antes y después de la cirugía entre los integrantes del equipo quirúrgico (cirujanos, anestesiólogo, instrumentador, auxiliar de enfermería circulante, auxiliar de enfermería admisionador y enfermera jefe) (13) (14).

Un charla de cinco minutos previa al inicio del procedimiento quirúrgico, para discutir todo lo referente al procedimiento, la posición del paciente, la técnica que se va a realizar, el equipo, dispositivos médicos e instrumental necesarios; una vez terminada la cirugía, es necesario que se realice la misma charla, especialmente cuando ha ocurrido un evento adverso, el cual debe ser notificado de forma inmediata al programa de seguridad del paciente.

**Fallas en la comunicación interpersonal:** la ausencia de comunicación clara y precisa antes durante y después de un cirugía es motivo suficiente para la ocurrencia de eventos adversos (13) (14).

**Recomendaciones para minimizar el riesgo:** dentro de las recomendaciones se encuentran las siguientes:

- Solicitar a quien no se le entiende adecuadamente, que repita el expresado de manera clara y precisa.
- Realizar el doble chequeo: quien cumple un orden REPITE en voz alta y fuerte la orden recibida, permitiendo al correcta verificación para su corrección.

- Disminuir al mínimo posible, el volumen de la música y alarma de la máquina de anestesia o monitores que impidan la comunicación efectiva.
- Al interior de la sala, evitar la conversación en voz alta en temas que distraigan la atención (13) (14).

## **2.12. PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS EN QUIRÓFANO.**

Con respecto a los principales eventos adversos en quirófano, se encuentran los siguientes:

- Cirugía en el lado equivocado.
- Olvido de cuerpos extraños (compresas, gasa o instrumental).
- Errores en la administración de medicamentos.
- Caídas.
- Infección de sitio operatorio.
- Úlceras por presión.
- Úlceras de córnea.
- Lesión en la piel por pinzas.
- Quemaduras.
- Incendios.
- Errores transfusionales.
- Errores asociados a anestesia.
- Daños causados por ventilador.
- Lesiones causadas por equipo quirúrgico.
- Lesión de laringe asociada a intubación.
- Retiro accidental de catéteres.
- Lesiones por posturas.
- Extubación accidental.
- Caída de dientes (14) (15).

**Tabla 1. Lista de chequeo de cirugía segura.**

<b>Antes de iniciar inducción de anestesia</b>	<b>Antes de incisión en la piel (pausa del equipo)</b>	<b>Antes de trasladar el paciente a sala de recuperación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad del usuario.</li> <li>- Sitio quirúrgico. Procedimiento Consentimiento informado quirúrgico y anestésico.</li> <li>- Sitio operatorio marcado y bata rotulada.</li> <li>- Chequeo completo de anestesia segura.</li> <li>- Pulsoxímetro en el paciente funcionando.</li> <li>- Verificación de antecedentes alérgicos.</li> <li>- Complicaciones de vía aérea con equipo disponible.</li> <li>- Riesgo de sangrado con acceso venoso, disponibilidad de hemocomponentes y fluidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del equipo quirúrgico y rol</li> <li>- El cirujano, el anesthesiologo, y el circulante confirman en voz alta, identidad de paciente, sitio y procedimiento, el cual deberá estar registrado en el tablero.</li> <li>- Verificar posible eventos críticos.</li> <li>- El cirujano revisa cuales son los pasos críticos o inesperados durante el procedimiento como pérdida de sangre o posibles complicaciones. El anesthesiologo revisa las particularidades, riesgos específicos de anestesia.</li> <li>- La enfermera e instrumentadora, revisa el indicador de esterilización correcto del paquete de ropa e instrumental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermera confirma en voz alta con el equipo quirúrgico: nombre, procedimiento realizado, verificación de conteo de gasas, compresas, agujas e instrumental.</li> <li>- Muestras patológicas marcadas correctamente.</li> <li>- Si hubo algún problema con el material, instrumental, equipos médicos, dispositivos médicos. Se debe reportar lo que no funcionó.</li> <li>- El cirujano, anesthesiologo y enfermeras, repasan los puntos clave relacionados con la recuperación y manejo, cuidados especiales del paciente.</li> </ul>

Fuente: Hospital seguro. Hospital Universitario San Vicente De Paul. Capitulo seguridad del paciente durante el acto quirúrgico

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un protocolo de Cirugía Segura para la ESE Hospital Local de Puerto Asís, en el año 2023, teniendo en cuenta los lineamientos y técnicas establecidos para el diseño de este tipo de protocolos por parte de la OMS y las orientaciones dadas al respecto del tema a nivel nacional.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Explorar la literatura con respecto a protocolos de vigilancia para procedimientos quirúrgicos a nivel nacional e internacional.
- Identificar cuáles son las principales fallas en la atención de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos.
- Definir operativamente a que se le denominara un caso de evento adverso por evento quirúrgico para el protocolo.
- Establecer la estructura del documento de protocolo para la institución.
- Realizar la escritura del protocolo de acuerdo a los parámetros establecidos para este tipo de eventos.

## **4. METODOLOGÍA PRELIMINAR**

### **4.1 TIPO DE PROYECTO**

Diseño de un protocolo para la implementación de la lista de chequeo en cirugía para la ESE Hospital Local de Puerto Asís, para el año 2023.

### **4.2 POBLACIÓN**

Usuarios que asisten a la ESE Hospital Local de Puerto Asís y requieren procedimiento quirúrgico.

### **4.3 TEMAS PRELIMINARES DE ANÁLISIS**

- Fallas en la atención de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos.
- Eventos adversos
- Proceso de atención prequirúrgicos, quirúrgicos y posquirúrgicos.
- Protocolos de atención en cirugía
- Seguridad del paciente
- Auditoria en salud
- Calidad en salud

### **4.4 ASPECTOS ÉTICOS Y ADMINISTRATIVOS**

#### **4.4.1 Consideraciones éticas**

Para el proyecto de investigación relacionado con el diseño de un protocolo de cirugía segura para la ESE Hospital local de Puersto Asis, el tipo de riesgo es nulo, pero al abordarse dentro de una institución publica de salud, se considera como

punto esencial la “protección de datos” la cual se encuentra reglamentada a partir de la Ley 1581 de 2012, conocida como Ley de protección de datos personales, la cual tiene como función básica “ reconocer y proteger el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada” (16).

