

CAPÍTULO 20



Cuidados de enfermería para un proceso quirúrgico seguro

*Felipe Dias Carvalho
Denise Pucciarelli Antloga
Juliana Peres dos Santos*

Introducción

Investigaciones arqueológicas y registros históricos demuestran que desde la prehistoria se realizan operaciones quirúrgicas como la trepanación, una craneotomía rudimentaria considerada por muchos historiadores como la primera técnica quirúrgica utilizada por el hombre.

Hay indicios de que las primeras operaciones quirúrgicas realizadas poseían principalmente un carácter cultural y religioso, quedando las finalidades diagnóstica y terapéutica en segundo plano.(1)

Las antiguas civilizaciones egipcia, griega y romana, adoptadas como base de la civilización y de la medicina occidental moderna, también realizaban cirugías. Amputaciones, remoción de abscesos, tratamiento de fracturas, circuncisión, castración, entre otros procedimientos quirúrgicos, eran realizados con la utilización de artefactos aún rudimentarios.(1)

En la Edad Média surgieron las primeras escuelas de medicina, siendo la pionera la escuela de Salerno, en Italia. En estos lugares se estimuló el estudio de la anatomía y fisiopatología, por lo que la práctica quirúrgica tuvo un importante avance, culminando en la realización de cirugías de catarata, tratamiento de traumas externos, partos y cesáreas.

A pesar de los avances iniciales, con el correr del tiempo los conocimientos relativos a las ciencias médicas se estancaron debido a la fuerte interferencia de la iglesia católica en la vida de las personas y el Estado, impidiendo la realización de investigaciones sanitarias bajo la pena de que los nuevos descubrimientos serían considerados como herejías. Este escenario afectó directamente el desarrollo de los conocimientos quirúrgicos, pues se prohibió la disección de cadáveres y la cirugía fue considerada por la Iglesia como una práctica bárbara y condenada.(2)

A partir del siglo XVI, ya en la Edad Moderna, los estudios en las áreas de anatomía y fisiopatología fueron retomados por los científicos, aumentando el conocimiento en estas áreas. De esta forma, la práctica quirúrgica ganó mayor confiabilidad e importancia y se difundió por toda Europa gracias a la Revolución Comercial y, principalmente, al movimiento Renacentista, así como a los científicos que participaron en él.(2)

A pesar de que el Renacimiento propició el avance del conocimiento científico en la Era Moderna, no fue sino hasta la Era Contemporánea en que ocurrieron los avances más importantes y significativos en relación con la práctica quirúrgica, principalmente a partir del final del siglo XIX e inicio del siglo XX, impulsados por la Revolución Industrial y por la Primera Guerra Mundial.(2)

Algunos factores que permitieron al hombre tratar quirúrgicamente órganos de una manera en que hasta entonces no se hacía fueron la utilización de la energía eléctrica a gran escala; el dominio de los agentes y de las técnicas de anestesia general; el descubrimiento de los medicamentos antimicrobianos, de la importancia de la asepsia y de la antisepsia y de la transfusión de sangre y hemoderivados; la invención de materiales, equipamientos, exámenes de diagnóstico, recursos de imágenes técnicas operatorias y de cuidados más sofisticados; el descubrimiento y ampliación del conocimiento sobre una enorme gama de fármacos, enfermedades y alteraciones fisiológicas y bioquímicas; la invención de la informática y de la robótica; la evolución y gestión de los sistemas de salud, hospitales y centros quirúrgicos.

En este contexto se desarrolló la neurocirugía, la cirugía torácica cardiovascular y endocrino, los trasplantes de órganos y tejidos, las cirugías estéticas, la videocirugía mínimamente invasiva, la cirugía fetal y la cirugía robótica, hechos que revolucionaron la historia de la cirugía.(2)

Con el paso del tiempo, los avances conquistados en el conocimiento y la evolución tecnológica ocurrida en el sector sanitario permitieron mejorar la efectividad de las intervenciones y disminuir el dolor sufrido por los pacientes, la ocurrencia de infecciones hospitalarias, las hemorragias, los errores médicos, entre otros daños relacionados con la práctica quirúrgica.

