


	<p align="center">PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015</p>		<p>Código: PRT- DQ- 01</p>
	<p align="center">DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</p>		<p>Fecha: DIC 20</p>
	<p align="center">PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS</p>		<p>Rev. 03</p>
			<p>Hoja: 1 de 19</p>

PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

	Elaboró:	Autorizó:
Puesto	Jefatura del Departamento Gestión del Cuidado	Dirección Quirúrgica
Firma		

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 2 de 19

INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, el segundo reto mundial por la Seguridad del Paciente tiene como objetivo mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todos los centros de atención sanitaria.



El error de sitio, el error de procedimiento y el error de persona en cirugías pueden y deben prevenirse. La cirugía en el lugar incorrecto de un usuario es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias para el usuario pueden ser graves, sino porque puede llegar a tener impacto legal para la institución y el personal involucrado. La variabilidad de errores de cirugía realizada en el lugar anatómico incorrecto, puede referirse al lado incorrecto (pierna derecha o izquierda), a la posición incorrecta (dedo incorrecto de la mano correcta) o procedimiento incorrecto (cirugía incorrecta en el ojo correcto). La marcación del sitio quirúrgico le corresponde exclusivamente al cirujano y la práctica de marcación puede ser inconstante. La normativa y estandarización del marcaje quirúrgico tiene importantes aspectos de prevención de errores y garantiza la seguridad para el paciente.

Este protocolo busca alcanzar dicho objetivo y requiere la participación y comunicación de todos los miembros del equipo quirúrgico, además de ser aplicado y adaptado a procedimientos invasivos, incluyendo otros ámbitos además de quirófano. El diseño de este protocolo asegura la identificación del paciente, procedimiento correcto y sitio correcto, con los tres componentes:

- **Verificación preoperatoria**
- **Marcado del sitio correcto**
- **Pausa quirúrgica o “Tiempo fuera”**

Verificación Pre-operatoria:

Asegurar que toda la documentación y estudios relevantes estén disponibles antes de iniciar el procedimiento, que hayan sido revisados y que sean consistentes con lo informado al usuario y con lo considerado por el equipo quirúrgico acerca del usuario, del sitio, del procedimiento, y si correspondiera del implante. Proceso continuo de recolección y verificación de información, comenzando con la determinación de realizar el procedimiento, continuando a través de todos los ámbitos e intervenciones

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 3 de 19

involucrados en el proceso de preparación del usuario, hasta e incluyendo la "pausa" justo antes de iniciar el procedimiento.

Marcado del Sitio Correcto:

Identificación precisa e inequívoca del sitio de incisión o inserción pretendido.

En los procedimientos que requieran o involucren lateralización o la distinción entre izquierda y derecha, entre estructuras múltiples (como dedos) o niveles múltiples (como en niveles espinales), se deberá marcar el sitio quirúrgico de forma tal que la marca sea visible aún después de la antisepsia y preparación del campo. No se requiere marcación sobre los orificios naturales si se va a realizar el procedimiento adyacente al orificio del cuerpo. Sin embargo otros procedimientos realizados a través de orificios ubicados en la línea media cuya finalidad es el abordaje de órganos que se encuentran a la derecha o a la izquierda, deberá señalarse sobre la piel del órgano blanco.

En el caso del gran quemado se realiza el marcado del sitio correcto sobre el vendaje.



En el paciente con aparato de yeso o fibra de vidrio que no tenga la indicación médica de ser bivalvado, el marcaje será sobre el mismo, y en el caso de que se bivalve se marcará sobre la piel.

Sitio correcto:

Se entiende por sitio correcto a operar, el lado indicado y/o a la correcta localización anatómica o nivel de donde se realizará el procedimiento (ej. el dedo correcto en la mano correcta).

CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE NO SE REALIZA EL MARCADO

1. La cirugía de urgencia no se debe demorar por falta de marcado preoperatorio.
2. En Dientes y mucosas.
3. Cirugías de cavidad oral, laríngea, faríngea y de oído por ejemplo:
 - Casos de cirugías bilaterales simultáneas, como adenoamigdalectomía.
 - Cirugía de senos paranasales
 - En caso de papilomatosis laríngea
 - En prognatismo mandibular

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 4 de 19

4. Situaciones en donde la lateralidad de la cirugía necesita ser confirmada luego bajo anestesia o por exploración en quirófano, como revisiones, cirugía de extremidades derecha e izquierda.