La ley 1581 de 2012, se rige bajo una serie de principios restores, de los cuales se destacan los siguientes:

- **Principio de legalidad en materia de Tratamiento de datos:** El Tratamiento a que se refiere la presente ley es una actividad reglada que debe sujetarse a lo establecido en ella y en las demás disposiciones que la desarrollen;
- **Principio de finalidad:** El Tratamiento debe obedecer a una finalidad legítima de acuerdo con la Constitución y la Ley, la cual debe ser informada al Titular.
- **Principio de libertad:** El Tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del Titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento.
- **Principio de veracidad o calidad:** La información sujeta a Tratamiento debe ser veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Se prohíbe el Tratamiento de datos parciales, incompletos, fraccionados o que induzcan a error.
- **Principio de transparencia:** En el Tratamiento debe garantizarse el derecho del Titular a obtener del Responsable del Tratamiento o del Encargado del Tratamiento, en cualquier momento y sin restricciones, información acerca de la existencia de datos que le conciernan.
- **Principio de acceso y circulación restringida:** El Tratamiento se sujeta a los límites que se derivan de la naturaleza de los datos personales, de las disposiciones de la presente ley y la Constitución. En este sentido, el Tratamiento sólo podrá hacerse por personas autorizadas por el Titular y/o por las personas previstas en la presente ley; Los datos personales, salvo la información pública, no podrán estar disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los Titulares o terceros autorizados conforme a la presente ley.

- **Principio de seguridad:** La información sujeta a Tratamiento por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento a que se refiere la presente ley, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- **Principio de confidencialidad:** Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma (16).

Por otro lado, es importante tener en cuenta los deberes de los responsables del tratamiento y encargados del tratamiento, el cual hace parte del Título VI de la mencionada ley, por lo cual, los responsables del tratamiento deberán cumplir los siguientes deberes, sin perjuicio de las demás disposiciones previstas en la presente ley y en otras que rijan su actividad:

- Garantizar al Titular: En este caso a la ESE Hospital local de Puerto Asis, se debe garantizar el pleno y efectivo ejercicio del derecho de hábeas data.
- Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Titular.
- Informar debidamente al Titular sobre la finalidad de la recolección y los derechos que le asisten por virtud de la autorización otorgada.
- Conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- Garantizar que la información que se suministre al Encargado del Tratamiento sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
- Actualizar la información, comunicando de forma oportuna al Encargado del Tratamiento, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada.
- Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente al Encargado del Tratamiento.

- Suministrar al Encargado del Tratamiento, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
- Exigir al Encargado del Tratamiento en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Titular.
- Tramitar las consultas y reclamos formulados en los términos señalados en la presente ley.
- Adoptar un manual interno de políticas y procedimientos para garantizar el adecuado cumplimiento de la presente ley y en especial, para la atención de consultas y reclamos.
- Informar al Encargado del Tratamiento cuando determinada información se encuentra en discusión por parte del Titular, una vez se haya presentado la reclamación y no haya finalizado el trámite respectivo.
- Informar a solicitud del Titular sobre el uso dado a sus datos.
- Informar a la autoridad de protección de datos cuando se presenten violaciones a los códigos de seguridad y existan riesgos en la administración de la información de los Titulares (16).

#### **4.5. PLAN DE COMUNICACIÓN Y ENTREGA DEL PROTOCOLO**

Una vez culminado el proyecto de investigación y alcanzado el objetivo principal sobre la entrega de un diseño de el protocolo de cirugía segura para la ESE Hospital local de Puerto Asis, el diseño será entregado a las directivas del hospital, como parte de los resultados investigativos, la entrega que se hará en medio físico y electrónico.

La ESE Hospital local de Puerto Asís es quién decidirá de implementar dicho protocolo a la institución de salud, la cual permitió desarrollar la intervención de la investigación, se les entregara un comunicado antes y después de haber culminado el proceso investigativo, desarrollando con ello, un hilo conductor que permita tener un resultado satisfactorio y un cumplimiento de los objetivos propuestos.

#### **5. CONCLUSIONES**

- Debido a la formación académica en diferentes escuelas del personal de salud y los especialistas de áreas perioperatorias, no hay unificación en conceptos clínicos, por lo cual se sugiere realizar capacitaciones de forma activa al personal para mejorar la adherencia a la aplicación del protocolo de Cirugía Segura.
- Se recomienda que dentro del plan de capacitación anual institucional se incluya

de forma mensual la capacitación a las áreas involucradas sobre la aplicación del Protocolo de Cirugía Segura y la lista de chequeo designada en la resolución 3100 del 2019.

- Se sugiere que la persona líder de este Proceso sea el Profesional de Enfermería de turno; En caso de no ser posible, será el medico Anestesiólogo quién apoyará y liderará la aplicación del protocolo de Cirugía Segura.
- Además, se debe realizar una evaluación de la adherencia al Protocolo de Cirugía Segura, cuando este sea implementado.

## **6. INDICADORES A EVALUAR DE MANERA MENSUAL**

- Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se les aplico la LSVQ en la ESE Hospital Local de Puerto Asís de forma mensual / Total de Pacientes intervenidos quirúrgicamente en la ESE Hospital Local de Puerto Asís de manera mensual.
- Proporción de profesionales de la ESE Hospital Local de Puerto Asís que realicen cirugías de manera mensual que cumplan el protocolo de Cirugía Segura / Total de profesionales de quirófano que realicen cirugías de la ESE Hospital Local de Puerto Asís x 100.