A pesar de todo aún se presentan en el mundo muchos eventos adversos, evitables o no, debido a la imprudencia o negligencia del equipo de salud, gestores y autoridades sanitarias, así como a la utilización de nuevas tecnologías que traen consigo nuevos riesgos a la seguridad de los pacientes quirúrgicos.(3)

En el proceso de asistencia quirúrgica, se entiende evento adverso como cualquier incidente asociado al uso de medicamentos, equipamientos, caída del paciente, condiciones inadecuadas de atención y realización de una cirugía. Se trata de una complicación resultante de la asistencia y no de la enfermedad del paciente, teniendo como principales consecuencias muerte, incapacidad, ampliación de la permanencia en el hospital, necesidad de cuidados intensivos y, consecuentemente, aumento de los costos sanitarios.

La mayor parte de los incidentes relacionados con los procedimientos quirúrgicos ocurren en el ambiente de la sala quirúrgica, siendo la operación en el lugar o persona equivocada el evento adverso grave más frecuente.(4-7)

Según datos provenientes de un estudio patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad se realizan alrededor de 234 millones de procedimientos quirúrgicos alrededor del mundo al año, lo que representa una intervención quirúrgica para cada grupo de 25 habitantes del planeta. El problema es que por lo menos siete millones de personas sometidas a cirugías sufren algún evento adverso, y aproximadamente un millón de esas personas mueren como consecuencia de estos eventos, cuyo porcentaje podría reducirse a la mitad con la utilización de normas, mecanismos de seguridad y procedimientos relativamente simples.(8)

Los resultados del estudio citado y la preocupación por la seguridad del paciente quirúrgico hicieron que la OMS, por medio de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, crearan en el año 2008 el programa *Cirugías Seguras Salvan Vidas* (Safe Surgery Saves Lives). El programa fue lanzado como un desafío para que gobiernos, órganos sanitarios, sociedades médicas, organizaciones profesionales, sistemas, establecimientos y profesionales de la salud, así como los pacientes, colaboraran para reducir los eventos adversos relacionados con las cirugías y, en consecuencia, la morbimortalidad resultante de estos eventos.(9)

La asistencia quirúrgica es considerada como un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo debido a los resultados satisfactorios que propicia y por ser por lo general el único recurso disponible para el tratamiento de ciertas enfermedades y la realización de determinados exámenes diagnósticos; por ello, debe ser proporcionada con el fin de garantizar la calidad en los servicios ofertados y la seguridad de los pacientes tratados. En este contexto, a pesar de la gran relevancia que históricamente se le ha dado a los cirujanos, el profesional de enfermería ejerce un papel fundamental desde los comienzos mismos de la cirugía, pues se responsabiliza por la seguridad, comodidad y

limpieza del ambiente quirúrgico, así como por los cuidados pre y postoperatorios y, de manera más reciente están involucrados también en los cuidados y manejo de materiales y equipamientos, administración de medicamentos, gestión del centro quirúrgico y de la central de material y esterilización, además de ayudar directamente a los cirujanos en determinados procedimientos.(10)

Proceso de asistencia quirúrgica y la seguridad de los pacientes

La asistencia quirúrgica es un proceso complejo constituido por varios pasos o subprocesos, además del procedimiento quirúrgico en sí, en donde están involucrados varios sectores y profesionales del centro de salud, como equipo anestésico, cirujanos, equipo de enfermería, farmacia, suministros, ingeniería clínica, laboratorios de patología y análisis clínicos, higiene y limpieza, banco de sangre y hasta los propios pacientes.

Si consideramos que los profesionales de enfermería están involucrados o son responsables de la mayor parte de estos pasos, se puede afirmar que la actuación del enfermero es fundamental para la promoción y garantía de la seguridad del paciente quirúrgico.(11)

A continuación se describen los principales pasos del proceso de asistencia quirúrgica y los puntos críticos que pueden llevar a la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la cirugía:

Programación quirúrgica(9)

Es el paso inicial en el que se programa la cirugía a la que se someterá al paciente. En este paso se debe prestar especial atención para que no haya error en la agenda del paciente, procedimiento, sitio quirúrgico y sala quirúrgica. Aquí también es importante cerciorarse de que la solicitud de materiales, medicamentos, implantes y equipos sean los que van a utilizar los cirujanos y anestesiólogos con el fin de que no sean solicitados artículos inadecuados o innecesarios para el procedimiento. En este paso los profesionales de enfermería deben monitorear la programación de la cirugía, a fin de verificar que los datos informados sean correctos.

