



MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 749/2014

Bs. As., 22/5/2014

VISTO el Expediente N° 1-2002-20937-13-2 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objeto primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación Argentina a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimiento de patologías, directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud e instrumentos vinculados a la mejora de la calidad en la atención.

Que las citadas normativas y documentos se elaboran con la participación de entidades Académicas, Universitarias, Científicas y de profesionales, asegurando de esa forma la participación de las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que dentro de los procesos que se desarrollan en un servicio de salud existen procesos administrativos, económico-financieros, organizativos y asistenciales.

Que, de todos ellos, los procesos asistenciales son los que fundamentan por sí mismos la existencia de los Servicios de Salud, siendo las estrategias herramientas orientadas a promover la Seguridad del Paciente como parte sustantiva de estos procesos.

Que, en los últimos años, el acceso mayor a la información científica, la necesidad de determinar adecuadamente la efectividad de los procesos asistenciales y su vinculación con los costos ha ocasionado que los instrumentos vinculados a la calidad asistencial cobren una relevancia superlativa.

Que el Listado de Verificación para la Cirugía Pediátrica Segura debe ser considerado como una herramienta útil para las Instituciones y profesionales de la salud interesados en mejorar la seguridad de los pacientes durante los actos quirúrgicos y en reducir muertes y complicaciones prevenibles en relación a la cirugía.

Que dicho listado debe ser entendido como la última barrera para evitar la ocurrencia de eventos





adversos relacionados con las cirugías.

Que la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD ha coordinado el proceso de revisión y adaptación local del LISTADO DE VERIFICACION PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA y SU MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES propuestos, en primera instancia, por la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

Que la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, Coordinadora General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS han tomado la intervención de su competencia y avalan el documento y su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la “Ley de Ministerios T.O. 1992”, modificada por Ley Nº 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

ARTICULO 1º — Apruébanse el LISTADO DE VERIFICACION PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA y su MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES que, como ANEXO, forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO 2º — Contémplesse la confidencialidad del paciente para la instrumentación de la lista de verificación quirúrgica pediátrica, como también el mecanismo adecuado que permita la rúbrica de cada profesional interviniente en cada fase correspondiente al curso la operación, complementariamente a la rúbrica del Coordinador de la lista respectiva.

ARTICULO 3º — Difúndase, a través de la Coordinación General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, el citado instrumento, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación del mismo en el marco de dicho Programa Nacional referido en el presente artículo.

ARTICULO 4º — Agradécese a la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA INFANTIL, ASOCIACION ARGENTINA DE INSTRUMENTADORAS QUIRURGICAS, FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION, HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRIA SAMIC PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN, HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS, SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA y la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA por la importante colaboración prestada a este Ministerio en la confección del instrumento que figura en el





anexo de la presente Resolución.

ARTICULO 5º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JUAN L. MANZUR, Ministro de Salud.

ANEXO

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA SEGURA		
NOMBRE DEL PACIENTE:	HCE N°:	EDAD:
Antes de la inducción anestésica		
ENTRADA		
Coordinador - circulante confirma:		
☐ Identidad del niño/a		
☐ Procedimiento		
☐ Acuerdo según protocolo		
☐ Hemo prequirúrgico		
☐ Historia Clínica		
☐ Control clínico previo efectuado		
☐ Verificación de alergias conocidas		
☐ Aprobación del paciente		
Antes de la incisión cutánea		
FASE QUIRÚRGICA		
Coordinador - circulante confirma:		
☐ Que todos los miembros del equipo quirúrgico estén presentes		
☐ Que todo el equipo verifique verbalmente:		
Identidad del paciente		
Sitio quirúrgico		
Procedimiento		
☐ Control de decúbitos y fijación del paciente		
☐ Pérdida de sangre prevista		
☐ El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico		
☐ Verificación de profundos anestésicos en último 60 minutos		
Antes de la salida del quirófano		
SALIDA		
Coordinador - circulante confirma:		
☐ Procedimiento		
☐ Retiro de gases y control de orgánicos e instrumental utilizado:		
Si ☐ No ☐		
☐ Muestras correctamente acondicionadas e identificadas con documentación respiratoria		
¿Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? ()		
Si ☐ No ☐		
☐ Revisión de condiciones especiales a tener en cuenta durante la recuperación del paciente (intubaciones post-quirúrgicas)		
☐ Control de normotermia post operatoria		
☐ Tiempo-recorrido de medicación post quirúrgica		
☐ Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica		
☐ Parte anestésico escrito en Historia Clínica		
OBSERVACIONES ()		
FECHA Y HORA DE SALIDA DE QUIRÓFANO:		
Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo y del cirujano:		

ANEXO I

LISTADO DE VERIFICACION PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA

MANUAL DE USO E INSTRUCCIONES

Introducción:

El Listado de Verificación para la Cirugía Pediátrica Segura es una herramienta útil para las instituciones y los equipos de salud interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos que se efectúan en la población infantil.