## REFERENCIAS

1. Romero García E, Lacruz P, Checa Barambio C, Alfaro Rubio A, Dapena Ortiz D, Rollán García P, Gil Suay V. El poder de la planificación del bloque quirúrgico. *Gest y Eval Cost Sanit.* 2015;16(1):75-92
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La cirugía Segura Salva Vidas [Internet]. OMS; 2008 [Citado el 7 de febrero del 2023]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008\\_07\\_spa.pdf;jsessionid=5110DD931D3D91634EA1214701B75315?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008_07_spa.pdf;jsessionid=5110DD931D3D91634EA1214701B75315?sequence=1)
3. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad el Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2009. [Citado el 5 de febrero de 2023] <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/SEGURIDAD%20PROCESO%20CIRUGIA.pdf>
4. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. 2008. [Citado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://minalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
5. MAYA, Ángela María Salazar and MARIN, Diana Marcela Restrepo. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Rev Cuid* [Internet]. 2020, vol.11, n.2, e1040. [Citado el 5 de febrero de 2023] ISSN. Disponible en: 2216-0973. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
6. Moreta Sanafria D. C. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa [Tesis Especialista en Anestesiología y Reanimación]. Quito: Universidad Central del Ecuador, 2015 [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

7. Comunidad de Madrid. Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Evaluación del Programa de Cirugía Segura. Hospital General de Villalba. [Internet]. [Citado el marzo del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2020\\_\\_informe\\_de\\_evaluacion\\_de\\_cirurgia\\_segura.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2020__informe_de_evaluacion_de_cirurgia_segura.pdf)
8. Mora, E. Lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras. [Internet]. PNCSP; 2010 [citado 7 de febrero 2023]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/manual.pdf>
9. Ministerio de Salud. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” [Internet]. [Citado el 7 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
10. Ramírez LM. Orientaciones para la seguridad del paciente. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Internet]. 2009 [Citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Evaluacion\\_tecnologias\\_salud/](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Evaluacion_tecnologias_salud/)
11. Hernández Barraza EDJ. Descripción de las mejores prácticas de seguridad del paciente Departamento de Calidad y seguridad del Paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) [Internet]. 2009 [Citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Evaluacion\\_tecnologias\\_salud/](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Evaluacion_tecnologias_salud/)
12. La cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial Por La Seguridad Del Paciente. [Internet]. 2012 [Citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf).
13. Hospital seguro. Hospital Universitario San Vicente De Paul. Capitulo seguridad del paciente durante el acto quirúrgico. [Internet]. 2012 [Citado el 21 de agosto de 2023).
14. Franco A. Cirugías más seguras: El factor cirujano. [Internet]. 2012 [Citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/cirurgia/cirurgia18403-cirurgias.htm>.

15. Wagner D. Errores en el pabellón quirúrgico: cambiando la práctica operatoria. [Internet]. 2012 [Citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: [http. // www.medwave.cl/enfermería/enquirurgica/1/1.act](http://www.medwave.cl/enfermería/enquirurgica/1/1.act).
16. Colombia. Congres de la Republica. Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogota: Departamento Administrativo de la Función Pública. Editado el 7 octubre de 2012. [Internet]. 2012 [Citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en:  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=499](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=499)

## ANEXOS

Puerto Asis, 27 de Marzo de 2023

**GESTIÓN DOCUMENTAL**  
RECIBIDO POR: *[Handwritten Signature]*  
RADICADO N°: 269  
FECHA: 30-03-2023  
04) 3204

*Vobos*

Doctora:  
**GLINIS EDITH DIAZ LLERENA**  
Gerente  
E.S.E Hospital Local de Puerto Asis

**REF: SOLICITUD DE PERMISO**

Por medio de la presente las estudiantes abajo mencionadas solicitan permiso a la E.S.E Hospital Local de Puerto Asis para utilizar el nombre de la Institución y realizar un trabajo de grado de la Especialización en Auditoría en Salud de la Universidad CES.

Esto con el fin de tener acceso a alguna información que se requiera para la elaboración del Trabajo de Grado titulado **"DISEÑO DE UN PROTOCO DE CIRUGÍA SEGURA EN LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS"**

De forma más atenta esperamos su pronta respuesta.

Muchas Gracias

Atentamente:

*[Handwritten Signature]*  
**YADDY LIZETH ACOSTA DAVID**  
C.C. 69.022.881 Puerto Asis (Ptyo)

*[Handwritten Signature]*  
**JOHANNA CAROLINA ERASO ENRIQUEZ**  
C.C. 1.085.270.316 Pasto (N)

*[Handwritten Signature]*  
**VERONICA ANDREA MELO ORTEGA**  
C.C. 1.089.242.768 Pasto (N)

*[Handwritten Signature]*  
**ANGIE CATALINA OBANDO RODRIGUEZ**  
C.C. 1.085.266.178 Pasto (N)

**PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA**  
**ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE PUERTO ASÍS**

## **OBJETIVO**

Fortalecer los conocimientos técnicos y administrativos, además de las habilidades para la ejecución de prácticas seguras por parte del personal de salud en actividades relacionadas con la atención y seguridad del paciente en todo el proceso quirúrgico ( Pre – Intra y Post) en la ESE Hospital local de Puerto Asís, con el fin de disminuir incidentes y eventos adversos.

## **ALCANCE**

Este Protocolo será aplicado a los usuarios que requieran de un procedimiento quirúrgico en la ESE Hospital Local de Puerto Asís, desde la indicación del procedimiento quirúrgico solicitud del turno quirúrgico hasta la salida de quirófano.

## **Materiales**

- Historia clínica
- Lista de chequeo
- Boleta quirúrgica
- talento humano: (Cirujano, anestesiólogo, profesional de Enfermería, circulante, instrumentador quirúrgico y personal de servicios generales)
- infraestructura (Todo lo reglamentado en la resolución 3100 de 2019).
- Dotación (Todo lo reglamentado en la resolución 3100 de 2019).
- Equipos biomédicos (Todo lo reglamentado en la resolución 3100 de 2019).

## JUSTIFICACIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Organización Mundial de la Salud en el marco de "La Cirugía Segura Salva Vidas" aprobó recientemente una nueva Lista de Verificación para la Seguridad Quirúrgica, con el fin de reducir los riesgos de la cirugía. Dividiendo las intervenciones quirúrgicas en tres etapas: antes de administrar la anestesia; antes del corte en la piel; y antes de que el paciente salga de la sala de operaciones, siendo el coordinador de la lista de verificación el encargado y responsable de confirmar que cada miembro del equipo de cirugía haya cumplido con la tarea que le corresponde.

Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones procedimientos de cirugía mayor, sin embargo, la falta de acceso a un procedimiento quirúrgico de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. Aproximadamente cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Según informes de estudios propuestos por la OMS, determinan "que cerca del 10 % de los pacientes en el mundo sufren eventos adversos, evidenciando que 1 de cada 10 pacientes sufre eventos que deterioran sus condiciones de salud y además admiten que por lo menos, el 60 % de estos casos pueden ser corregidos a través de la aplicación de métodos y metodologías apropiadas".