Limpieza y esterilización de materiales(10,12)

Es uno de los pasos en el proceso de asistencia quirúrgica en que el equipo de enfermería tiene mayor participación y también un de los más importantes, pues la prevención de infecciones de sitio quirúrgico comienza con la adecuada limpieza y esterilización de los materiales a utilizar. En esta etapa, que se lleva a cabo en el sector denominado central de material y esterilización, además de la adecuada limpieza y esterilización se debe garantizar el adecuado mantenimiento de los instrumentos quirúrgicos para conservar sus características originales, como corte y precisión, por ejemplo, con el fin de que no haya daños físicos al paciente.

Se debe disponer de personal calificado y capacitado para realizar la manipulación adecuada de los instrumentos, disponer de tecnología adecuada (equipamientos, materiales, saneamientos, productos de limpieza) para la limpieza y esterilización de los diversos

tipos de material quirúrgico, realizar el control y la garantía de calidad de los procesos de limpieza y esterilización de materiales por medio de ensayos validados, y asegurar la trazabilidad de los materiales utilizados.

Provisión de materiales, medicamentos, ortesis y prótesis(9,10)

En este punto es primordial que los productos necesarios estén disponibles para su uso en el momento de la cirugía y en condiciones adecuadas de consumo, es decir, dentro de su plazo de caducidad o esterilización, íntegros y debidamente registrados en el órgano sanitario competente. Por tanto, los sectores de compras, suministro y farmacia deben controlar sus procesos internos para garantizar la adquisición de productos de calidad y la confiabilidad de los procesos de almacenamiento y distribución de estos productos, y para que no haya desabasto de los mismos en el centro de salud.

Partiendo del principio de que la solicitud de materiales, medicamentos, ortesis y prótesis utilizados en el procedimiento quirúrgico fueron realizadas de manera correcta en el momento de la programación de la cirugía, resta garantizar que estos productos sean enviados a la sala quirúrgica en el tiempo propio para la realización de la cirugía, sin que haya cambios en los productos o especificaciones.

Provisión de infraestructura y equipamientos(9,10)

Parte de la responsabilidad de estos puntos se traspasa al sector de ingeniería clínica e ingeniería y mantenimiento, en caso de que los haya en el centro de salud. A pesar de eso, muchas veces el personal de enfermería participa activamente de esta etapa intercambiando información sobre la utilización y especificaciones técnicas de equipamientos y requisitos estructurales como disposición, ergonomía del mobiliario, temperatura, ventilación, luminosidad, humedad y limpieza adecuadas del centro quirúrgico, central de material y esterilización, y centro de recuperación postanestésica.

Con el fin de garantizar la calidad y seguridad de la asistencia quirúrgica, los equipamientos y la infraestructura deben pasar por un proceso de mantenimiento preventivo periódico y correctivo cuando sea necesario. Se debe verificar el funcionamiento de los equipamientos, gases, energía eléctrica e iluminación antes de iniciar la inducción anestésica; los equipamientos utilizados deben tener registro en el órgano sanitario competente y se debe disponer de unidades de repuesto (*backup*) en aquellos considerados como fundamentales para la realización del procedimiento quirúrgico.

Preparación de la sala quirúrgica(9,10,12)

Este paso generalmente queda a cargo del personal de enfermería con el auxilio del personal del servicio de higiene y limpieza. La preparación de la sala quirúrgica debe propiciar las condiciones funcionales y técnicas necesarias para el buen desarrollo del proceso quirúrgico. La preparación de la sala quirúrgica se inicia con la limpieza y asepsia de la misma, de los equipamientos y del mobiliario con el fin de evitar infecciones. A continuación deben ordenarse los equipamientos, mobiliarios, cables y mangueras para que no haya accidentes. En este paso también se prepara la mesa quirúrgica y la de instrumentales, acción que debe realizarse de forma aséptica.

La preparación de la sala quirúrgica termina con la confirmación de la disponibilidad de los materiales, medicamentos, implantes, resultados de exámenes diagnósticos, imágenes y equipamientos solicitados en el momento de la programación quirúrgica, con el fin de garantizar que todos los artículos necesarios estén disponibles en la sala quirúrgica en el momento en que comienza la operación.