5. En el caso de fractura expuesta e inestable no se realiza marcaje para evitar desplazamiento de la misma, agudeza del dolor y mayor riesgo de infección.

1. Cómo marcar

Se deberá usar un marcador indeleble. La marca debe ser una flecha que se extienda al sitio de incisión o cercana al mismo, además de la palabra **SI**.

Las marcas (→ SI) deberán permanecer visibles luego de la antisepsia y preparación de la piel, y luego de colocados los campos quirúrgicos.

2. Dónde marcar

Las cirugías con posibilidad de confusión de lado (lateralidad) deberán marcarse en el lugar o cercano al sitio de incisión. Para dedos de la mano o del pie la marca deberá extenderse al dedo específico a ser intervenido. Se deberá confirmar el sitio quirúrgico pretendido con documentación e imágenes confiables.

3. Quién marca



El marcado debería ser llevado a cabo por el cirujano principal o ayudante designado en el piso o área de preparación.

4. Con quién

El proceso de marcado prequirúrgico del sitio a operar deberá involucrar al usuario en estado de alerta y/o a miembros de la familia u otras personas significativas cuando sea posible.

5. Tiempo y lugar

El sitio quirúrgico deberá idealmente ser marcado en el área hospitalaria o en admisión (cirugía ambulatoria) según corresponda, antes del traslado del paciente a quirófano. El marcado deberá realizarse antes de la pre-medicación.

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 5 de 19

6. Verificación

La marca del sitio quirúrgico deberá ser subsecuentemente chequeada contra documentación confiable: Listado de Verificación de Cirugía Segura (F01-PR-DQ-01) para confirmar que está colocada correctamente y que todavía es legible.

Este control deberá realizarse en cada entrega del paciente en las distintas áreas como pre-anestesia y terminar con una verificación final antes del inicio de la cirugía. Todos los miembros del equipo deberán participar en el control del marcado.

Pausa Quirúrgica o “Tiempo fuera”

Inmediatamente antes de iniciar el procedimiento.

Conducir una verificación final del correcto paciente, procedimiento, sitio y, si fuera aplicable en implantes ortopédicos, cocleares, y oftalmológicos.

Comunicación activa entre todos los miembros del equipo quirúrgico/del procedimiento, iniciado en forma consistente por un miembro designado y dirigida como dispositivo de seguridad.



El procedimiento no se inicia hasta que cualquier duda no se haya resuelto.

Recomendaciones

- Si fallara alguno de los chequeos preoperatorios, el cirujano a cargo deberá evaluar la situación y decidir entre regresar al paciente al área de donde vino o anotar y firmar en la nota preoperatoria la decisión de proceder con este riesgo.
- Si el paciente se regresa al piso/área de admisión de quirófano, área hospitalaria de otorrinolaringología, Cirugía ambulatoria de oftalmología; se registrará en el formato de eventos adversos del Instituto.
- El médico tratante y responsable del paciente deberá ofrecer una explicación al paciente y/o familiar.
- Si se produjera un error de lado o de sitio, se recomienda realizar un exhaustivo análisis de la causa raíz del evento adverso.

Alcance:

Aplica para todos los procedimientos invasivos u operativos que implican punción o incisión a la piel o inserción de un instrumento o material extraño al cuerpo, aspiraciones percutáneas, biopsias, cateterización vascular o cardiaca, endoscopias, efectuados en el quirófano, incluye también

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 6 de 19

procedimientos realizados en áreas especiales como radiodiagnóstico, consultorios de Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología así como la Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias.

Excluye procedimientos menores como venopunción periférica, inserción de sonda nasogástrica e inserción de sonda vesical.

Políticas:

- En el Instituto para la correcta identificación del paciente se utiliza el NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE y LA FECHA DE NACIMIENTO antes de la realización de los procedimientos médico quirúrgicos, técnicos o administrativos.
- Todo usuario que sea intervenido quirúrgicamente deberá contar con el “Listado de verificación de Cirugía Segura” (F01-PR-DQ-01) debidamente requisitada.
- En el Instituto el médico adscrito realiza el marcaje de la zona a operar con una flecha y la palabra “SI”.
- En el caso de los usuarios pediátricos, adulto mayor, comatoso, gran quemados o de alto riesgo, deberá estar presente la persona o familiar con autoridad para proporcionar el consentimiento para que el usuario sea sometido a dicho procedimiento.