El contexto anterior, permite determinar una serie de mecanismos que determina el sistema de seguridad en el paciente, considerándolo como un conjunto de actividades y herramientas que miden el nivel de riesgo en las acciones como la cirugía dentro de la institución de salud, modelo de atención segura, que al ser propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, provee una serie de herramientas que al ser implementadas a nivel nacional y fundamentadas a partir del modelo pedagógico ABP ( aprendizaje basado en problema) se busca motivar hacia la reflexión de la realidad a partir de una dimensión más integral y compleja, induciendo a que los temas de análisis de cirugía segura se conviertan en interrogantes que puedan resolver problemas reales y permitir así, la implementación de buenas prácticas para la seguridad del paciente dentro del contexto quirúrgico.

La aplicación de buenas prácticas para la seguridad del paciente dentro de la institución ubicada en el municipio de Puerto Asís, implican por un lado, incorporar protocolos de cirugía segura propuestos por la OMS a nivel mundial, y por el otro, respetar y visibilizar los aportes de las recomendaciones dadas por esta organización determinándola como guía específica para gestionar el riesgo sanitario y analizar la cadena de sucesos y factores que se presentan dentro del área quirúrgica, a fin de detectar a tiempo los problemas e inconvenientes e implementar alternativas de solución. Acciones que permiten orientar procesos de planeación,

ejecución y desarrollo de buenas prácticas junto al uso efectivo de la lista de chequeo para cirugía segura, favoreciendo notablemente los índices de seguridad en los pacientes ubicados en el hospital de Puerto Asís.

Elaborar protocolos de cirugía segura para hospitales nivel tres, permite asumir un reto y compromiso institucional que deriva la búsqueda de la seguridad del paciente, compromiso que se adquiere a nivel mundial por parte la OMS, quien verifica los procesos de seguridad de cirugía y asume manuales de aplicación en cada país, determinando una serie de lineamientos que permiten considerar la salud como un bien de interés público y establecer normas de vigilancia y control epidemiológico (ley 9 de 1979), así como también la reglamentación de comités técnico científicos (Resolución 5061 de 1997), junto como a la adopción de políticas de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias ( Resolución 073 de 2008), que junto al Decreto 2676 de 2016, Circular 22 del 2003, Decreto 1562 de 1984 y Resolución 2183 de 2004, reglamentan la gestión integral y vigilancia de infecciones intrahospitalarias junto a los manuales de buenas prácticas de esterilización dentro de los procesos quirúrgicos epidemiológicos.

La aplicación de cirugías seguras contempla una serie de lineamientos de buenas prácticas dentro del campo de la salud, con el fin de reducir los niveles de riesgo y aprender de los errores, dando cumplimiento a los lineamientos internacionales, nacionales y departamentales sobre seguridad del paciente, asumiéndolos como compromisos idóneos en la ESE Hospital Local de Puerto Asís, el cual esta en la capacidad y deber de garantizar el cumplimiento de sus propósito misionales y visionales , alineados a un campo de acción que se enmarcan en la línea de acción para la búsqueda de seguridad en la atención en salud, política que se reglamenta a través de la Resolución 125 de 2018.

Por último, la importancia de implementar prácticas seguras que permitan evitar eventos adversos en actos quirúrgicos, se convierte en una prioridad para los centros de salud, por lo cual, es importante implementar herramientas sobre programas de seguridad del paciente (check List dentro al acto quirúrgico), logrando la garantía de prácticas indispensables para disminuir daños quirúrgicos y lesiones en humanos.

La propuesta sobre cirugía segura incluye a todo el personal de esta área, es decir, cirujanos, enfermeras, anestesiólogos, instrumentadores quirúrgicos y demás profesionales involucrados en este tipo de procedimientos, determinando la responsabilidad de cada uno y priorizando la función que deben cumplir para mejorar los procesos de atención eficiente.

La ESE Hospital Local de Puerto Asís al ser considerado como centro hospitalario de vital importancia para sus habitantes, permite que su respuesta a los servicios ofertados sean esenciales dentro de los propósitos del servicio de cirugía segura, con el fin de ofrecer una atención efectiva durante todas las intervenciones

quirúrgicas, contribuyendo al proceso de recuperación satisfactorio del paciente, enmarcados dentro de las iniciativas de la OMS.

## **DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA**

### **IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA DE ATENCIÓN EN SALUD**

De acuerdo a la implementación de la Política de Seguridad del paciente, la ESE ha dispuesto que una de sus áreas que presenta mayor interés en la gestión del riesgo en la prestación de servicios, es el proceso de Quirófano, por lo tanto, se realiza un análisis de la priorización del riesgo en todo el ciclo de atención al paciente quirúrgico, para minimizarlos a través de la implementación de prácticas seguras.

Para la ESE Hospital Local de Puerto Asís, la seguridad del paciente es prioridad y de trascendental importancia, por lo tanto, el diseño de un protocolo de cirugía segura aborda la seguridad del paciente quirúrgico con prácticas aplicables en forma sistémica y sistemática, encaminadas a prevenir fallas y errores que pueden afectar la vida y la salud de los pacientes, fortaleciendo la cultura de seguridad en la organización.

De acuerdo con la estructura del proceso, la atención quirúrgica tiene 3 fases según su relación con el acto quirúrgico: pre-quirúrgica, fase quirúrgica y postquirúrgica. La fase pre-quirúrgica es la fase que precede a la cirugía y en donde suceden una serie de momentos, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas. En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa. Dentro del acto quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores.

### **PRACTICAS SEGURAS EN EL CICLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO**

**BRIEFING:** Se conoce como briefing a un documento informativo que brinda datos de utilidad para el desarrollo de una acción, es un instructivo que sirve como punto de partida para una tarea. Estos informes sientan las bases para dar inicio, en este caso, a la jornada a cumplirse en quirófano.

Se trata de reuniones informativas, cortas y multidisciplinarias que se realizan en cada cambio de turno, en estas reuniones se verifica condiciones propias del servicio en cuanto a equipos, insumos, novedades con recurso humano; todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta durante el desarrollo del turno.

