

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia**



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.

UNA PERSPECTIVA ENFERMERA

Autora: M^a Ángeles Muley Montesinos

Tutora: Antonia Pérez Galdeano

INDICE

Página

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA	6
4. DESARROLLO	6
4.1. ESTRUCTURA FÍSICA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	6
4.1.2. FACTORES AMBIENTALES	7
4.1.3. CIRCULACIÓN DE PACIENTES, MATERIAL Y PERSONAL	11
4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO PARA DISMINUIR LOS EFECTOS ADVERSOS Y GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	14
5. DISCUSIÓN	18
6. CONCLUSIONES	20
7. BIBLIOGRAFÍA	21
8. ANEXOS	23
8.1. ANEXO I	24
8.2. ANEXO II	25
8.3. ANEXO III	26

RESUMEN

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los efectos adversos que se producen en el contexto de la prestación sanitaria, han llevado a diferentes organismos internacionales, en los últimos años, a reflexionar sobre la seguridad del paciente y sobre la gestión de riesgos sanitarios, a desarrollar recomendaciones y estrategias orientadas a la prevención, detección y mitigación de los sucesos adversos, así como al análisis de sus causas, al aprendizaje de los errores y a la difusión de las lecciones aprendidas.

El presente trabajo titulado “La seguridad del paciente en el bloque quirúrgico. Una perspectiva enfermera”, pretende describir aquellos requisitos o recomendaciones funcionales, estructurales y organizativos del Bloque Quirúrgico que garantizan las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar la intervención quirúrgica ; y por otra parte, analizar las intervenciones de enfermería encaminadas a garantizar la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico y que son fundamentales para contribuir a la disminución de los efectos adversos relacionados con el mismo.

Como metodología, se realizó una revisión de la bibliográfica con una delimitación temporal de los 7 últimos años consultando las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, así como las páginas Web de diferentes organismos e instituciones nacionales (Sistema Nacional de Salud, Sistema Sanitario Público de Andalucía, etc.) e internacionales (OMS, Consejo Europeo, etc.), relacionadas con las recomendaciones y estrategias orientadas a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial.

La revisión de literatura nos ha permitido agrupar recomendaciones y estándares sobre la estructura física, ubicación y factores ambientales del Bloque Quirúrgico directamente relacionados con la seguridad del paciente, así como las intervenciones enfermeras llevadas a cabo durante el proceso quirúrgico encaminadas a la disminución de los efectos adverso, resaltando la importancia de la implantación de herramientas de apoyo como el check- list quirúrgico.

1. INTRODUCCIÓN

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, como así lo han mostrado diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional. Aunque los resultados varían según la metodología utilizada en los diferentes estudios, se puede afirmar que alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren algún efecto adverso (en adelante EA) como consecuencia de la atención sanitaria. Estos estudios muestran también que alrededor del 50% de estos EA podrían evitarse aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos (1).

La ***“Seguridad del Paciente”*** se define como la ***“ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”***. El “nivel mínimo aceptable” se refiere y está relacionado con el estado actual del conocimiento, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no llevar a cabo ese tratamiento o aplicar otra terapia. En el momento actual, la seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva y en el análisis y revisión sistemáticos, a partir de los diferentes sistemas de información y de la comunicación de los incidentes por los profesionales sanitarios (2).

Durante el proceso quirúrgico, la seguridad del paciente, conlleva prácticas seguras por parte de todo el equipo quirúrgico mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, eliminando los evitables y previendo los que hay que asumir de forma inevitable, planteando objetivos alcanzables en todos los niveles de la organización sanitaria, para así disminuir los efectos adversos derivados del mismo. ***Un efecto adverso quirúrgico se define como un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico. Están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica*** (2). El proceso quirúrgico

comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, **desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la recuperación post-operatoria**, en un entorno adecuado de información, confort y seguridad (3).

Parte del proceso quirúrgico se lleva a cabo en el Bloque Quirúrgico que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos, por parte del equipo multiprofesional que ofrece asistencia multidisciplinar, que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica (10).

En España la prevención y control de los efectos adversos quirúrgicos se basa en una estrategia combinada, utilizando la coordinación nacional (Ministerio de Sanidad y Política Social) e internacional (Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente) y centrándose en las actuaciones locales, aplicadas por los Servicios de Salud regionales. El objetivo final es cambiar conductas y avanzar hacia una cultura generadora de ideas, en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica, con implantación transversal en las organizaciones sanitarias (2).

El impacto que los daños asociados a la atención sanitaria tienen para los pacientes y para la sociedad, fue puesto de manifiesto en el informe publicado en el año 1991 por el Instituto Americano de Medicina “errar es humano”. Este informe fue decisivo para situar la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias de los países desarrollados y de diversas organizaciones internacionales, entre las que especialmente destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, la Comisión Europea y diversas agencias e instituciones académicas. Estas instituciones han venido desarrollando estrategias, planes, acciones y medidas legislativas con el fin de controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (6).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), en su papel de garantizar la calidad de los servicios sanitarios que la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad le otorga (7), ha incluido la seguridad de los pacientes como una de las estrategias destacadas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (8). La Estrategia en seguridad del paciente viene desarrollándose desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), respetando y complementando las acciones que cada una de ellas desarrolla en el ejercicio de sus competencias.