Objetivos:

Establecer un conjunto de normas de seguridad de las cirugías realizadas en el Instituto para garantizar la realización de cirugía correcta, lugar y cuerpo correcto

Desarrollar en el personal del Instituto una cultura de seguridad prevención de errores y eventos adversos.

Cumplir con la verificación en etapa previa a procedimiento, en identificación de paciente, procedimiento, sitio planeado y todos los procesos relacionados.

Cumplir con la Cuarta Meta internacional para la seguridad del paciente: eliminación de errores en la identificación del sitio, paciente y procedimiento quirúrgico.

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 7 de 19

PROCEDIMIENTOS QUE CONFORMAN EL PROTOCOLO

1. **Marcaje de Sitio Quirúrgico**
2. **Verificación en Preoperatorio**
3. **Pausa quirúrgica o “Tiempo Fuera”**

1. Proceso de Marcaje de Sitio Correcto

Concepto:

Colocación de marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico.

Propósito:

Eliminar la posibilidad de realizar el procedimiento quirúrgico en un sitio erróneo.

Alcance:

Su aplicación será en todos los usuarios que sean intervenidos quirúrgicamente así como en procedimientos invasivos fuera del quirófano, salvo las circunstancias en las que no se realiza el marcaje.



Material y Métodos:

Verificación Preoperatoria “Listado de Verificación de Cirugía Segura” (F01-PR-DQ-01).

Marcador de tinta indeleble

Políticas



- Deberá realizarse en todos los usuarios que se someterán a procedimiento quirúrgico, excepto en: cavidad oral y las circunstancias en las que no se realiza el marcaje.
- La marca utilizada será una flecha indicando el sitio de la cirugía y la palabra SI (→ SI) y será común para todo el hospital

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 8 de 19

- Tanto el marcaje, como el llenado del formato de autorización, son responsabilidad del médico cirujano.
- Los residentes de especialidad están autorizados para realizar el marcaje
- Los internos de pregrado y estudiantes de medicina, no están autorizados para llevar a cabo el procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO: MARCAJE DEL SITIO CORRECTO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Médico tratante y/o Médico residente.	Marca el sitio correcto antes de que el usuario sea trasladado a la sala quirúrgica; puede hacerse en la habitación del usuario, en el área preoperatoria o en el consultorio del médico, siempre que no exceda de 24 hrs. y estando el usuario despierto, sin efecto de sedantes.
2	Médico tratante y/o Médico residente.	Marca con una flecha (de proximal a distal) y con la palabra SI el sitio en que se realizará la incisión de la piel con un marcador de tinta indeleble, resistente al procedimiento de asepsia de la piel. En el área quirúrgica de Oftalmología se realiza el marcaje con una flecha de manera distal a proximal en la zona de la frente sobre la ceja del ojo a intervenir (incluye cirugía oculoplástica).
3	Médico Tratante y/o Médico residente.	En el caso de que el usuario rechace el procedimiento de marcaje, deberá especificarse en el Listado de verificación de cirugía segura (F01-PR-DQ-04) y recabar la firma correspondiente. Sólo se marcará en el esquema del mismo.
4	Enfermera responsable del paciente	La enfermera responsable del paciente verificará que el procedimiento de marcaje se haya realizado y en caso contrario, deberá registrar el hecho en la notas de enfermería y notificarlo verbalmente cuando entregue al paciente en el preoperatorio.
5	Enfermera	El marcaje será registrado por la enfermera en el listado de

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 9 de 19

		verificación de Cirugía Segura (F01-PR-DQ-01).
--	--	--

Medidas de seguridad

- Evitar utilizar otro tipo de marcaje para señalar el sitio quirúrgico
- Evitar marcador rojo
- Evitar marcar otro sitio que no se vaya a intervenir
- En pacientes que procedan de urgencias o de áreas críticas, el procedimiento deberá realizarse en el servicio de procedencia, por el cirujano responsable del paciente.
- La enfermera deberá verificar el marcaje, si no se encuentra deberá notificarlo y hacer los registros correspondientes.

2. PROCESO DE VERIFICACIÓN EN EL PREOPERATORIO

Concepto:

Revisión de elementos clínicos y administrativos normados, antes del procedimiento quirúrgico.

Propósito:

Asegurar que todo paciente, ingrese al quirófano con la preparación física y la documentación necesarias.



