

## Alerta N° 4: CIRUGÍA EN EL LUGAR ERRÓNEO

### I. RELEVANCIA DEL PROBLEMA

La cirugía en el lugar incorrecto es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal.

Se define como la cirugía realizada en el lugar anatómico incorrecto. Puede referirse a l lado incorrecto (pierna derecha o izquierda), a la posición o el nivel incorrecto (dedo incorrecto de la mano correcta) o a l procedimiento incorrecto (procedimiento quirúrgico incorrecto en el ojo correcto).

Los problemas más frecuentes de cirugía en el lugar erróneo se producen en extremidades inferiores o cirugía de columna.

Desde la **American Academy of Orthopaedic Surgeons** se plantea que un cirujano ortopédico tiene una 25% de probabilidad de realizar, al menos en una ocasión, una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión.(3)

En EEUU, representan un volumen importante del pago de indemnizaciones por demandas a profesionales médicos relacionados con intervenciones quirúrgicas.(3)



**“LUGAR CORRECTO, PROCEDIMIENTO CORRECTO  
y PERSONA CORRECTA”**

### II. FACTORES DE RIESGO PARA LA CIRUGÍA EN EL LUGAR ERRÓNEO

Entre los factores de riesgo más importantes para que se produzca un error en el lugar de la cirugía, se encuentran:

- Casos de emergencia.
- Múltiples cirujanos para un caso.
- Realización de múltiples cirugías por el mismo equipo quirúrgico durante un único tiempo de permanencia en el quirófano.
- Restricciones de tiempo inusuales para iniciar o acabar una intervención quirúrgica.
- Utilización de equipamiento o quirófano no habitual.
- Características inusuales de los pacientes o del sitio de cirugía (obesidad mórbida o deformidades físicas).
- Falta de comunicación entre profesionales.

### II. GUIA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIVERSAL RECOMENDADO POR LA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

*Con este protocolo se pretende estimular el cumplimiento de los objetivos de **sitio correcto, procedimiento correcto y persona correcta**. Ha sido elaborado tras el consenso de profesionales de múltiples especialidades, y respaldado por más de 40 asociaciones profesionales médicas en EEUU.*

#### 1. Verificación preoperatoria. Se debería verificar la persona, el procedimiento y el sitio quirúrgico

- En el momento en que la cirugía o procedimiento son programados.
- En admisiones y al ingreso en el servicio
- Cuando la responsabilidad del cuidado del paciente se transfiere a otro cuidador.
- Con el paciente despierto y consciente, si es posible
- Antes de que el paciente deje el área preoperatoria o ingrese en quirófano.

En esta fase puede ser útil un “*Checklist*” de verificación para asegurar la disponibilidad y la revisión de los siguientes componentes:

- Documentación relevante (Consentimiento informado),
- Imágenes radiológicas relevantes, etiquetadas y ordenadas apropiadamente.
- Algún implante y /o equipamiento especial requerido.

## 2. Marcar el sitio de la cirugía:



- Hacer la marca en o cerca del sitio de la incisión. **NO deben marcarse** los sitios que no serán intervenidos.
- La marca debe ser clara (usar iniciales, un "sí" o una línea representando la incisión propuesta; considerar que "X" puede ser ambiguo)
- La marca debe estar en un lugar que sea visible después de que el paciente sea preparado y cubierto.
- La marca se debe hacer con un rotulador que sea suficientemente permanente para que sea visible después de la preparación de la piel. Los marcadores adhesivos no deberían ser utilizados como único sistema para marcar el sitio.
- El método para marcar y el tipo de marca debieran ser comunes para toda la organización.
- Como mínimo marcar todas las áreas que involucran lateralidad, estructuras múltiples (dedos, lesiones) o niveles múltiples (columna vertebral).  
Nota: para la identificación de la región espinal deberían utilizarse técnicas radiológicas intraoperatorias para marcar el nivel vertebral exacto.
- La persona que realizará el procedimiento es la que debería marcar el sitio de la cirugía.
- La marca debe hacerse con el paciente despierto y consciente, si es posible.
- La verificación final de la marca debe hacerse justo antes de iniciar el procedimiento
- Para aquellos pacientes que rechazan la marca del sitio debe haber un procedimiento definido.

### Excepciones:

- Casos de un solo órgano (cesárea, cirugía cardíaca, etc.)
- Casos de intervenciones en las que el sitio de inserción de catéteres o instrumentos no está predeterminado. (ej, cateterización cardíaca)
- Extracción o intervención de piezas dentarias: **PERO** se debe indicar el nombre del diente que será intervenido en la documentación **O** marcarlo/los en la radiografía o en un diagrama dental.

## 3. Tiempo inmediato antes de comenzar el procedimiento ("Cuenta atrás")

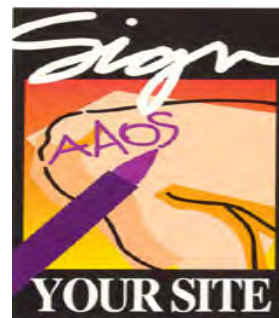
- Debe ser efectuado un "checklist" en el lugar donde será realizado el procedimiento justo antes de su inicio.
- Debe involucrarse a todo el equipo personal, mediante un sistema de comunicación activa y utilizando un documento breve cuyo contenido debe estar determinado por la organización, estableciendo el tipo y la cantidad de la información, e incluyendo por lo menos:

- } Identificación del paciente correcto
- } Sitio y lado correcto
- } Acuerdo con el procedimiento que será realizado
- } Posición correcta del paciente
- } Disponibilidad de los implantes correctos y de algún equipo o requerimiento especial.

La organización debería tener procedimientos y sistemas establecidos para resolver las diferencias que puedan surgir entre los profesionales en esta fase.

## 4. Procedimientos realizados fuera de quirófano.

- La marca debe hacerse para cualquier procedimiento que incluya lados, estructuras múltiples o niveles.
- El protocolo de verificación, de marca y la "cuenta atrás" deberían conocerse y estar disponibles tanto en quirófano como en cualquier otra unidad donde se realicen procedimientos invasivos.



Logotipo de la American Academy of Orthopaedic Surgeons, que promueve la identificación de las iniciales del cirujano en el sitio del procedimiento.

### Bibliografía

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, [[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)] Sentinel Event Alert, Issue 6 - August 28, 1998 20 de abril 2004
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, [[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)] Sentinel Event Alert, Issue 24 - December 5, 2001, 20 de abril 2004
3. American Academy of Orthopaedic Surgeons, disponible en [[www.aaos.org/](http://www.aaos.org/)] <http://www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1015.htm> cedido abril 2004
4. Chapter 43. Prevention of Misidentifications (continued) Subchapter 43.2. Strategies to Avoid Wrong-Site Surgery [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov) <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap43b.htm> febrero 2004