Mediante la Resolución 55.18 (2002) dictada con motivo de la 55^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios, instando a los Estados Miembros a prestar una atención lo más cercana posible a la seguridad del paciente y a crear sistemas basados en la evidencia científica, para mejorar la seguridad y la calidad de atención. Bajo el lema: "Primero no hacer daño", en octubre del 2004 nace la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Alliance for Patient Safety), cuya finalidad es la de actuar como instrumento de intercambio de experiencias y facilitar el desarrollo e implementación de estrategias centradas en políticas de seguridad. Entre sus objetivos figuran: disminuir la duplicación de actividades e inversiones, apoyar iniciativas colectivas, servir de vehículo para compartir conocimientos y recursos, etc. El trabajo de la Alianza se desarrolla a través del lanzamiento de diversos programas y Retos Globales que apoyan iniciativas concretas sobre seguridad del paciente. El **primer gran Reto Global: "una atención limpia es una atención segura"**, abordó un aspecto clave del riesgo de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales. En junio de 2008 la OMS lanzó su **segundo gran Reto Global** sobre seguridad del paciente: **"la cirugía segura salva vidas"**, (Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives), con el objetivo general de mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes. A partir de la constatación de que un 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas pueden presentar complicaciones, de que cada año ocurren 7 millones de complicaciones incapacitantes y de que entre un 0.5-5% de los pacientes mueren tras cirugía y

ocurren 1 millón de muertes al año en todo el mundo, la OMS considera a la práctica de la cirugía como un asunto de salud pública y promueve establecer una serie de estándares mínimos, que pueden ser aplicados universalmente, definiendo un **“entorno de seguridad en el proceso quirúrgico”**, que se concreta en la difusión y aplicación de un “check-list” o listado de verificación quirúrgica (10).

Prácticamente todos los Servicios Regionales de Salud que conforman el SNS español están llevando a cabo diferentes iniciativas relacionadas con la seguridad quirúrgica de los pacientes. Aunque no en su totalidad, la difusión del check-list o lista de verificación quirúrgica promovida por la OMS se encuentra ampliamente extendida e implantada en muchos hospitales del sistema sanitario (1).

En el presente trabajo nos centraremos por una parte, en aquellos requisitos o recomendaciones funcionales, estructurales y organizativos del Bloque Quirúrgico que garantizan las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar la intervención quirúrgica; y por otra, en aquellas intervenciones enfermeras que son imprescindibles para proporcionar unos cuidados de calidad y que garantizan la seguridad del paciente a lo largo del proceso quirúrgico.

2. OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

- Conocer las recomendaciones, estándares y estrategias que recogen los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud que están orientados a la prevención, detección y disminución de los efectos adversos que pueden presentarse durante el proceso quirúrgico.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características funcionales y estructurales del Bloque Quirúrgico directamente relacionadas con la seguridad del paciente.
- Analizar las intervenciones que los profesionales de enfermería llevan a cabo para garantizar la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento

quirúrgico, fundamentales para contribuir a la disminución de los efectos adversos relacionados con el mismo.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos de Ciencias de la Salud tales como CUIDEN, Cochrane Plus, Pubmed, Elsevier, Cinhal, Medline, IME biomédica, etc., y Multidisciplinares como CSIC, ISI web of knowledge, Scopus, Dialnet, así como las páginas Web de diferentes organismos e instituciones nacionales (Sistema Nacional de Salud, Sistema Sanitario Público de Andalucía, etc.) e internacionales (OMS, Consejo Europeo, etc.), relacionadas con las recomendaciones y estrategias orientadas a la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Como criterios de inclusión se ha tenido en cuenta que las fuentes analizadas no superen el rango temporal de 7 años y que recojan evidencias científicas. Palabras claves: calidad asistencial, seguridad del paciente, seguridad del paciente quirúrgico, intervenciones de enfermería en quirófano, listado de verificación quirúrgica.

4. DESARROLLO

4.1. ESTRUCTURA FÍSICA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La estructura y diseño del Bloque Quirúrgico puede ser múltiple, dependiendo de unas instituciones a otras, aunque la finalidad en todas sea la misma: conseguir la seguridad del paciente y la eficiencia en el trabajo (4).

4.1.1. UBICACIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

La ubicación de cada BQ en relación con el diseño global del hospital se encuentra relacionada con las características funcionales de la actividad quirúrgica en cada caso (incorporación de la unidad de CMA-Cirugía Mayor Ambulatoria) al bloque general o existencia de una CMA autónoma, así como del programa funcional del resto de las unidades asistenciales del hospital. Un aspecto importante de los cambios en la actividad quirúrgica deriva de los cambios demográficos, habiendo

aumentado la edad media de los pacientes intervenidos en la unidad, lo que implica nuevas situaciones en cuanto a seguridad del paciente, ya que la frecuentación quirúrgica (intervenciones por 1.000 habitantes y año), en sus distintas modalidades: programada con hospitalización, programada con CMA y urgente, se ha incrementado en España de manera importante durante las dos últimas décadas, con el consiguiente impacto sobre los recursos necesarios, que asimismo se han visto afectados por el desarrollo progresivo de la CMA que aún dispone de un gran potencial de crecimiento.