Alcance:

Su aplicación será en todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente y en procedimientos invasivos que se realizan fuera del quirófano en el Instituto.

Material y Métodos:

Hoja de Programación de cirugía.

“Listado de Verificación de Cirugía Segura” (F01-PR-DQ-04).

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 10 de 19

Hoja de Registros Clínicos de Enfermería de Pre Trans y Recuperación.

Políticas:

Se realizará en todos los pacientes que sean sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Todo usuario deberá contar con valoración anestésica, antes de ser ingresado al quirófano, con excepción de usuarios oftalmológicos a los que se les aplica medicación intraocular.

El procedimiento de Verificación Preoperatoria es responsabilidad de la enfermera del área hospitalaria y de pre anestesia.



2. PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN PREOPERATORIA

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Enfermera de Pre anestesia	Corroborar la identificación del usuario a través de los siguientes datos: nombre completo y fecha de nacimiento.
2	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Corroborar que el usuario cuente con brazalete de identificación y valoración de riesgo de caídas, rotulado con su nombre completo, y fecha de nacimiento
3	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Corroborar el marcaje de sitio quirúrgico (salvo las circunstancias en las que no se realiza el marcaje) y en su defecto, notificará la falta del mismo, para que este sea realizado tal y como lo marca el procedimiento institucional. Realiza registros correspondientes.
4	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Corroborar que la valoración pre anestésica esté documentada. El usuario no podrá pasar a la sala sin esta valoración.
5	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Verifica que el consentimiento de cirugía se encuentre debidamente elaborado y firmado. El usuario no podrá



		ser sometido a ningún procedimiento si no cuenta con este consentimiento
5	Médico de anestesia	Verifica que el consentimiento informado de anestesia se encuentre debidamente elaborado y firmado.
6	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Verifica que el expediente clínico tenga una (copia impresa o expediente electrónico) de los resultados de Perfil Básico Preoperatorio (BH, Tiempos de Coagulación, Grupo Sanguíneo y Factor Rh) con vigencia menor o igual a 90 días, (con excepción de usuarios oftalmológicos a los que se les aplica medicación intraocular y en los que el tiempo de vigencia de laboratorio se considera de 180 días). En caso de no estar o de estar vencidos se deberá informar al médico tratante.
7	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Corroborar con el usuario la existencia de alergias y el registro en los documentos del expediente clínico. En caso de existir, deberá registrar; a que es alérgico en los espacios correspondientes
8	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia o el (Médico responsable del paciente)	Verifica la existencia de estudios de gabinete (ECG, Tomografías, Placas de RX, USG. ETC). (Electrónicamente)
9	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Verifica la solicitud de componentes sanguíneos y la disponibilidad de los mismos.
10	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Toma y Registra los signos vitales.
11	Enfermera de Hospitalización y Pre anestesia	Verifica y/o aplica la dosis de antibiótico profiláctico
12	Enfermera de Hospitalización / Pre anestesia	Traslada al usuario al área de pre- anestesia (Otorrinolaringología, Oftalmología y Ortopedia) / traslada al usuario a sala quirúrgica.
13	Enfermera de Quemados Agudos y Subagudos	El traslado del usuario es directo al quirófano y viceversa.

Medidas de seguridad

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 12 de 19

- En caso de cualquier desviación del procedimiento, la enfermera deberá de notificar inmediato y hacer las anotaciones respectivas en la hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
- En caso de no poder retirar alguna joya (aretes tipo broquel, argollas matrimoniales y/o anillos) deberán aislarse con tela adhesiva o micropore.
- Los resultados de estudios de laboratorio tendrán vigencia menor o igual a 90 días.
- En caso de solicitud de componentes sanguíneos, verificar la disponibilidad del producto, o en su defecto, avisar de inmediato al médico tratante.
- Evitar utilizar documental y nombres abreviados de las cirugías

3. PROCESO DE PAUSA QUIRÚRGICA O “TIEMPO FUERA”

Concepto:

Realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento, donde se reúna todo el personal participante (Time Out), para establecer un acuerdo sobre la verificación integral, de los aspectos críticos del procedimiento a realizar.

Propósito:



Asegurar la óptima disponibilidad de los recursos humanos, materiales, organizacionales, necesarios para la seguridad del acto quirúrgico.

Alcance:

Aplicación en todas las áreas quirúrgicas del Instituto y en procedimientos invasivos fuera del quirófano.