El instrumento debe ser entendido como la última barrera para evitar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con las cirugías. El listado permite, de manera rigurosa y sistemática, evaluar si se cumplieron cada uno de los procesos y pasos fundamentales para la prevención de las complicaciones quirúrgicas.

La planilla incluye un conjunto mínimo de ítems, al que cada establecimiento podrá efectuarle agregados para conseguir que se ajuste a sus diferentes contextos organizacionales.

Para la elaboración de este formulario se ha utilizado como base el propuesto para los adultos por la Organización Mundial de la Salud; que ha sido adaptado oportunamente por la Comisión Nacional



Asesora para la Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Salud de la Nación.

La lista divide la operación en tres fases correspondientes a períodos concretos en el curso de una intervención:
- El anterior a la inducción de la anestesia: Entrada
- El posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión cutánea: Pausa quirúrgica
- El de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior pero anterior a la ida del paciente de quirófano: Salida

En cada uno de estos momentos, antes de continuar con el procedimiento, se ha de permitir que el/la coordinador/a confirme que el equipo quirúrgico ha llevado a cabo todas sus tareas. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso del listado de verificación en su quehacer, ocasionando los mínimos trastornos y procurando efectuar adecuadamente todos los procesos que garanticen la seguridad de la cirugía. Los ítems serán confirmados verbalmente con el/la paciente, el padre, la madre o el/la tutor/a legal, o con el personal correspondiente, según se indica en el formulario, con el fin de garantizar la realización de las acciones.

A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos del listado, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de ellos, sin necesidad de intervención explícita por parte del coordinador.

En este punto, es necesario destacar que la persona designada para asumir el rol del/la responsable de la verificación o coordinador del listado, preferentemente el/la circulante de quirófano, debe ser nombrado por la Dirección del Hospital y debe contar con su aval.

Claves para la aplicación del listado:

- Este instrumento puede ser incorporado como documento a la Historia Clínica (HC) del paciente, respetando las normativas y leyes vigentes sobre el respeto de sus derechos.
- La lista debe llevar la firma, aclaración y sello del/la responsable de la verificación (coordinador/a), del cirujano/a y del anestesiólogo/a en cada una de las fases del acto quirúrgico. Es necesario aclarar que, de cambiar de coordinador/a, de cirujano/a o de anestesiólogo/a durante el desarrollo de la intervención, debe firmar cada uno de ellos en la casilla correspondiente a las etapas en la cuales participó de la verificación.

Encabezado de la planilla

Como primer paso se deben completar los siguientes datos (en letra clara de imprenta mayúscula):

Nombre del paciente: nombres de pila y apellidos completos.

Número de Historia Clínica: respetando las normativas institucionales. Si este coincide con el DNI colocar ese número en el casillero.

Edad: en años cuando sean niños mayores de 1 año (12 meses y 1 día), o en meses cuando sean bebés





menores de esa edad.

Estas informaciones se deben completar en función de la Historia Clínica del paciente. Si no se cuenta con alguno de estos datos, se dejará constancia en el apartado observaciones.

Antes de la inducción anestésica: Entrada

La comprobación de estos puntos requerirá la presencia del anestesiólogo/a, el/la circulante de quirófano y del cirujano/a.

Se verificarán con el paciente, la madre, el padre o el/la tutor/a legal, los siguientes ítems (el/la coordinador/a de la lista puede ir haciendo preguntas para corroborar la información e ir marcando la casilla cuando la comprobación este efectuada).