Preparación del paciente(9,10,12-14)

La preparación del paciente es una amplia etapa del proceso de asistencia quirúrgica que merece atención especial, pues muchos eventos adversos pueden ocurrir como consecuencia de fallas en este punto, el cual se conforma por los siguientes pasos:

- Identificación del paciente.
- Verificación de la firma de los términos de consentimiento de riesgos quirúrgico y anestésico.
- Verificación de posibles reacciones adversas a los medicamentos sedativos y anestésicos, además de otro tipo de reacción, como la de hipersensibilidad al látex.
- Aplicación de protocolos para identificación de riesgos de tromboembolismo venoso y necesidad de profilaxis.
- Explicación sobre el uso correcto de la antibioticoprofilaxia (medicamento y horario correctos).
- Verificar si el paciente porta prótesis metálicas o aparatos de marca-paso.
- Retirar al paciente adornos, órtesis y prótesis cuando sea posible.
- Verificar la presión arterial y la glicemia del paciente.
- Realizar cuidados de higiene (baño, cepillado de dientes, antisepsia bucal y del sitio quirúrgico);
- Confirmar el procedimiento a realizar, el sitio quirúrgico y la lateralidad.
- Marcación del sitio quirúrgico.
- Tricotomía del sitio quirúrgico, si es necesario, con el uso del equipo adecuado para prevenir daños en la piel y posibles infecciones.
- Colocación de placas dispersivas en el paciente con el fin de evitar que el paciente sufra quemaduras en caso de electrocirugía.
- Posicionamiento adecuado del paciente en la mesa quirúrgica con el uso de los accesorios apropiados, con el fin de evitar el surgimiento de úlcera por presión.

Higiene, antisepsia y atavío del equipo quirúrgico(9,10,12)

Este aspecto se relaciona no sólo con la seguridad del paciente, sino también con la seguridad de los profesionales de la salud involucrados directamente con el procedimiento quirúrgico (cirujanos, profesionales de enfermería, anesthesiólogos), y se entiende como el conjunto de acciones destinadas a retirar adornos, higienización, antisepsia de las manos, utilización de vestimentas quirúrgicas (indumentaria personal, gorro, calzados, delantal) y uso de equipamientos de protección individual (máscara, guantes, anteojos).

Esta etapa se lleva a cabo para garantizar condiciones de higiene, antisepsia y protección física con el fin de evitar infecciones en el sitio quirúrgico y de las vías aéreas del paciente, además de evitar contaminación del profesional por patógenos presentes en materiales orgánicos provenientes del paciente.

La higienización de las manos debe realizarse de manera correcta y las vestimentas y equipamientos de protección individual deben atender a los requisitos pertinentes como limpieza, esterilización e integridad, además de llevar registro en las instituciones sanitarias de la mano de obra competente. El uso de ropa desechable es factor diferencial para la seguridad de los pacientes y también de los profesionales de la salud, debido a sus características de impermeabilidad, integridad y esterilidad.

Inducción anestésica(9,10,12,13,15)

Se trata de una etapa crítica, pues es el momento en que se realizan los primeros actos invasivos en el paciente, como punciones venosas o arteriales y acceso de vías aéreas, que deben hacerse con técnica aséptica y cuidado para no causar perjuicio innecesario al paciente.

Antes de iniciar la inducción anestésica, el anestesiólogo debe averiguar si el paciente presenta vía aérea de difícil acceso y si hay riesgo de pérdida sanguínea, con el fin de tener disponibles los materiales y equipamientos especiales para acceder las vías aéreas y los hemoderivados que pudieran ser necesarios.

El anestesiólogo tiene también la responsabilidad de preparar todos los medicamentos que puedan utilizarse de acuerdo con sus posibles interacciones, incluyendo sedantes, anestésicos y antimicrobianos, además de identificarlos y diferenciarlos para evitar cambios, administrarlos en las dosis y vías correctas y monitorear el paciente a fin de controlar la presencia de reacciones alérgicas o reacciones adversas a los medicamentos.

La administración de agentes anestésicos y sedativos debe realizarse con pericia y utilizando materiales y equipos perfectamente calibrados, con el fin de prevenir daños al paciente y garantizar la efectividad de los medicamentos para evitar que el paciente sienta dolor o tenga algún recuerdo traumático del procedimiento.

A partir de la inducción anestésica, la profilaxia antimicrobiana (que debe seguir protocolos basados en evidencias), pasa a ser responsabilidad del anestesiólogo hasta el momento de la salida del paciente de la sala quirúrgica. Así, el anestesiólogo deberá administrar los medicamentos antimicrobianos respetando los horarios establecidos.

En este paso el auxilio de los equipos de enfermería es fundamental para que el anestesiólogo pueda prestar los cuidados necesarios al paciente.