Sin embargo, lo que no está sujeto a cambios actualmente con respecto a la ubicación del BQ, por su importancia en la seguridad del paciente y por el rendimiento funcional de la unidad, es la proximidad espacial y con sistemas de comunicación específicos para la circulación interna del hospital, del BQ con la unidad o unidades de cuidados críticos (preferentemente en el mismo nivel), urgencias, unidades de hospitalización, anatomía patológica y análisis clínicos (mediante sistemas de transporte mediante tubo neumático), esterilización, y suministros y en su caso con otras unidades (neurofisiología, docencia...) cuyo enlace se resuelve mediante las tecnologías de la comunicación (10).

4.1.2. FACTORES AMBIENTALES

En relación con los *factores ambientales*, los elementos más relevantes son: **calidad del aire y ventilación, limpieza del quirófano, limpieza del equipamiento y limpieza de la ropa** (10).

- **La calidad del aire:**

El aire del quirófano puede contener microorganismos, polvo, aerosoles, células del epitelio escamoso y gotas microscópicas procedentes de la respiración. La carga microbiana del aire del quirófano es directamente proporcional al número de personas que circulan por el mismo. Algún estudio ha mostrado menores tasas de infección por estafilococos coagulasa negativos cuando se limitó el tráfico de personas por el quirófano durante la intervención, por lo que se recomienda que sea limitado en lo posible (10).

- **Ventilación, humedad y temperatura**

Se requieren **condiciones óptimas de ventilación, humedad y temperatura** para la comodidad del personal, pero también para evitar condiciones medioambientales que faciliten el crecimiento y la transmisión de microorganismos.

La ventilación interviene de forma directa en el mantenimiento de la asepsia¹ y previene de la acumulación de gases anestésicos. Lo habitual es encontrar un sistema de ventilación autónomo para los quirófanos, que realiza unas 12-20 renovaciones por hora, sin recirculación de aire (lo toma 100% del exterior) o con sistema de recirculación, el cual ha de renovarse al menos tres veces con el aire exterior. El aire introducido se filtra en 3 niveles: prefiltro, filtro de alta eficacia (HEPA) y filtro absoluto. A través de los conductos de chapa, se hace circular el aire desde las rejillas situadas a nivel del techo, para salir por otras cercanas al suelo, sin crear turbulencias. Este diseño permite que el aire se mueva de las zonas más limpias a las más contaminadas, siendo importante respetar este sistema de presión positiva con respecto a los pasillos y áreas adyacentes para no invertir el sentido (presurización) (4).

La utilización de flujo laminar de aire como medida adyuvante para reducir el riesgo de infección nosocomial, sin embargo no se ha podido mostrar su utilidad, así como tampoco la del uso de luz ultravioleta (10).

La Temperatura de quirófano debe permanecer entre 20 y 24°C y la humedad relativa entre el 45 y 55 % según UNE 100713. En quirófanos de altas prestaciones (quirófano tipo A) hay determinadas intervenciones cardíacas donde la temperatura debe poder descender hasta 17°. El Servicio de Mantenimiento es el que regula este parámetro, normalmente (4).

La Humedad relativa de un 50-60% es la recomendada y es controlada a nivel centralizado. Valores menores favorecen una mayor concentración de bacterias en el polvo del espacio quirúrgico y aumentan el riesgo de acumulación de electricidad estática; valores mayores pueden humedecer el material estéril, contaminándolo y fomentando el crecimiento fúngico (4).

- **Limpieza del quirófano:**

¹Sin embargo, la esterilización del instrumental y evitar la contaminación aérea del mismo son necesidades de la cirugía moderna incluso en intervenciones intestinales.

El quirófano debe ser uno de los espacios más limpios, si no el más limpio de todos los locales de una instalación sanitaria, siendo considerado el BQ como una de las áreas de muy alto riesgo. **El CDC (*Centre for Disease Control*) recomienda que se realice una limpieza integral del quirófano cada 24 horas, incluso si el quirófano no ha sido usado en ese tiempo** (10). Esa limpieza completa puede ayudar a disminuir los microorganismos y los riesgos de contaminación por bacterias que son resistentes a los antibióticos, y puede ayudar a controlar la extensión de las infecciones a los pacientes. Esa limpieza integral debe realizarse en las salas de los quirófanos, zona de lavado de manos y locales de apoyo asociados al quirófano.

Se debe limpiar el siguiente equipamiento instalado en el quirófano:

- ✓ Lámparas quirúrgicas.
- ✓ Todo el mobiliario.
- ✓ Equipamiento médico.
- ✓ Manillas de puertas.
- ✓ Rejillas de ventilación.
- ✓ Superficies horizontales.
- ✓ Suelo completo.
- ✓ Lavabos de manos.

Debe realizarse para cada quirófano un listado de elementos a limpiar de manera completa, estableciendo un protocolo específico de la limpieza de este local (10).

- **Limpieza del equipamiento:**

El instrumental y suministros quirúrgicos (endoscopias, broncoscopias, etc.), si no están apropiadamente limpios, desinfectados y/o esterilizados pueden transmitir infecciones de paciente a paciente, o de paciente a personal, o de personal a paciente.