- Identidad del niño/a: nombre y apellido completos, número de historia clínica, edad. Es importante corroborar que estos datos coincidan con los colocados anteriormente en el encabezado de la planilla.
- Procedimiento: incluyendo el tipo de intervención prevista y el lugar anatómico de la intervención.
- Ayuno según protocolo (si corresponde): el control deberá realizarse en el caso que proceda y se adaptará a las normativas propias de cada establecimiento.
- Baño prequirúrgico: esta verificación se adecuará a los protocolos aprobados por cada institución. La realización del mismo es fundamental, ya que, al producirse la incisión quirúrgica, los microorganismos que colonizan la superficie cutánea pueden contaminar los tejidos subyacentes y por ende generar una infección de sitio quirúrgico (ISQ). Aquellos procedimientos que reducen el número de microorganismos en piel, también disminuyen el riesgo de ISQ.
- Historia Clínica presente en el quirófano: con la finalidad de tener accesible toda la información del paciente en cada momento del acto quirúrgico.
- Control clínico previo efectuado: este se realizará y se comunicarán sus resultados según las normas y los procedimientos institucionales vigentes.

Entre los puntos que se deben verificar en este control se encuentra la valoración de la vía aérea para evaluar el riesgo de aspiración.

El/la coordinador/a ratificará que se ha revisado si el paciente tiene una vía aérea difícil. Hay múltiples formas de graduar la vía aérea, como la escala Mallampati, la distancia tiromentoniana y la escala Bellhouse-Doré.

Una evaluación objetiva de la vía aérea, usando un método válido, es más importante que el método elegido en sí mismo. Si la evaluación de la vía aérea indica un riesgo alto de dificultad (como un Mallampati de 3 o 4) el equipo de anestesia deberá prepararse para abordar una vía aérea difícil. Esto incluye, como mínimo, el ajuste del enfoque de la anestesia (por ejemplo, realizar una anestesia regional si es posible) y controlar que los equipos de emergencia están disponibles.

Para los pacientes de los que se conozca la dificultad de la vía aérea, o que tengan riesgo de aspiración, se debería contar con el equipo adecuado y la ayuda precisa antes de comenzar con la intervención quirúrgica.

- Verificación de alergias conocidas: El/la coordinador/a le preguntará al paciente, o a su madre, padre o tutor/a legal si tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles.

Es posible que este punto ya haya sido indagado en el control clínico previo, pero la pregunta ha de formularse igual, aunque el/la coordinador/a conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesiólogo/a es consciente de la existencia o no de alergias que supongan un riesgo para el paciente. El coordinador/a tiene que comunicar y estar seguro que el/la anestesiólogo/a tiene toda la información pertinente sobre este



punto.

Es importante destacar que se debe de haber verificado la existencia de alergia al látex con anticipación suficiente para prever los pasos que permitan su prevención. Los pacientes pertenecientes al grupo de riesgo de sensibilización al látex (pacientes con espina bífida, malformaciones urológicas severas, multioperados, alérgicos a frutas o atópicos) deben ingresar al quirófano con medidas de prevención para evitar la sensibilización al látex. Estas medidas consisten en: a) ambientes libres de látex y b) materiales libre de látex. Si estos niños están sensibilizados y se los expone al látex por diversas vías, pueden presentar reacciones anafilácticas potencialmente fatales. Es necesario que todo el personal de quirófano esté al tanto de que se opera un paciente con este riesgo y se deben tomar todas las medidas necesarias para evitar la exposición.

- Agrupación del paciente: está legalmente condicionada, dado que esta prevención agiliza la terapia transfusional, en caso de que sea necesario. En las cirugías donde se prevé pérdida de poco volumen, es igualmente obligatorio por prevención de complicaciones que pudieran surgir y así transmitir al servicio de hemoterapia rápidamente el Grupo y Factor que el paciente necesita.

Los siguientes puntos se deben verificar con el/la instrumentador/a que asiste en la cirugía:

- Esterilidad del instrumental y chequeo del funcionamiento correcto de los equipos necesarios.

El/la instrumentador/a, que prepara el instrumental y los equipos necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de estos indicadores deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental, equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el/la instrumentador/a o el/la coordinador/a del listado, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el/la cirujano/a y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el/la instrumentador/a puede decir sencillamente: "Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto" y luego de ello se marcará el ítem.

Los siguientes ítems se deben verificar con el/la anestesiólogo/a:

- Control de equipamiento de la anestesia.

El coordinador pedirá al anestesiólogo/a que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido este como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente.

- Oxímetro de pulso colocado en el paciente y funcionando.

El/la coordinador/a de la lista, para poder marcar el ítem, confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. De ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de él, cirujano/a y anestesiólogo/a deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno.