Políticas:

La enfermera circulante será la responsable de su llenado, con la participación de todos los miembros del equipo quirúrgico.

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 13 de 19

PROCEDIMIENTO

Verificación de la seguridad se realiza:

Antes de la incisión quirúrgica

Antes de que el usuario abandone la sala quirúrgica.

La enfermera circulante verifica con voz alta y clara los aspectos solicitados en el Listado de Verificación de Cirugía Segura (F01-PR-DQ-04) y el equipo de salud, responsable de cada punto, responde de la misma manera (con voz alta y clara), afirmando o negando.

Recomendaciones:

Antes del Ingreso a Sala

- ¿Está Presente todo el Equipo de Salud?
- ¿Es necesario apoyo de otros profesionales?
- ¿Están los materiales y/o equipos especiales que solicitó el médico?
- ¿Máquina de anestesia funcionando?
- ¿Equipo de monitoreo funcionando?
- ¿Indicadores de esterilización correctos?

Antes de la Inducción Anestésica:

- ¿Es el usuario y el procedimiento quirúrgico programado?
- ¿Marcaje correcto del sitio quirúrgico? (si aplica)
- ¿Consentimientos de Cirugía y anestesia correctos?
- ¿Verificar que no quede ningún espacio por llenar en el Listado de Verificación de Cirugía Segura?
- ¿Alergias Conocidas?
- ¿Se ha valorado la vía aérea? , ¿Vía aérea difícil? Si es positiva la respuesta, es necesario especificar y solicitar equipo necesario (fibroscopio)



- ¿Riesgo de perder más de 500cc de sangre?
- ¿Existencia y disponibilidad de elementos sanguíneos?
- ¿Algún otro riesgo identificado?

3. PROCESO DE PAUSA QUIRÚRGICA O “TIEMPO FUERA”



No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Enfermera Circulante	Antes de realizar la incisión de la piel, la enfermera circulante solicita a todos que paren y confirma verbalmente. Nombre del usuario, fecha de nacimiento, cirugía a realizar, localización de la misma, y la posición del usuario “Vamos a realizar una pausa” En la especialidad de Oftalmología la pausa quirúrgica se realiza antes del bloqueo anestésico.
2	Enfermera Circulante	Reafirma: Están todos de acuerdo que es el usuario X, va a ser sometido a una “.....derecha, en posición.....”
3	Enfermera Circulante	Debe seguir el listado llenando las casillas correspondientes y no debe marcarse hasta que anestesiólogo, cirujano y enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo.
4	Enfermera Circulante	En usuarios de riesgo, de pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, uso de productos sanguíneos y/o cualquier comorbilidad.
5	Enfermera Circulante	Da por terminada la pausa quirúrgica e inicia el procedimiento.

**4. PROCEDIMIENTO ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Enfermera Circulante y Enfermera Instrumentista	Ambas enfermeras realizan antes del cierre de herida quirúrgica, un recuento de instrumentos y textiles utilizados durante el procedimiento. En voz alta notifican al cirujano si es completo el recuento.
2	Médico Cirujano	Si el recuento es completo, inicia cierre de herida quirúrgica
3	Médico Cirujano y Enfermera circulante e Instrumentista	Si el recuento no es completo el cirujano inicia acciones correspondientes (Rx, recuento de textiles e instrumentos etc.)
4	Médico Cirujano	En caso de faltante y a pesar de no encontrar evidencia radiológica y/o física inicia cierre de herida, haciendo el correspondiente registro en nota médica.
5	Enfermera Circulante y Enfermera instrumentista	En caso de faltante se registra el suceso en el formato de registro de Eventos Adversos y en la hoja de Registros Clínicos de Enfermería Pre Trans y Recuperación.
6	Enfermera Circulante	Confirmar y etiqueta las muestras biológicas y/o patológicas, leyendo en voz alta el Nombre del usuario, fecha de nacimiento y descripción de muestra.
7	Médico Cirujano y Anestesiólogo	Revisan conjuntamente con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante para la recuperación del usuario.
8	Médico Cirujano, Médico Anestesiólogo, Enfermera Circulante y Enfermera instrumentista	En caso de algún evento adverso, registrar en el Listado de Verificación de Cirugía Segura la ocurrencia del mismo.