## FASE I: VALORACIÓN ADMISIÓN INICIAL

### EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y PREPARACIÓN

- **VALORACIÓN POR CIRUJANO:** Inicia con la consulta médica especializada donde el cirujano determina la conducta quirúrgica a seguir para solucionar el problema de salud del paciente, en esta consulta el cirujano explica el procedimiento a realizar, sus riesgos, beneficios, alternativas, diligencia el CONSENTIMIENTO INFORMADO de acuerdo a la decisión tomada por el paciente y su familia, para dar continuidad al proceso de ayudas diagnósticas, consecución de dispositivos médicos y/o materiales de osteosíntesis y la valoración pre anestésica.

En este paso se realiza por parte del médico especialista el turno quirúrgico, en el mismo se especifican los datos de identificación del usuario, diagnóstico y procedimiento a realizar; cuando se trata de un miembro un órgano par se registra en el formato. Se establece como primer filtro la oficina de cirugía desde donde si falta alguno de los datos o no se ha registrado el sitio o lado quirúrgico el turno es regresado al servicio a fin de que se confirme la información.

Cuando se trata de procedimientos urgentes, la verificación se realiza por parte de profesional de enfermería del servicio.

- **VALORACIÓN PREANESTÉSICA:** Proceso clínico de evaluación minuciosa al paciente quirúrgico para determinar el riesgo individual anestésico - quirúrgico y optimizar en lo posible el estado preoperatorio del paciente para llevarlo a cirugía con el menor riesgo. Se realiza con un mínimo de 48 horas antes de su cirugía.
- Durante la consulta el anesthesiólogo establece una relación médico paciente - familia que permite una adecuada comprensión del proceso anestésico – quirúrgico. Proporciona una adecuada información del proceso obteniéndose el CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS.
- **POSTCONSULTA DE ENFERMERÍA:** Se fortalece la información al paciente y su familia, sobre cuidados específicos de acuerdo a su patología, se entrega el instructivo de PREPARACIÓN PARA SU CIRUGÍA con la explicación correspondiente, asegurándose de la comprensión tanto del paciente como su familiar.
- En esta fase el proceso de evaluación preoperatoria es esencial para evaluar el estado de salud general del paciente y determinar los factores de riesgo. Esta preparación, antes de un procedimiento quirúrgico beneficia al paciente para una cirugía segura.

- Verificación de Disponibilidad de material de osteosíntesis, dispositivos e insumos necesarios para cirugía a través de implementación de procedimiento y recurso humano destinado a realizar trámite administrativo, confirmación y recepción para ingreso y posterior uso en cirugía.

## **FASE II: ATENCIÓN HOSPITALARIA PACIENTE QUIRÚRGICO**

- **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** Esta práctica segura se inicia desde el ingreso del paciente en los diferentes servicios, utilizando la manilla con los identificadores estandarizados en la organización, con el fin de disminuir el riesgo de errores durante el ciclo de atención al paciente, facilitando al personal asistencial la seguridad de que están prestando sus cuidados al paciente correcto.
- En las manillas de identificación también se incluye alertas visuales, con cuadros de diferentes colores que se marcan con un círculo para la identificación del riesgo clínico, con el fin de evitar errores disminuyendo los riesgos en la atención a los pacientes; en el caso del paciente con historia de cualquier tipo de alergias se coloca la manilla roja, registrando específicamente a que es alérgico.

**LISTA DE CHEQUEO PREQUIRÚRGICA:** Para la preparación del paciente quirúrgico esta estandarizada en el Hospital la Lista de Chequeo Control Prequirúrgico, la cual de acuerdo al paquete de recomendaciones de prevención de infecciones de sitio operatorio adoptado a nivel institucional:

- Baño prequirúrgico con jabón antiséptico (Clorhexidina).
- No rasurado del paciente, en caso de ser necesario se utiliza rasuradora tipo Clíper.
- Información relacionada con el uso de antibióticos para evaluar la necesidad de profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolo.
- Se adicionan los ítems necesarios para prevenir eventos adversos durante el acto quirúrgico.

Este formato es diligenciado por el personal de enfermería de los diferentes servicios, previo al traslado del paciente al Quirófano.

Deberá administrarse profilaxis antibiótica, sólo cuando exista indicación, utilizando la vía endovenosa según la pauta establecida en el protocolo aprobado por la Comisión de Infecciones.

De esta forma, se debe garantizar que se alcanzan concentraciones bactericidas en suero y tejidos cuando se realice la incisión, y se mantienen niveles terapéuticos durante toda la Intervención y algunas horas después del cierre operatorio.

Antes de cirugía electiva colorrectal, debe añadirse una preparación mecánica del colon con enemas y laxantes y la descontaminación intestinal, administrando antibióticos no absorbibles en varias dosis el día previo a la intervención.

No prolongue la profilaxis en el postoperatorio.

Considere la administración intraoperatoria de más dosis, solamente en intervenciones con duración mayor que la semivida plasmática del fármaco, intervenciones con una pérdida de sangre intraoperatoria importante, y en pacientes con obesidad mórbida

### **FASE III: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

**SEGURIDAD EQUIPOS BIOMÉDICOS EN QUIRÓFANO:** Diariamente antes de iniciar la programación quirúrgica, se realiza rondas de seguridad por parte de ingenieros biomédicos verificando con lista de chequeo, el correcto funcionamiento de todos los equipos biomédicos que se encuentran en cada una de las salas quirúrgicas y en recuperación posanestésica:

- Monitor signos vitales
- Máquina de anestesia
- Lámparas cielíticas
- Mesa de cirugía
- Capnógrafo
- Electrobisturí
- Desfibrilador
  
- Balanza digital
- Succionador
- Torre de laparoscopia
- Torres de endoscopia
- Lámpara de calor radiante
- Incubadora

**VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN DE SALAS QUIRÚRGICAS:** Actividad realizada por el personal de Enfermería e Instrumentadoras, verificando con lista de chequeo la dotación necesaria de equipos biomédicos, mobiliario e insumos como un alistamiento previo a la realización de los diferentes procedimientos quirúrgicos, disminuyendo riesgos en la atención del paciente quirúrgico.