- Disponibilidad de máscara laríngea u otro Dispositivo biomédico (DBM) para ventilación de urgencia,



aspiración funcionando y equipo de vía aérea dificultosa.

Además de ratificar que el paciente es apto para someterse a la operación, se debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalatorios, los fármacos, los dispositivos y los equipos de urgencia (incluyendo el cardiodesfibrilador enchufado), para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento y luego proceder a marcar el ítem correspondiente.

- Si existe riesgo de hemorragia (tener una pérdida sanguínea mayor a 7ml/kg. en niños): confirmación de disponibilidad de sangre y fluidos con Hemoterapia.

En este punto, el/la coordinador/a le preguntará al cirujano/a si el paciente pediátrico corre el riesgo de perder más de 7 ml/kg. de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posibilidad y se está preparado para hacerle frente.

La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de shock hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 7 ml/kg. en niños.

Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias.

Si el/la anestesiólogo/a o el/la cirujano/a conoce que existe riesgo de hemorragia, debe comentarlo con todo el equipo antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a los 7 ml/kg. se recomienda que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.

Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. Luego de realizar todas estas verificaciones se marcará el ítem correspondiente (Nótese que durante la "Pausa quirúrgica" el/la cirujano/a volverá a revisar la previsión de hemorragia en el ítem pérdida de sangre prevista, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesiólogo/a y al instrumentador/a quirúrgico/a). Se debe considerar también si es necesaria la presencia de algún otro equipamiento para las cirugías especiales que lo requieran, como por ejemplo el oxicapnógrafo para las cirugías laparoscópicas.

Cuestiones centrales a tener en cuenta en este punto del chequeo:

- 1.- Asegurar el funcionamiento correcto del oxímetro de pulso (probar su funcionamiento en algún integrante del equipo quirúrgico).
- 3.- Evaluar las manos, dedos y uñas del paciente, dado que es fundamental que se encuentren en condiciones de higiene óptimas para un correcto funcionamiento del sistema de medición.
- 4.- Despintar, si fuese necesario las uñas de pacientes que lleguen a quirófano si no han sido evaluadas en el área de internación.
- 5.- Descontaminar el sensor del oxímetro luego de ser utilizado y entre paciente y paciente.
- 6.- Verificar la fecha de vigencia del mantenimiento de la máquina de anestesia.

Los siguientes puntos se comprobarán con el/la cirujano/a:

- Consentimiento informado firmado.

El consentimiento informado debe estar firmado antes de realizar cualquier procedimiento, el coordinador/a deberá corroborar que este paso este cumplido.

- Marcación del sitio quirúrgico (si corresponde).

El/la coordinador/a de la lista debe confirmar visualmente que el cirujano, o su ayudante, ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda



y derecha) o múltiples estructuras o niveles (por ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Luego de realizar esta confirmación se marcará el ítem.

Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

- Imágenes y exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde).

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones.

El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar deberá constar en el apartado Observaciones que lo hace sin este material.

Además hay otros resultados que deben estar disponibles en la Historia Clínica como ser biopsias preoperatorias críticas, laboratorio, estudios de coagulación. Si alguno de ellos es necesario y no está el cirujano decidirá si se realiza la cirugía o no y se dejará constancia en el apartado Observaciones de la ausencia de estos estudios.

- Control de materiales protésicos necesarios.

El/la circulante chequeará la disponibilidad de los implantes esenciales (mallas o prótesis) y el estado de los mismos. Este paso se debe hacer con la presencia del/la cirujano/a o de algún miembro del equipo de cirugía. Se debe recordar marcar la casilla luego de verificar este punto.

Se verificarán con todo el equipo quirúrgico:

- Conocimiento de patologías asociadas y factores de riesgo del paciente.

Antes de la incisión cutánea: pausa quirúrgica

El período que se extiende desde la inducción anestésica hasta antes de la incisión quirúrgica, se denomina PAUSA QUIRURGICA.

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo y la prevención de complicaciones graves.

Para ello, sencillamente el/la coordinador/a de la lista puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. Las casillas sólo se llenarán después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

El/la coordinador/a debe confirmar:

Con el equipo quirúrgico:

- Que todos los miembros están presentes.

Los integrantes de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. El/la coordinador/a de la Lista debe asegurarse que están presentes todos los miembros del equipo.