Por ello, hoy es necesario en nuestros hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención. No debemos olvidar que el control y erradicación de las infecciones nosocomiales como elemento clave e imprescindible se inicia con la **limpieza, desinfección y esterilización** ya que la ruptura en cualquiera de estos procesos constituye un factor de riesgo para la salud del paciente y personal; por tanto, el profesional de enfermería de quirófano, como principal responsable del mismo, debe conocer el tratamiento más adecuado para cada material, teniendo en cuenta en todo momento su eficacia, coste y rapidez(11).

Existen **cuatro tipos de limpieza** que pueden servir para eliminar la suciedad y agentes patógenos del equipamiento médico. Son los siguientes:

1. **Limpieza.** La eliminación del polvo visible, residuos o cualquier otro material visible, que pueden servir a los microorganismos para vivir y crecer. El lavado con agua caliente y detergente, generalmente es suficiente para este tipo de limpieza.
2. **Descontaminación.** Elimina los organismos que producen enfermedades y hace que el uso del equipo sea seguro.
3. **Desinfección.** Destruye la mayoría de los organismos que producen enfermedades pero no las formas esporuladas. Existen tres niveles de desinfección: a) Alto. Destruye todos los organismos excepto esporas bacterianas. b) Medio. Destruye la mayoría de las bacterias y virus, excepto Micobacterias. c) Bajo. Destruye algunos virus y bacterias.
4. **Esterilización.** Destruye toda forma de vida microbiana, incluyendo bacterias, virus, esporas y hongos. Existen diversas técnicas como el óxido de etileno, ozono, vapor, plasma, etc.

El material reutilizable de uso estéril debe seguir un procedimiento de esterilización, etiquetado y registros de seguimiento, preferentemente informatizados, mediante un sistema para el procesamiento de instrumental (SPDI) según normativa para producto estéril, garantizando su esterilidad, que pueda registrarse junto al proceso del usuario, relacionando finalmente la trazabilidad del proceso asistencial y del SPDI.(13)

- **Limpieza de la ropa:**

Para eliminar microorganismos patógenos de la ropa sucia se recomienda el lavado durante un mínimo de 25 minutos a 60 ° C con lejía. Cuando se almacena ropa limpia y suministros, se recomienda que se mantenga al menos a 15 centímetros del suelo, incluso estando cerrados en bolsa del plástico.

Existirá un protocolo de limpieza que atienda a sus especificidades cuya ejecución formará parte del control de calidad de Medicina Preventiva.

4.1.3. CIRCULACIÓN DE PACIENTES, MATERIAL Y PERSONAL

Las normas de circulación en el BQ pretenden minimizar el riesgo de infecciones en el bloque quirúrgico, siendo éste una de las causas más frecuente de efectos adversos en la atención sanitaria (2). Lo más importante es que el diseño y la localización del BQ permitan una movilidad y circulación adecuadas dentro del mismo y que esté perfectamente regulada, tanto para las personas como para los suministros de material necesarios.

Las consideraciones de seguridad microbiológica han predominado en el diseño y gestión del BQ. El requisito de un pasillo *limpio* y otro *sucio*, fundamentados sobre teorías sin evidencia científica, han predominado sobre el diseño de esta unidad. **En la actualidad se considera que la existencia de pasillos *limpio* y *sucio* separados no debe ser, en sí mismo, un requisito².** Los diseños con un único pasillo de circulación para los distintos tráfico de la unidad (pacientes, personal, material estéril y material usado) son soluciones contrastadas y con altos índices de satisfacción, que no fomentan errores o ambigüedades de funcionamiento, aunque requieren una formación y una disciplina del personal de la unidad, exigibles para cualquier otro diseño. Podemos decir que la regulación del movimiento del personal dentro del bloque no debe descansar sobre el sistema de doble pasillo. Sin embargo, en este contexto no se debe menospreciar como criterio de funcionamiento en el BQ el evitar el paso tanto de personal como de material desde zonas sucias a limpias, por lo tanto:

-Las personas, cuando se mueven, son las principales fuentes de microorganismos, por lo que se reduce la carga bacteriana disminuyendo el número de personas y sus movimientos, así como asegurando un adecuado flujo y renovación de aire.

-La contaminación aérea es alta en los momentos de entrada y salida del paciente, por lo que no se deben manipular las cajas estériles en esos momentos.

²Estos requisitos están contemplados en algunas de las regulaciones de las comunidades autónomas para la autorización de la apertura de establecimientos sanitarios.

-Los carros estériles deben prepararse en un local adyacente al quirófano, con acceso directo y las puertas de esta zona de preparación de carros deben permanecer cerradas hasta la entrada del siguiente paciente³.

Las zonas de acceso al BQ contribuyen a favorecer la asepsia en el quirófano, además de establecer unas condiciones de seguridad que minimizan los riesgos potenciales que podemos encontrar en esta unidad. Por las restricciones a su acceso, se pueden definir cuatro zonas dentro del BQ:

1. Zonas de acceso general o Área sin restricciones:

No tiene restricciones para las personas admitidas al BQ. Incluyen: zona de recepción de pacientes, áreas administrativas de la unidad, vestuario y aseos de personal sanitario y sala de descanso de personal. Permite el acceso en ropa de calle. Suele ser un pasillo que comunica con los vestuarios o con algún punto de control. Queda separado de la circulación principal del hospital y de los ascensores generales, así como de las otras áreas quirúrgicas.