**BIOSEGURIDAD:** Se realiza teniendo en cuenta los instructivos de bioseguridad institucionales de acuerdo a recomendaciones de Vigilancia Epidemiológica:

- La ropa quirúrgica para el personal que ingresa a quirófanos deberá ser dotada por la institución, para su posterior lavado y rehusó.
- Lavado quirúrgico de manos

- Postura de guantes técnica cerrada
- Uso de mascarilla quirúrgica
- Colocación de bata estéril de cirugía
- Apertura de lencería y paquetes estériles en mesa de cirugía
- Preparación de piel y lavado de zona operatoria.
- Todo el personal de quirófano deberá mantener sus uñas cortas (no usar uñas artificiales).
- No deben utilizarse joyas en manos ni cuerpo.
- Antes de realizar el primer lavado quirúrgico del día deberán limpiarse las uñas cuidadosamente.

La institución comprometida con la seguridad del usuario, ha adaptado e implementado la lista de chequeo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual es una herramienta útil dentro de las estrategias para generar un ambiente de seguridad y confiabilidad, en el proceso de atención del usuario quirúrgico y su familia, incidiendo en la reducción de eventos adversos evitables.

La lista de chequeo tiene tres momentos quirúrgicos cada uno de los cuales corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento:

- Preoperatorio
- Intraoperatorio
- Postoperatorio

En la institución el momento preoperatorio se inicia con la recepción del paciente en quirófano, considerando este momento como un momento crítico de verdad, razón por la cual se ha puesto gran interés en este momento, la admisión del paciente para cirugía tanto programada como de urgencias se realiza en el servicio de quirófano, con un recurso humano específicamente asignado para el proceso de ingreso y admisión del paciente quirúrgico. Se tienen en cuenta la lista de chequeo establecida como una de las barreras de seguridad para garantizar una atención con calidez humana y segura.

Dentro de los criterios que se tienen en cuenta y se verifican en la lista de chequeo durante el preoperatorio están:

- Traslado del usuario de camilla externa a la interna, estableciendo comunicación efectiva y empatía con el usuario en el momento de su ingreso al servicio y también con el personal de los diferentes servicios en la interfase, evitando la pérdida de información relevante, para garantizar la continuidad de los cuidados al usuario.
- Recepción del usuario media hora antes de la realización de la cirugía.
- Verificación en la manilla de los identificadores estandarizados conjuntamente con el usuario consiente, historia clínica, y la programación quirúrgica. Cuando no sea posible la confirmación con el paciente (menores, discapacitados o situación clínica especial) se realizará con un familiar.

- Doble marcación con los identificadores en la camilla que se transporta al paciente.
- Se confirma con el paciente tiempo de ayuno, se revisa y verifica la lista de chequeo control prequirúrgico diligenciada por el personal de enfermería de los servicios donde proviene el paciente, al igual que la preparación específica de acuerdo al procedimiento.
- Consentimiento informado quirúrgico diligenciado por el cirujano y con las firmas correspondientes.
- Valoración preanestésica, con el consentimiento informado anestésico debidamente diligenciado y firmado.
- Visita preanestésica registrada en la evolución de la historia clínica.
- Porte de la manilla roja de Alergias, si aplica se confirma con el paciente y la historia clínica.
- Marcación del lado operatorio según corresponda, en organo o miembro par, varias estructuras (un dedo concreto de la mano o del pie) es realizada como una actividad conjunta asistencial/usuario, teniendo en cuenta la identificación del usuario, la programación quirúrgica, la historia clínica y los medios de diagnóstico, marcando con la palabra "SI" el lado operatorio y se registra en la historia clínica y en la lista de chequeo de acuerdo al instructivo de ingreso del usuario quirúrgico. En el caso que el usuario se niegue a la señalización o marcación del lado quirúrgico con la técnica convencional o cuando se presentan dificultades para hacerlo por el sitio anatómico o características específicas del paciente, se registra en la historia clínica y se hace la marcación en el pictograma humano que se encuentra en la lista de chequeo; el personal de enfermería de admisiones entrega esta información al equipo quirúrgico.
- Disponibilidad de materiales y o dispositivos médicos necesarios para la cirugía,
- Acceso venoso, una buena preparación preoperatoria incluye tener un buen acceso venoso del paciente, indispensable para la infusión rápida de líquidos, sangre y/o hemoderivados.
- Confirmación de la Reserva de sangre y hemoderivados con el Banco de Sangre según sea la disponibilidad de lo solicitado por el cirujano y/o anestesiólogo
- Aplicación de profilaxis antibiótica intravenosa dentro de la hora previa a la incisión quirúrgica de acuerdo a la guía Profilaxis Antimicrobiana Prequirúrgica en Adultos.
- Historia clínica completa con todas las ayudas diagnósticas.
- Elaboración y diligenciamiento de registros acordes al primer momento de verdad.
- Trasladar al paciente a la sala asignada según programación quirúrgica establecida desde el día anterior, con la información relevante del paciente al equipo quirúrgico basado en criterios de oportunidad, calidad y calidez humana.

**SEGURIDAD ANESTÉSICA:** Gracias a la evolución tecnológica, el campo de la anestesia ha progresado significativamente en relación a la seguridad del paciente.

Sin embargo, estos avances también han contribuido a la aparición de incidentes que también forman parte de la morbilidad de los pacientes quirúrgicos (Incidentes con el equipamiento). Para fortalecer la seguridad en todo paciente sometido a un proceso anestésico se ha implementado la Lista de Chequeo para la Seguridad Anestésica de Usuarios Quirúrgicos, la cual es diligenciada por el anestesiólogo antes de cada intervención, Verificando e inspeccionando para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento:

- Máquina de anestesia
- Equipos de monitoreo
- Materiales, medicamentos, dispositivos médicos.

Confirma también identidad del paciente, sitio operatorio, cambios con relación a la valoración preanestésica, paraclínicos adicionales, consentimiento informado, vía aérea difícil anticipada, vía venosa permeable, profilaxis antibiótica, profilaxis tromboembólica si procede.

Antes de comenzar la intervención y durante todo el procedimiento anestésico se valoran y registran una serie de parámetros fisiológicos: oxigenación, ventilación, circulación, temperatura corporal, función neuromuscular, profundidad de la anestesia, programación y vigilancia de las señales de alarma audibles.

En sala quirúrgica es recibido el paciente por el equipo quirúrgico, inmediatamente se traslada a la mesa quirúrgica se coloca en la posición adecuada para la cirugía, y se da inicio a la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función.