Procedimiento quirúrgico(9,10,12,13,15-17)

Es el paso principal del proceso de asistencia quirúrgica y en el que ocurre la intervención propiamente dicha, sea para tratamiento o diagnóstico.

Este proceso debe comenzar por la presentación de todos los miembros del equipo quirúrgico, seguida por la confirmación del nombre y registro del paciente, localización de la incisión quirúrgica y lateralidad del miembro u órgano a operar, del procedimiento quirúrgico propuesto y del agendado, así como de la disponibilidad de los materiales, medicamentos, implantes, resultados de exámenes diagnósticos, imágenes y equipo solicitados en el momento de la programación quirúrgica.

En este paso el celo por la asepsia debe ocurrir de forma sistemática. Para ello debe evitarse la saturación de la sala quirúrgica, mantener las puertas de la sala cerradas, evitar conversaciones innecesarias, entre otros cuidados.

Cuando sea posible deben preferirse métodos quirúrgicos poco invasivos como la paroscopia o cirugía robótica para facilitar la cicatrización y el restablecimiento del paciente, además de disminuir el riesgo de infecciones.

También es preferible utilizar técnicas quirúrgicas cuyos resultados hayan sido comprobados, es decir, que tengan evidencia científica, en lugar de técnicas modernas cuyos resultados carecen de comprobación.

Durante el procedimiento quirúrgico el anestesiólogo debe continuar con el monitoreo de la sedación, la anestesia, la profilaxis antimicrobiana, la temperatura y otros signos vitales del paciente, además del resto de la medicación.

Al término del procedimiento quirúrgico y antes de realizar la sutura de la herida, el equipo debe realizar el conteo del instrumental, de las compresas y de las agujas utilizadas para garantizar que ningún cuerpo extraño quede retenido en el paciente.

También se deben identificar las muestras para la anatomía patológica.

Después de la sutura y antes de revocar la anestesia y llevar al paciente al centro de recuperación y cuidado posquirúrgico, el equipo debe discutir y formalizar por escrito cualquier recomendación de cuidados especiales que necesite el paciente.

Revocación anestésica(9,10,15)

Es la etapa que tiene por objetivo revertir la sedación y la anestesia en el paciente para que restablezca su consciencia y función respiratoria y locomotora.

En este paso es importante proteger al paciente de caídas de la mesa quirúrgica o de la camilla que servirá para transportarlo de la sala quirúrgica al centro de recuperación postanestésica, centro de terapia intensiva u otro local donde recibirá cuidados. También es necesario tener cuidado con la herida quirúrgica, punciones venosas y arteriales, sondas, drenajes y catéteres al pasar al paciente de la mesa a la camilla o cama, observando el posicionamiento más adecuado para ello.

En este momento el paciente debe tener sus funciones vitales estabilizadas para el transporte, que deberá hacerse con todos los aparatos necesarios como medicamentos, soporte ventilatorio y monitorización multiparamétrica.

Recuperación postanestésica(10,18)

Durante la recuperación postanestésica el paciente recibe cuidado dirigido a la total recuperación de su consciencia, estabilización de los signos vitales, movilidad y homeostasis.

La recuperación postanestésica es uno de los pasos más críticos del proceso de asistencia quirúrgica, pues en este paso ocurren muchos eventos adversos con el paciente, tales como caída, paro cardiorrespiratorio, contaminación del sitio quirúrgico, errores de medicación, entre otras complicaciones que el equipo de enfermería debe ayudar a prevenir y resolver.

Cuidados posquirúrgicos(18,19)

Constituyen el paso final del proceso de asistencia quirúrgica e incluyen el control del dolor, cuidados clínicos a los pacientes y tratamiento de la herida quirúrgica para su cicatrización y prevención de infecciones.

Al igual que en los pasos anteriores, aquí también el equipo de enfermería juega un papel fundamental para garantizar el éxito de la asistencia quirúrgica y la seguridad de los pacientes atendidos.

El programa “Cirugías seguras salvan vidas”

El programa *Cirugías seguras salvan vidas*, lanzado por la OMS, tiene el objetivo de hacer más seguras para los pacientes las intervenciones quirúrgicas por medio de la utilización de un protocolo, es decir, de una serie de normas elaboradas para aplicarse en cualquier país o realidad sanitaria del mundo con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con las cirugías.(9)

Este programa se basa en un conjunto central de patrones de seguridad conocido como “los 10 objetivos esenciales para la cirugía segura”, mismos que se describen a continuación.(9)

Objetivo 1. Operar el paciente correcto y en el lugar quirúrgico debido.