2. Zonas de acceso limitado o Área semirrestringida:

Solo se admiten a las personas que necesitan llegar a las zonas de acceso restringido o a las zonas operatorias. Incluye: almacenes, Unidad de Reanimación Post-anestésica así como pasillos de acceso a quirófanos y salas de servicio. Exige indumentaria quirúrgica y gorro para evitar la diseminación de microorganismos, por lo que el paso está limitado a personal autorizado.

3. Zonas de acceso restringido o Área restringida:

Solo se admiten a las personas que necesitan llegar a la zona operatoria. Deben ser adecuadamente autorizadas (zona de lavado quirúrgico; pre anestesia; limpieza). . En esta zona las personas deben ir vestidas con uniforme del quirófano, con gorro, mascarilla y calzas/calzado propio del BQ.

4. Zonas operatorias:

Quirófano y zona de preparación de carros estériles. En estas zonas las personas deben ir vestidas con uniforme del quirófano, con gorro, mascarilla y calzas/calzado.

³La preparación de la mesa quirúrgica se realiza en el quirófano cuando el paciente está anestesiado.

El equipo quirúrgico tendrá en cuenta que los **elementos de tráfico a segregar y la circulación dentro del BQ**, con independencia al sistema de pasillos,⁴ son:

➤ **Paciente:**

Puede venir de su domicilio, bien para ingresar tras la cirugía o bien para que se le realice una cirugía sin ingreso. Tendrá acceso a un vestuario donde se vestirá con la ropa que el Centro tenga protocolizada y gorro. Correctamente vestido el paciente pasará a la zona restringida, a la zona operatoria y una vez finalizada la intervención quirúrgica se trasladará a URPA como paso previo a hospitalización, directamente a hospitalización o a la zona de CMA para control postoperatorio y posterior alta domiciliaria.

➤ **Personal:**

A través del vestuario y para acceder al BQ deberá respetar las normas expuestas de uniformidad. La salida del BQ deberá realizarse tras la retirada del uniforme en el vestuario. Volver a entrar en el BQ tras la salida del mismo obliga a desde el vestuario, volver a uniformarse según las normas expuestas.

➤ **Suministros:**

-*Hemoderivados, fármacos, material fungible, lencería, implantes y otro material interno*, accederá por una entrada definida y posteriormente con un carro interno, se procederá a su ubicación.

- *Elementos externos que presenten entrada circunstancial* (Ecocardio, endoscopio/broncoscopio, etc...): accederán por una entrada definida y se distribuirán con el carro interno o en el propio, previa limpieza. La circulación de este tipo de material debe minimizarse.

- *El material estéril propio*: se recomienda una vía de acceso independiente a ser posible y que la preparación de los carros de distribución se haga en la zona restringida o en quirófano. Los carros de distribución de dicho material no deben salir del área quirúrgica.

-*Evacuación del material quirúrgico utilizado*: Si se tiene un pasillo sucio, dicho material debe ser evacuado por él, y trasladado posteriormente a la Central de

⁴El sistema de pasillos debe facilitar una circulación sencilla y económica. De todas las posibilidades, un sistema de pasillo único es generalmente la solución más simple y económica.

Esterilización a través de un sistema propio que evite el cruce con el material estéril. Si no se dispone de pasillo sucio, el material debe ser trasladado en containers cerrados hasta la Central de Esterilización. Es altamente recomendable que la Central de Esterilización tenga acceso directo al BQ y si es posible tenga circuitos diferenciados para material estéril y sucio (10).

➤ **Residuos:**

Deberá realizarse en bolsas cerradas a través de un circuito predeterminado. Es recomendable para ello disponer de zona sucia y montacargas u otros sistemas dedicados a la evacuación de residuos y ropa sucia

Los centros tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación. A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal del BQ General (10).

En el BQ se precisa un gran volumen de recursos materiales reutilizables y fungibles. Es esencial para la seguridad del paciente y la calidad asistencial la coordinación entre el BQ y el servicio de suministros mediante protocolos y circuitos, preferiblemente informatizados que garanticen el stock de material minimizando el tiempo de gestión para el aprovisionamiento de los mismos (3).

4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO PARA DISMUNUIR LOS EFECTOS ADVERSOS Y GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para desarrollar las actividades asistenciales en el BQ es imprescindible que los profesionales de enfermería quirúrgica conozcan con detalle las 3 fases del proceso perioperatorio:

➔ **Preoperatorio:** comienza cuando el cirujano toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. Esta fase termina cuando el paciente se traslada al área de quirófanos.

- ➔ **Intraoperatorio:** empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente-enfermera. Esta etapa finaliza cuando se traslada al paciente a la URPA o a la CMA.
- ➔ **Postoperatorio:** se inicia con la admisión del paciente en la URPA o en la CMA y finaliza cuando el facultativo suspende la vigilancia, bien para su traslado a la unidad de hospitalización correspondiente o para el alta hospitalaria. Las enfermeras deben cerciorarse de que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se ejecutan de forma correcta; así los indicadores del buen resultado del proceso perioperatorio, que serían la satisfacción de todas las necesidades del paciente y el logro de los resultados esperados se cumplen. (4,10)

Las intervenciones de enfermería quirúrgica quedan resumidas en las siguientes tareas:

- Aplica, desarrolla y adapta el plan de cuidados al paciente, siguiendo los principios básicos de higiene, asepsia y esterilización, así como los de seguridad inherente al entorno y al proceso quirúrgico.
- Realiza y documenta todas las actividades de cuidados, mediante la aplicación sistemática de protocolos, y evalúa los resultados.

Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico por parte de enfermería se disponen de dos medios fundamentales: *a) Formación de los profesionales* y *b) La estandarización de los procesos a aplicar*(4).

El personal de enfermería junto con los cirujanos y anestesiólogos coordinan la actividad quirúrgica y deben **conocer con suficiente antelación el parte quirúrgico** diario para:

- Realizar visitas de enfermería preoperatorias y conocer al paciente valorando cuáles son sus necesidades y el tipo de intervención que se va a realizar y planificar los cuidados necesarios.

- Preparar el quirófano: comprobación del aparataje y del equipo accesorio, preparación de medicamentos y de material fungible y no fungible, preparación específica para la intervención.
- Comprobar los datos del paciente a su llegada al antequirófano.
- Apoyar psicológicamente al paciente mediante la escucha activa, la comunicación verbal y no verbal y la empatía.

Una vez que el quirófano está preparado, el paciente debidamente identificado y valorado, la documentación clínica comprobada, éste puede ser trasladado a su interior donde el personal de enfermería realizará:

- La transferencia del paciente a la mesa de operaciones con la ayuda del resto de equipo quirúrgico.
- La monitorización y colaboración en la anestesia.
- La colocación del paciente en función de la intervención.
- Técnicas invasivas o no invasivas (sondajes, colocación de la placa de bisturí eléctrico, etc.).
- La preparación de la piel.
- La colocación de los campos quirúrgicos, colaborando con los cirujanos.
- La identificación y manejo de las muestras biológicas intraoperatorias para su posterior análisis clínico, y segregará y procesará el material susceptible de reimplantación. Existirá un sistema de registro que facilite la información y el control sobre el material relevante que requiera cada paciente en su proceso. Debe garantizarse el seguimiento del material estéril.
- El registro de la documentación de enfermería.
- El recuento del número de gasas, compresas y agujas que tiene que efectuarse en varias ocasiones durante la intervención quirúrgica.

Una vez terminada la intervención quirúrgica:

- Comprobará la presencia de la totalidad del material quirúrgico empleado y controlará el procesamiento del material reutilizable, garantizando su esterilidad y trazabilidad.
- Realizará la transferencia del paciente a la camilla o a la cama de hospitalización para su posterior traslado a la unidad correspondiente (URPA, CMA).

Una vez que el paciente ha sido ingresado en la URPA y se ha evaluado su situación inicial, se deberá controlar el proceso de "recuperación" de sus funciones vitales, incluyendo el nivel de consciencia como exponente de la reversión de los efectos anestésicos. Para ello, y durante toda su estancia en la unidad, los pacientes permanecerán monitorizados (SpO₂, frecuencia y ritmo cardíacos, presión arterial y temperatura).

La necesidad de mejorar la calidad del periodo post-anestésico reduciendo los efectos adversos post-operatorios, de estandarizar los protocolos de monitorización de la recuperación post-operatoria y de establecer unos criterios para el alta de la URPA, hizo pensar en instaurar parámetros con dicho fin. Uno de los test más aceptados es el test de Aldrete, diseñado por JA Aldrete en los años 70 y revisado por él mismo en 1995. En dicho test se recogen los parámetros básicos que se deben contemplar en el periodo post-anestésico: la actividad, la respiración, la circulación, la consciencia y el color. Esta valoración se considera, hoy por hoy, como el patrón básico para establecer un marco de seguridad en el seguimiento y, lo que resulta más importante, en el alta de un paciente de la Unidad de Recuperación Postanestésica (10) (ANEXO I).

El trabajar con procesos definidos y con evaluación continua del cumplimiento de los mismos, es una garantía de seguridad. Existen herramientas de ayuda que pretenden mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables:

➔ **El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica o "Check-list"** se enmarca en el ya citado Reto Mundial "La Cirugía Segura Salva Vidas", de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la OMS. Aceptado ya como parte de las rutinas de práctica en la mayor parte de los servicios quirúrgicos, se trata de examinar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en el proceso quirúrgico normal que se desarrolla en cada centro. (9)

La iniciativa se concentra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales:

1. **Cirugía limpia:** mediante el lavado de manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida quirúrgica y descontaminación del material.
2. **Anestesia segura:** A través de la presencia de un anestesista entrenado, pulsioximetría y monitorización adecuada de la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura.
3. **Equipos quirúrgicos adecuados y profesionales seguros:** personal entrenado, identificación inequívoca del paciente y lugar correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, consentimiento informado, disponibilidad de equipamiento e instrumental.
4. **Garantizar la calidad:** implantar medidas y mecanismos que aseguren la calidad mediante revisión del seguimiento de las complicaciones y revisiones por expertos.

Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial asegura poder disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y así mismo disponer de una capacidad de mejora continua. (9)

➔ **La constitución de Unidades de Gestión de Riesgos clínicos** para el análisis y evaluación de los efectos adversos relacionados con la asistencia o el desarrollo de sistemas estandarizados para la notificación de incidentes, son algunas otras medidas que se están poniendo en marcha en diferentes lugares, como parte de la creación de esa deseable “cultura de seguridad” que debe ser una seña de identidad de los sistemas sanitarios que aspiran a la calidad y la excelencia

5. DISCUSIÓN

La lista de lo que puede ir mal durante una intervención quirúrgica es larga, por ejemplo, cuerpo extraño olvidado, cirugía del sitio incorrecto, piezas de patología sin marcar, errores de medicación o transfusión son sólo algunos de los riesgos prevenibles asociados con la cirugía. Los eventos adversos, como hemos podido comprobar en la revisión de la bibliografía, son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad, y los daños producidos por errores quirúrgicos tienen una gran repercusión económica y para la sociedad y de

eso no hay duda. La guía de estándares y recomendaciones para el bloque quirúrgico que editó en 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España, se considera un excelente recurso para la enfermería de quirófano ya que abarca aspectos como la seguridad del paciente, sus derechos y garantías, la organización y gestión del bloque quirúrgico, instalaciones y recursos. Además, describe, en una serie de anexos, protocolos y procesos de gran importancia, como son los relacionados con la prevención de infecciones o la lista de verificación quirúrgica. Esta última (el famoso check list) tiene unos beneficios ampliamente comprobados. La revisión bibliográfica resalta, en la atención perioperatoria, el estrecho vínculo entre la comunicación y seguridad. La deficiente comunicación y el trabajo en equipo son factores dentro de una organización que debería estar dirigida a llevar a cabo un programa efectivo de seguridad. Desde la reflexión y análisis del trabajo expuesto se puede comprobar como los pequeños gestos pueden reportar grandes beneficios, pero en la práctica diaria seguimos con viejas prácticas sin evidencia científica. Y es que la transferencia es un paso imprescindible para que avancemos en calidad y seguridad sanitaria. Todos estamos de acuerdo en que debemos estandarizar los cuidados, protocolizar los procedimientos etc..., además sabemos que lo mejor es hacerlo en base a las mejores pruebas científicas disponibles, es decir, basándonos en evidencias, pero ¿lo hacemos? O mejor aún ¿los aplicamos? El profesional enfermero como cualquier profesional sanitario para realizar prácticas seguras y de calidad debe aplicar en sus cuidados la mejor evidencia hasta el momento y es su responsabilidad preocuparse por ello.

Los profesionales de enfermería deben conocer la estructura y funcionamiento del Bloque Quirúrgico para llevar a cabo prácticas sanitarias seguras que garanticen la seguridad del paciente quirúrgico. Para ello se hace imprescindible recoger normas generales de actuación que sirvan de guía a los profesionales de enfermería para conseguir que las intervenciones quirúrgicas sigan unas pautas de trabajo normalizadas que disminuyan la variabilidad existente en la actualidad y la mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta también las expectativas tanto de los profesionales como de los usuarios.

6. CONCLUSIONES

La *seguridad del paciente* es un problema grave de salud pública en todo el mundo y el conocimiento y la sensibilización sobre el tema por parte de los profesionales facilitará prevenir lo fácilmente evitable, no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo, y hacer más improbable lo difícilmente evitable. Para ello es necesario:

- ***Seguir investigando*** acerca de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención de los eventos adversos prioritarios por su frecuencia o impacto.
- ***Crear prioritariamente grupos multidisciplinarios en el BQ***, que trabajen sobre el mapa de riesgo (AnexoII) y elaboren planes de mejora para la seguridad en el paciente quirúrgico.
- Que ***la gestión del riesgo en el BQ***, sea supervisada y coordinada por un grupo de gestión del propio BQ, presidido por un facultativo "senior" y con una representación multidisciplinar, que debe reunirse periódicamente. El proceso de gestión del riesgo debe estar por escrito, incluyendo los eventos centinela de obligado conocimiento y revisión.
- ***Que los pacientes tengan un papel activo*** en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados.
- ***Experiencia y especialización del equipo quirúrgico.***
- ***Estrategias basadas en promover el trabajo en equipo y la estandarización.***

Por otra parte, es imprescindible que los profesionales de enfermería del BQ conozcan y apliquen normas generales de actuación que disminuyan la variabilidad existente en la actualidad y contribuyan a la mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta también las expectativas tanto de los profesionales como de los usuarios.

Quizás, y como se propone en la bibliografía consultada, tenemos que seguir trabajando en la creación de una cultura de seguridad en nuestro entorno sanitario. Es necesario continuar con la formación en materia de seguridad para conseguir que las medidas que se proponen e implantan no se queden en meros caprichos de los gestores, y los profesionales tomen conciencia de la necesidad de incorporar de forma natural ciertas modificaciones o adoptar nuevas medidas a su práctica para que sea más segura y así aumente la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sns_2005_2011.pdf
- (2) Gutierrez R. Fernández J. La Seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Revista CONAMED, vol.15, núm. 4; 2010 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393439>
- (3) Castillo J., Puerta J., Martínez R., Narbona B., Moleón M., Herrera A., Proceso de soporte. Bloque Quirúrgico. Consejería de Salud. Sevilla; 2004; [acceso 12 de mayo de 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/bloque_quirurgico_v2?perfil=org
- (4)García M.A., Hernández V., Raúl Montero A, Raquel Ranz G. Enfermería de Quirófano.1ªed.Madrid: (DAE, S.L.); 2005
- (5) Consejería de Salud. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2010; [acceso 9 de enero 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf
- (6) Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. [acceso 12 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/en/>