Medidas de Seguridad

- Llenar formato con bolígrafo, letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras (o electrónico)
- Datos del usuario completos
- Nombre completo y firma del cirujano, anestesiólogo, instrumentista y circulante.
- Registrar y notificar al jefe cualquier desviación

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 16 de 19

- El Formato de Listado de Verificación de Cirugía Segura (F01-PRDQ-04) no sustituye a ningún formato establecido por el Instituto.

ANEXO

PROCESO DE VERIFICACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

Concepto:

Es la revisión de la integridad y funcionamiento del equipo biomédico, previa al procedimiento quirúrgico.

Propósito:

Garantizar el buen funcionamiento de la tecnología biomédica durante el acto quirúrgico, mediante una planificación controlada de las actividades por parte del personal técnico responsable.

Alcance:



Todas las áreas quirúrgicas del hospital y las áreas donde se realizan procedimientos invasivos fuera del quirófano

Material y Equipo:

Equipo Biomédico Básico en el Quirófano

Políticas:

- La tecnología médica del área quirúrgica será revisada sistemáticamente de manera preventiva cada 24 hrs.
- El procedimiento de verificación tecnológica es responsabilidad del Departamento de Ingeniería Biomédica del Instituto.

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 17 de 19

PROCEDIMIENTO



1. Recorrido Físico por las áreas quirúrgicas de Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Quemados, además en áreas donde se realizan procedimientos invasivos.
2. Revisar programación quirúrgica para identificar cirugías que tengan requerimientos adicionales.
3. Identificar fallas o reportes en cada uno de las secciones del área quirúrgica y /o otras.

REVISIÓN PREOPERATORIA:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Enfermera Instrumentista y Circulante	Corroborar correcto funcionamiento de tomas de gases, unidades de succión, fluxómetros, esfigmomanómetros, lámpara quirúrgica, mesa quirúrgica, Unidad de electrocirugía. Negatoscopios, microscopios y otros equipos existentes en el área.
2	Enfermera Instrumentista y Circulante	Verifica con el responsable del servicio que no exista reporte de falla de equipo médico.
3	Médico Anestesiólogo	Verifica correcto funcionamiento de: Máquina de anestesia Monitor de signos vitales
4	Enfermera Instrumentista y Circulante	Confirma que la tecnología médica solicitada por el servicio en la programación se encuentre disponible y funcional.

REVISIÓN EN RECUPERACIÓN

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Enfermera de Recuperación	Verifica el correcto funcionamiento de oxímetros, monitores, esfigmomanómetros, unidades de succión, fluxómetros,

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03
			Hoja: 18 de 19



		desfibrilador y otros equipos del área.
2	Enfermera de Recuperación	Verificar reporte de alguna falla de equipo con la responsable del servicio

Medidas de seguridad

- En caso de detectar alguna falla notificarla de inmediato al responsable del servicio y retirar el equipo para su reparación.
- De haber disponibilidad, se sustituirá el equipo por uno igual o equivalente, o se analizarán las alternativas en caso de que el equipo retirado sea indispensable para procedimientos quirúrgicos.
- Se solicitará la verificación tecnológica y control de ingeniería biomédica.
- En caso de no poder retirar algún equipo para su reparación deberá ser etiquetado con un letrero “equipo fuera de servicio”, elaborado previamente en el departamento de ingeniería biomédica.
- El ingeniero y/o técnico responsable deberá verificar oportunamente la solicitud de equipos especiales o adicionales de acuerdo a la programación.

Documentos de Referencia

Documentos	Código
Preguntas frecuentes sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente Joint Commission International Center For Patient Safety Enero 2007	N/A
4a Meta Internacional para la Seguridad del Paciente Joint Commission International Center For Patient Safety	N/A
Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009	N/A
www.who.int/patientsafety/en/ www.who.int/patientsafety/safesurgery/en	N/A
Instrucción 201/2009 Si CALIDAD DGCEs	N/A
Instructivo de llenado de Hoja de Verificación de Cirugía Segura	N/A

	PROTOCOLO Versión ISO 9001:2015		Código: PRT- DQ- 01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		Rev. 03 Hoja: 19 de 19

Registros

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código
Listado de Verificación de Cirugía Segura	5 años	Archivo Clínico	F01-PR-DQ-04
Hoja de Registros Clínicos de Enfermería del área Quirúrgica	5 años	Archivo Clínico	SIN CODIGO
Informe de Eventos Adversos	5 años	Archivo Clínico	SIN CODIGO

Control de Cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20