Objetivo 2. Utilizar métodos conocidos para impedir daños en la administración de anestésicos, en cuanto que protegen al paciente del dolor.

Objetivo 3. Reconocer y estar efectivamente preparados para actuar ante la pérdida de la vía respiratoria o falla en la función respiratoria que amenace la vida del paciente.

Objetivo 4. Reconocer y estar efectivamente preparados para el riesgo de grandes pérdidas sanguíneas.

Objetivo 5. Evitar la inducción de reacciones adversas a medicamentos, errores de medicación y reacciones alérgicas que sean de riesgo para el paciente.

Objetivo 6. Usar de manera sistemática métodos conocidos para minimizar el riesgo de infección del sitio quirúrgico.

Objetivo 7. Impedir la retención inadvertida de compresas o instrumentos en las heridas quirúrgicas, realizando el conteo de todos los artículos utilizados durante el procedimiento.

Objetivo 8. Mantener seguras e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas (material para anatomía patológica).

Objetivo 9. Comunicarse efectivamente intercambiando y registrando información crítica para la conducción segura de la operación.

Objetivo 10. Establecer vigilancia de rutina en conjunto con los hospitales y los sistemas de salud pública sobre la capacidad, volumen y resultados quirúrgicos.

Para que sea viable la adopción del programa *Cirugías seguras salvan vidas* en la rutina diaria de los centros quirúrgicos, la OMS elaboró una lista de verificación (*checklist*) de los procedimientos y situaciones consideradas como críticas dentro del proceso de asistencia quirúrgica. La elaboración de esta lista se basó en los 10 objetivos esenciales para la cirugía segura y tuvo como objetivo la creación de un instrumento para auxiliar en la identificación de riesgos que puedan llevar a fallas y complicaciones relacionadas con la atención quirúrgica.(9)

La aplicación de la lista, compuesta por cerca de 20 puntos a verificar en tres etapas del proceso de asistencia quirúrgica, debe involucrar a todo el equipo que presta cuidados directos a los pacientes (anestesiólogos, cirujanos, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería).(9,20)

La primera etapa de verificación se debe realizar antes de la inducción anestésica y ya con el paciente en la sala quirúrgica, con el fin de garantizar que se efectuará el procedimiento correcto en el paciente y sitio quirúrgico adecuado. En esta etapa también deben verificarse el llenado y firmado del consentimiento del paciente, la presencia de los profesionales responsables y la disponibilidad de materiales y equipos, así como de todos los exámenes y evaluaciones médicas y de enfermería que requiera la operación.(9,20)

La segunda etapa de verificación debe realizarse momentos antes de la incisión quirúrgica, con el fin de que todo el personal involucrado evalúe los problemas que puedan ocurrir durante el procedimiento quirúrgico.(9,20)

La tercera y última etapa de verificación debe hacerse inmediatamente después del término del procedimiento, antes que el paciente deje la sala quirúrgica y sea llevado al lugar donde recibirá los cuidados posquirúrgicos. En este momento el equipo debe contar las compresas y los instrumentos, identificar los materiales que se enviarán a anatomía patológica y evaluar los puntos más importantes para los cuidados del paciente durante su recuperación postanestésica y postoperatoria.(9,20)

Es recomendable que un miembro del equipo quirúrgico, de preferencia un profesional de enfermería, sea responsable de la verificación y llenado de la lista, confirmando de manera verbal y visual todas la información que haya que verificar. La verificación verbal fue concebida de manera intencional para crear una consciencia de responsabilidad colectiva entre los miembros del equipo sobre la seguridad del paciente quirúrgico.(9,20)

La utilización de la lista de verificación también sirve para que los eventos adversos relacionados con el procedimientos quirúrgico sean registrados de manera efectiva, facilitando la prestación de una atención adecuada al paciente que sufre un evento adverso y la generación de informaciones e indicadores que puedan utilizarse para la gestión y realización de investigación en el área.