- (7) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29 de mayo de 2003). Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf
- (8) Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [acceso 10 Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- (9) Aibar C., Aranaz J., Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/contenidos/unidad1.html>
- (10) Grupo de expertos. Bloque quirúrgico. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009; [acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
- (11) Protocolos de Enfermería en Esterilización. Chare del Toyo. Enfermería del Bloque Quirúrgico. Documento en papel.
- (12). Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1. Informe técnico definitivo, enero de 2009. Geneva: World Health Organization; 2009 [acceso 14 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- (13) Eduardo Briones. Lo que empezamos a saber sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar la seguridad de los pacientes. Sevilla; 2010. [acceso 12 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206893888&DocumentID=GCS4>

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I

PROTOCOLO DE CUIDADOS Y TOMA DE CONSTANTES
--

TEST DE ALDRETE

- En la primera hora de estancia:
 - Test de Aldrete. Toma de constantes vitales (SpO₂, FC, TA y temperatura cutánea al ingreso y cada 15 minutos).
- En la segunda hora de estancia:
 - Test de Aldrete. Toma de constantes vitales (SpO₂, FC, TA y temperatura cutánea cada 30 minutos).
- En la tercera hora y siguientes:
 - Test de Aldrete. Toma de constantes vitales (SpO₂, FC, TA y temperatura cutánea cada 60 minutos).

Modalidad	Puntos	Criterio
Actividad	2	Mueve las 4 extremidades.
	1	Mueve dos extremidades.
	0	No mueve las extremidades.
Respiración	2	Respira y tose normalmente.
	1	Disnea o respiración limitada.
	0	Apnea.
Circulación	2	T.A. \pm 20% nivel preanestésico.
	1	T.A. \pm 20-50% nivel preanestésico.
	0	T.A. \pm 50% nivel preanestésico.
Saturación	2	SpO ₂ > 92% con aire ambiente.
	1	Necesario O ₂ suplementario para mantener SpO ₂ > 90% .
	0	SpO ₂ < 92% con O ₂ suplement
Consciencia	2	Completamente despierto.
	1	Despierta al llamarlo.
	0	No responde.

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (Borrador avanzado)

ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
<p>ANTES DE LA INDICACIÓN ANESTÉSICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> PACIENTE CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDAD • SITIO QUIRÚRGICO • PROCEDIMIENTO • CONSENTIMIENTO INFORMADO <input type="radio"/> LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA MARCADINO APLICA <input type="radio"/> CONTROL DE SEGURIDAD ANESTÉSICA COMPLETADO <input type="radio"/> PULSOXÍMETRO EN EL PACIENTE, EN FUNCIONAMIENTO <p>¿TIENE EL PACIENTE?</p> <p>¿ALERGIAS CONOCIDAS?</p> <p><input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ</p> <p>¿DIFICULTAD EN LA VÍA AEREA/ RIESGO DE ASPIRACIÓN?</p> <p><input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ / Y HAY EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE</p> <p>¿RIESGO DE PERDIDA DE > 500 ML DE SANGRE (7 ML/KG EN NIÑOS)?</p> <p><input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ / Y SE ESTABLECE ACCESO IV ADECUADO / FLUIDOS PREVISITOS</p>	<p>ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE PRESENTAN POR SU NOMBRE Y PUESTO <input type="radio"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE • SITIO QUIRÚRGICO • PROCEDIMIENTO <p>PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> EL CIRUJANO REVISAR POSIBLES PASOS CRÍTICOS O INSUPERABLES QUE PUEDAN PRESENTARSE DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN? PREVISIÓN DE PERDIDA DE SANGRE? <input type="radio"/> EL/LA ANESTESISTA REVISAR SI HAY ALGUNA PREOCUPACIÓN ESPECÍFICA RESPECTO AL PACIENTE. <input type="radio"/> LA ENFERMERA REVISAR LOS INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN, ASPECTOS DEL MATERIAL Y LOS EQUIPOS Y CUALQUIER OTRA PREOCUPACIÓN. <input type="radio"/> ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO APLICA <p>¿VISUALIZACIÓN DE LAS IMÁGENES ESENCIALES?</p> <p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO APLICA</p>	<p>ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE EL CIRUJANO</p> <p>LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE REGISTRA. <input type="radio"/> CONTACTO DE GASAS, AGUJAS E INSTRUMENTAL CORRECTO. <input type="radio"/> IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS (INCLUYENDO NOMBRE DEL PACIENTE). <input type="radio"/> SI EXISTE ALGÚN PROBLEMA QUE ABORDAR EN RELACION CON EL MATERIAL O LOS EQUIPOS. <input type="radio"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERA REVISAN LAS PREOCUPACIONES CLAVE EN LA RECUPERACIÓN Y ATENCIÓN DE ESTE PACIENTE.

Este listado no pretende ser exhaustivo. Se recomienda completarlo o modificarlo para adaptarlo a la práctica real.



TRONCO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
 AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE AMÉRICA

La Cirugía Segura Salva Vidas | Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
 Organización Mundial de la Salud

FRIMA

FECHA

8.2. ANEXO II

8.3. ANEXO III

Mapa de Riesgos del Bloque Quirúrgico