El/la coordinador/a pedirá a cada una de las personas que están en el quirófano que se presente por su nombre y función. Una vez que este realizado este paso se marcará el ítem correspondiente.

El equipo debe realizar una pausa justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que está realizando la operación correcta en el paciente correcto y en el lugar correcto. Por ello es que todo el equipo verifica verbalmente:

• Identidad del paciente



- Sitio quirúrgico
- Procedimiento

- Que todo el equipo verifica verbalmente la identidad del paciente, el sitio, el procedimiento quirúrgico, el control de decúbitos y la fijación del intervenido.

Antes que el/la cirujano/a realice la incisión cutánea, el/la coordinador/a de la lista pedirá a los presentes que se detengan y corroboren en voz alta el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición en que debe colocarse al mismo.

Hay intervenciones que requieren que los pacientes sean colocados en posiciones especiales, de no controlarse esto se pueden provocar lesiones por decúbito (parálisis nerviosas por compresión, úlceras, lesiones oculares, etc.).

Este punto implica la verificación oral y la modificación, de ser necesaria, del control de los decúbitos y fijación del paciente para poder marcar el ítem.

Por ejemplo, el/la coordinador/a-circulante anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha”. La casilla no deberá marcarse hasta que el/la anestesiólogo/a, el cirujano/a y el/la circulante hayan ratificado de forma explícita e individual que están de acuerdo.

Con el/la cirujano/a:

- Pérdida de sangre prevista.

En este punto se vuelve a examinar esta posibilidad, como un segundo control de seguridad, recordando la necesidad de saber si el paciente pediátrico corre el riesgo de perder más de 7 ml/kg. de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se está preparado para hacerle frente a este grave problema.

Además, se recuerda que el equipo debe corroborar con Hemoterapia, antes de comenzar la operación, la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. Luego de realizar todas estas verificaciones se marcará el ítem correspondiente.

Con el/la anestesiólogo/a:

- El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico.

En pacientes en los cuales el procedimiento entraña riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación.

Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el/la anestesiólogo/a puede decir simplemente: “Este paciente no presenta problemas especiales”, en ese momento se completará la casilla correspondiente.

- Verificación de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos (si corresponde).

El responsable de esta administración, que suele ser el anestesiólogo, debe confirmarlo verbalmente.

El tiempo de administración de la primera dosis deberá hacerse entre 30 y 60 minutos previos a la incisión quirúrgica. En el caso de utilizar antibióticos como la Vancomicina o Ciprofloxacina, se deberán tomar en cuenta los tiempos de administración recomendados para los mismos.

El/la responsable –coordinador/a– del listado de verificación deberá firmar y colocar su sello luego de completados todos los ítems de este período de implementación del instrumento, que luego firmarán



anestesiólogo/a y el cirujano/a.

En este punto se ha completado la "PAUSA QUIRURGICA" el equipo puede proceder a la cirugía.

Antes de la salida del quirófano: salida.

La fase de "Salida" puede iniciarla el/la circulante, el/la cirujano/a o el/la anestesiólogo/a, y debe llevarse a cabo antes de que el/la cirujano/a abandone el quirófano.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el/la coordinador/a haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

El/la coordinador/a confirma, antes que el paciente salga del quirófano y previo al cierre de la herida quirúrgica:

- El procedimiento realizado.

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: "¿Qué procedimiento se ha realizado" o a modo de confirmación: "Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así".

- Recuento de gasas y control de implantes e instrumental utilizado.

El/la responsable de la verificación y el/la instrumentador/a realizan juntos el recuento de materiales antes del comienzo de la intervención quirúrgica, siendo este el punto de partida de los recuentos subsiguientes dentro del Quirófano.

El/la instrumentador/a, realiza el recuento de todos los materiales dispuestos sobre la mesa estéril y el/la Circulante, anota de inmediato el número de materiales de cada tipo en el registro de recuento, para realizar este procedimiento, resulta útil disponer de formularios impresos.

Recuento: Este procedimiento se realiza en tres áreas diferentes, antes del cierre de una cavidad, de una incisión grande y profunda.

- Recuento del campo: el cirujano o el ayudante colaboran con el instrumentador con el recuento en el campo quirúrgico.

- Recuento de la mesa: el/la instrumentador/a realiza el recuento de los materiales que hay sobre la mesa del instrumental.

- Recuento del suelo: el/la Circulante recuenta los materiales que se han recogido de los lebrillos que corresponden a los materiales salientes del campo estéril, siendo los mismos verificados por el instrumentador.