La lista de verificación recomendada como modelo por la OMS es básica, pero, podrá modificarse de manera adecuada por los centros de salud y adaptarse a las realidades y necesidades locales.(9)

La funcionalidad del protocolo de cirugía segura se comprobó por los resultados de un estudio piloto financiado por la OMS y realizado en ocho ciudades alrededor del mundo (Toronto, Canadá; Nueva Delhi, India; Ammán, Jordania; Auckland, Nueva Zelanda; Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzania; Londres, Inglaterra y Seattle, Estados Unidos de Norteamérica) entre octubre del año 2007 y septiembre del año 2008. Este estudio se publicó en el *New England Journal of Medicine* en enero del año 2009, y sus resultados demostraron que la utilización del protocolo recomendado por la OMS y su lista de verificación llevaron a la reducción de aproximadamente 36% en la tasa de complicaciones quirúrgicas y de 47% en la tasa de mortalidad operatoria, además de la reducción significativa en la tasa de infección hospitalaria y en el número de reoperaciones no planeadas.(20)

A pesar de ser considerada como una medida simple y de bajo costo, la utilización del protocolo de cirugía segura no es todavía una práctica adoptada a gran escala por los hospitales y demás unidades de salud. Para que estas unidades tengan éxito con el uso del protocolo, éste deberá aplicarse de manera sistemática y su implementación deberá ser precedida de entrenamiento y capacitación de todos los miembros de los equipos quirúrgicos. Esta capacitación implicará en muchos casos un cambio cultural y el rompimiento de paradigmas institucionales y profesionales. Todos los miembros de los equipos se les debe informar y conscientizar sobre los impactos que los incidentes en la cirugía pueden generar para los pacientes, unidad de salud y para el propio profesional, sea cirujano, enfermero o anesthesiólogo.

Conclusión

Las complicaciones quirúrgicas, evitables o no, son causas importantes de daños, incapacidad y muerte de pacientes atendidos en unidades de salud de todo el mundo, constituyéndose en un grave problema de salud pública que genera impactos sanitarios y socioeconómicos desastrosos.(8,2)

Hay algunas acciones que convierten la asistencia quirúrgica en más efectiva, segura y, consecuentemente, menos costosa para los sistemas y unidades de salud, algunas de ellas son: asumir abiertamente la existencia del problema, adoptar procedimientos operacionales y protocolos para la ejecución de los diversos pasos que componen el proceso de asistencia quirúrgica; mejorar el control y el registro de la ocurrencia de eventos adversos y sus resultados; proveer infraestructura, materiales, equipamientos, recursos humanos dimensionados y capacitados para las necesidad locales; adoptar mecanismos para transformar la asistencia quirúrgica más segura y trabajar en equipo de manera que las responsabilidades de cada autor estén claramente definidas.

De este modo, le corresponde al equipo quirúrgico, especialmente a los profesionales de enfermería por el hecho de que se encuentran involucrados en el mayor número de pasos del proceso de asistencia quirúrgica, velar por la seguridad del paciente, toda vez que la utilización de mecanismos simples y de bajo costo, como el protocolo de la OMS, pueden hacer la diferencia entre el éxito de una cirugía o el principio de una serie de complicaciones para el paciente.

Referencias

1. Rezende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp; 2009.
2. Rutkow IM. História da cirurgia. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston – Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18ª ed. Río de Janeiro: Elsevier; 2010. pp.3-18.
3. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. McCafferty MH, Polk HC Jr. Patient safety and quality in surgery. Surg Clin North Am. 2007;87(4):867-81,vii.
5. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):827-32.
6. Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir. 2009;36(4):281-2.
7. Clarke JR, Johnston J, Blanco M, Martindell DP. Wrong-site surgery: Can we prevent it? Adv Surg. 2008;42:13-31.
8. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. Lancet. 2008;372(9633):139-44.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS). Río de Janeiro: OPAS/MS/ANVISA; 2009.
10. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
11. Rothrock JC. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.1-14.
12. Nicolette LH. Prevenção e controle de infecção no ambiente perioperatório. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.44-99.
13. Rothrock JC. Segurança do paciente e do ambiente. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.15-43.

14. Heizenroth PA. Posicionamento do paciente para cirurgia. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.130-57.
15. DeLamar LM. Anestesia. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.100-29.
16. Dunscomb AR. Suturas, agulhas e instrumentos. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.158-82.
17. Ball KA. Modalidades cirúrgicas. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.183-227.
18. Odom-Forren J. Cuidados ao paciente no pós-operatório e controle da dor. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.246-70.
19. McEwen DR. Cicatrização de feridas, curativos e drenos. En: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. pp.228-45.
20. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360(5):491-9.