El equipo se detendrá justo antes de la sedación del paciente para confirmar en voz alta que se han realizado los controles de seguridad esenciales:

- Nombre del usuario
- Tipo de intervención que va a realizarse.
- Localización sitio/ lado operatorio si aplica, verificando la marcación.
- Confirmar la esterilidad del instrumental y equipos necesarios, con resultados de los indicadores.
- Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 30 a 60 minutos previos a la cirugía.
- Disponibilidad de instrumental, material de osteosíntesis y/o dispositivos médicos necesarios
- Disponibilidad de sangre y hemoderivados
- Disponibilidad y/o reserva de cama en uci en el caso que sea necesario.
- Infraestructura y tecnología segura (en lo referente a equipos biomédicos funcionando correctamente)
- Estudios de diagnóstico son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de la cirugía. Confirmar verbalmente que las imágenes

esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención.

- El número de personas en el quirófano debe ser máximo 8 personas
  - Instalación de la placa de electrobisturí en sitio correcto.
  - Conteo inicial de elementos como: compresas, agujas, gasas.
  - La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica.
  - El equipo quirúrgico ha 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. De ser encontrada algún tipo de discrepancia durante la pausa, no se dará inicio al procedimiento hasta tanto se aseguren condiciones seguras para el paciente y el equipo quirúrgico.
- 
- Disponibilidad y uso de elementos bioseguridad y protección incluido riesgo ionizante.
  - Una vez realizada la parada de seguridad e iniciado el acto anestésico y el procedimiento quirúrgico es importante tener en cuenta: Los 10 correctos en la administración de medicamentos especialmente los de alto riesgo, preparación de zona operatoria, uso y manejo seguro de muestras histopatológicas, manejo de heridas y drenes.
  - Los controles de seguridad en este momento se realizan antes del cierre quirúrgico, el cirujano, anesthesiólogo, instrumentadora y circulante revisan los eventos intraoperatorios importantes y se verifica:
  - Recuento de compresas, gasas, instrumental, agujas debe coincidir exactamente con el número del conteo inicial, si no concuerda se alertará al equipo quirúrgico para que se tomen las medidas adecuadas realizando una búsqueda exhaustiva.
  - La instrumentadora conjuntamente con la circulante confirman verbalmente que el recuento de compresas, gasas, instrumental ha culminado y está completo para el cierre de la herida.
  - Se confirma el etiquetado de la muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención.
  - El cirujano revisa el plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre medicación y otros aspectos del plan de tratamiento y cuidados del paciente. El anesthesiólogo revisa si añade alguna recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.
  - Lista de chequeo Instrumentación quirúrgica que constituye otro documento de la historia clínica a través del que se verifica la confiabilidad y trazabilidad de la esterilización y otros criterios relacionados con la herida quirúrgica.
  - Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad quirúrgica, en su segundo y tercer momento, el cual se firma y se adjunta a la historia clínica del paciente.

## **RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA:**

El anestesiólogo y circulante, entregan en el servicio de recuperación el usuario y la siguiente información:

- Situación del Paciente: nombre completo, edad y procedimiento realizado.
- Antecedentes: clínicos y los demás que apliquen.
- Valoración / Evaluación: se informa que está ocurriendo o que pasó con el paciente durante el procedimiento, medicamentos administrados, tiempo, estado de la herida y de la piel.
- Recomendaciones: dadas por el médico que realiza el procedimiento y por el anestesiólogo.

La atención al paciente en la etapa postquirúrgica se lleva a efecto, una vez que haya concluido la intervención quirúrgica para ser trasladado por el anestesiólogo, instrumentadora y circulante, de la sala quirúrgica a la sala de recuperación posanestésica, el médico hospitalario y la enfermera del servicio recibe al paciente del cual se entrega la información de los aspectos más relevantes del pre operatorio, transoperatorio, hallazgos, complicaciones (si se presentaron), revisando los principales cuidados de la recuperación y el plan de tratamiento del paciente, realizan valoración y monitorización de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura. En este periodo posanestésico los pacientes son muy vulnerables frente a diversas complicaciones y es necesario controlarlos con importantes cuidados asistenciales y aplicación de barreras de seguridad:

- Lavado de manos según protocolo de la Institución
- Identificación del paciente, Alertas visuales
- Potenciar la seguridad del paciente sometido a anestesia: vigilar la posición
- Doble marcación (Rótulos de identificación del paciente que trae el paciente desde su servicio para colocar en la camilla en Recuperación y en la de transporte para su traslado).
- Aplicación de la escala de ADRETTE (Anestesia general)
- Aplicación escala de BROMAGE (Anestesia regional)
- Revisión de apósitos, heridas, sondas, drenajes, vía venosa.
- Vigilar signos de complicaciones (Shock, hemorragia, alteración de la temperatura)
- Controlar el dolor como parte integral de la calidad de la atención en el post operatorio. (escala Verbal Numérica).
- Administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
- Diligenciamiento de la lista de verificación de aplicación de listas de chequeo de Seguridad Quirúrgica y la lista de chequeo de Seguridad Anestésica.

- La información a los familiares del usuario quirúrgico es realizada por la Enfermera, inmediatamente el usuario es trasladado a sala de Recuperación postanestésica.
- Realizar los registros clínicos correspondientes durante su permanencia en la unidad de recuperación posanestésica.

El paciente es valorado por el anesthesiólogo y/o médico hospitalario para su egreso de la sala de Recuperación Postanestésica a hospitalización o cirugía ambulatoria, con el correspondiente diligenciamiento de la lista de chequeo establecida de egreso y la entrega personalizada del paciente al servicio de hospitalización o cirugía ambulatoria, con una comunicación efectiva para evitar errores y malos entendidos que pueden perjudicar la salud y el bienestar del paciente. Las medidas de seguridad implementadas permiten realizar la transferencia del paciente entre servicios y cambios de turno en forma ordenada y protocolizada, facilitando la comunicación entre el personal evitando la pérdida de información relevante, garantizado la continuidad de los cuidados y mejorando la calidad de la atención al paciente quirúrgico.

#### **FASE IV: CONTROL HOSPITALARIO PACIENTE QUIRÚRGICO**

Se realiza por parte del médico especialista, médico hospitalario y personal de enfermería en los servicios de hospitalización donde se encuentra el paciente a través del monitoreo y la vigilancia continua de parámetros hemodinámicos, su evolución clínica, cumplimiento al plan de tratamiento; lo cual se evidencia en listas de chequeo y registros de historia clínica, a fin de advertir riesgos en el proceso de atención.