Así mismo el/la Circulante totaliza los recuentos del campo, de la mesa y de los lebrillos.

En caso de NO existir diferencias, se le indica al cirujano/a que estos son correctos.

Recuento incorrecto.

Para tal caso cada institución debe tener previstas Normas y Procedimientos.

Se recomienda:

- Informar inmediatamente al cirujano/a.
- Repetir el recuento completo.
- Revisar el campo quirúrgico y la herida.
- Revisar recipientes de residuos, bajo los muebles, cestos de lavandería, etc.
- Informar al inmediato superior para que compruebe el recuento.
- Luego de agotar todas las opciones de búsqueda, las normas estipulan la realización de una placa



radiográfica al paciente antes de abandonar el centro quirúrgico.

- Si el recuento es incorrecto se debe documentar el incidente en OBSERVACIONES del listado de verificación, en el parte quirúrgico y en la Historia Clínica del paciente, donde se indicarán todas las acciones realizadas para localizar el material extraviado, incluso cuando este hay sido individualizado por Rx.

Generalidades:

- En caso de la omisión de un recuento por causa de una urgencia extrema, debe documentarse en el registro según normas y procedimientos institucionales y se procede a marcar "No" en las opciones de respuesta del ítem en el listado.
- Si se retiene intencionalmente alguna compresa para hacer un relleno, o si un instrumental debe permanecer junto al paciente, también debe documentarse.
- La responsabilidad de todos los materiales utilizados durante la intervención quirúrgica es del/la circulante-coordinador/a y del/la instrumentador/a, quienes son los que realizan los procedimientos de recuentos.
- Es muy importante documentar si se realizan implantes, guardando el troquel como documento en la HC y dejando registrado el N° de lote.
- El responsable de la verificación tildará la opción "Si" cuando se haya terminado el recuento de materiales y el control de los implantes.

- Muestras correctamente acondicionadas e identificadas con documentación respaldatoria.

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas y microbiológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante el nombre y documento del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo que deba ser puesto en la etiqueta.

- Existencia de complicaciones durante el acto quirúrgico.

En este ítem se deberá marcar en el casillero correspondiente por "Si" o "No" si se produjeron complicaciones durante la operación. De haberse producido algún inconveniente este debería ser aclarado en el apartado observaciones.

- Revisión de condiciones especiales a tener en cuenta durante la recuperación del paciente (indicaciones post quirúrgicas).

El/la cirujano/a, el/la anestesiólogo/a y el/la enfermero/a revisarán el plan de tratamiento y recuperación postoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

- Control de normotermia post operatoria y traspaso escrito de medicación post quirúrgica.

La temperatura corporal de los pacientes puede descender de 1 a 1.5° C durante la primera hora de anestesia general. La anestesia regional también causa hipotermia central que puede alterar la función inmune. Por esto, es necesario contar en el quirófano y en la sala de recuperación con unidades de calentamiento y sus respectivas mantas térmicas.

El traspaso escrito de la medicación post quirúrgica se ajustará a las normas legales vigentes.

- Parte quirúrgico y parte anestésico completos y colocados en Historia Clínica.

La realización de un parte quirúrgico y anestésico completo asegura el control adecuado del paciente y





facilita la vigilancia epidemiológica de Infecciones de Sitio Quirúrgico, por lo cual deben ser realizados antes que el paciente salga de quirófano.

La inclusión de estos puntos en el listado de verificación obedece a la importancia que tiene la vigilancia de intervenciones quirúrgicas, permitiendo el conocimiento de indicadores -su evaluación y análisis- y facilitándoles a cada institución la intervención oportuna y adecuada con base en datos reales.

El coordinador/a, el cirujano/a y el anestesiólogo/a deberán firmar y colocar su sello luego de completados todos los ítems de este período de implementación del instrumento.

Con esta última medida se completa la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Pediátrica

Nota: Este manual es una adaptación realizada por la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad del Paciente en base al Listado de verificación Quirúrgica de la OMS y su Manual de Aplicación (con agregados del Documento Final de Consenso Taller SADI-INE post Congreso SADI 2009-Prevención de la infección del sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y post-operatorio y del Consenso sobre Profilaxis de Infecciones en Cirugía Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría).

e. 29/05/2014 N° 35787/14 v. 29/05/2014

Fecha de publicación: 29/05/2014