#### **INDICADORES DE EVALUACIÓN**



No.	Nombre Indicador	Formula	Meta	Frecuencia Medición
1	% Cumplimiento a la correcta identificación del paciente quirúrgico.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con identificación correcta}}{\text{Total de usuarios quirúrgicos}} * 100$	100%	Mensual
2	% Cumplimiento al diligenciamiento del consentimiento informado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios quirúrgicos con C.I.}}{\text{Total de usuarios registrados en la lista de chequeo}} * 100$	100%	Mensual
3	% Cumplimiento a la manilla roja, riesgo alergias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con manilla roja}}{\text{Total de usuarios quirúrgicos alérgicos}} * 100$	100%	Mensual
4	% Cumplimiento a valoración preanestésica y C.I. anestésico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con valoración P.A. y C.I.}}{\text{Total de usuarios quirúrgicos programados}} * 100$	100%	Mensual
5	% Cumplimiento a lista de chequeo preparación prequirúrgica.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con lista de chequeo prequirúrgico}}{\text{el N}^\circ \text{ total de usuarios quirúrgicos en el periodo}} * 100$	100%	Mensual
6	% Cumplimiento a la aplicación lista de chequeo ingreso de usuario a quirófano. (Primer momento)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con lista de chequeo diligenciada al ingreso}}{\text{el N}^\circ \text{ total de usuarios quirúrgicos en el periodo}} * 100$	100%	Mensual
7		$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios quirúrgicos con}}{\text{Total de usuarios quirúrgicos}} * 100$		

	% Diligenciamiento de la lista chequeo seguridad anestésica	lista de chequeo anestésico/el N° total de usuarios quirúrgicos en el periodo*100	100%	Mensual
8	% cumplimiento a la marcación <del>de</del> operatorio	N° Usuarios quirúrgicos con marcación lado operatorio/el N° total de usuarios quirúrgicos con cirugía en órganos o miembros pares en el periodo*100	100%	Mensual
9	% Cumplimento profilaxis antibiótica	N° Usuarios quirúrgicos con profilaxis antibiótica/Total de usuarios quirúrgicos en el periodo*100	100%	Mensual

## GLOSARIO

**ATENCIÓN SEGURA:** Intervención asistencial que incorpora la mejor evidencia posible en el proceso de toma de decisiones con el propósito de eliminar lesiones accidentales.

**ANESTESIA:** Ausencia de las sensaciones normales, especialmente la sensación para el dolor, inducida mediante una sustancia anestésica, o mediante la hipnosis o mediante resultados de lesiones del tejido nervioso. La anestesia inducida con fines médicos o quirúrgicos puede ser tópica, local, regional o general y se clasifica en función del agente anestésico empleado, del método o procedimiento seguido del área u órgano anestesiado.

**ESTERILIZACIÓN:** Proceso que se realiza para la total destrucción de todos los microorganismos patógenos y no patógenos, incluidas sus formas de resistencia (las esporas).

**ERROR:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

**EVENTO ADVERSO:** Accidente imprevisto e inesperado que causa lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o fallecimiento que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

**EVENTO ADVERSO EVITABLE:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

**PERIOPERATORIO:** Periodo que comprende desde el ingreso en el hospital para someterse a una intervención quirúrgica hasta el alta del paciente.

**INTRAOPERATORIO:** Periodo de tiempo durante la intervención.

**POSTOPERATORIO:** Periodo a partir de que el paciente abandona el quirófano

**PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:** Prevención de complicaciones infecciones usando terapia antimicrobiana (normalmente antibióticos).

**RIESGO:** Posibilidad de ocurrencia de un evento adverso que pueda entorpecer o impedir el normal desarrollo de las funciones y afectar el logro de los objetivos.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodología basadas en evidencias científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de

atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**ESCALA DE ALDRETE:** Describe unos criterios de recuperación postanestésica: Actividad, Respiración, Circulación, Nivel de conciencia, Saturación de oxígeno, para mantener altos estándares de vigilancia y seguridad en la recuperación postanestésica y la detección temprana de complicaciones

## BIBLIOGRAFIA

- Mejorar la seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos, Paquetes Instruccionales, Guía Técnica de Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. MINSALUD.
- Organización Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente. Una alianza mundial para una atención más segura. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas. Ediciones de la OMS. 20 Avenue Appia 1211 Ginebra 27, Suiza. 2009.
- Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. OMS. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Francia. 2008
- Dr. Eduardo B. Arribalzaga y Dr. Pedro A. Ferraina. Revista argentina. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Departamento de cirugía Hospital de la Clínica José de Martín. Buenos Aires Argentina. Vol.1- 2012
- Algieri RD, Ferrante MS, Nowydwor B y col. Implementación de la lista de verificación de la seguridad en quirófano como prevención del riesgo en cirugía. Rev. Hosp Aeronaut Central 2011; 6 (1): 10-16.
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de implementación. Lista de verificación para la seguridad quirúrgica. Organización Mundial de la Salud, (1ra. edición), 2009.
- Castagneto G, Pirchi D, Lyons G, Porto E. Prevención de errores en cirugía: experiencia inicial con la aplicación de un checklist. 80° Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, 2009.
- Ferreres AR. Error en cirugía. Rev Argent Cirug 2009; Nro Extraord: 169-268.
- Haynes AB, Weiser TG et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360: 491-499.
- Helmreich PL, Musson DM. On error management: lessons from aviation. BMJ 2000; 320: 781-785.
- Hodges B, Regehr G and Martin D: Difficulties in recognizing one's own incompetence. Academic Medicine 2001; 76: S87-S89.
- Iribarren C, Arribalzaga EB, Curutchet HP. Error médico en cirugía. Rev Argent Cirug 2003; 85: 124-134.

- Krizek TJ. Surgical error: ethical issues of adverse events. Arch Surg 2000; 135: 1359-1366.
- Lorda PS. Etica y seguridad de los pacientes. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada (España), 2006 Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/articulos/articulo10.pdf> Acceso agosto 29 de 2011.
- Rasmussen J, Jensen A. Mental procedures in real-life tasks: a case study of Electronic-trouble shooting.
- Ergonomics 1974; 17: 293-307.
- República Argentina, Ministerio de Salud. Resolución 28 del 27 de enero de 2012.