

UNIVERSIDAD JAIME I DE CASTELLÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
(GRADO EN MEDICINA)



PROTOCOLO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN DERMATOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Autor:

Ana Racero Felip

Director:

Gerard Pitarch Bort

Especialista en Dermatología
(Hospital General de Castellón)

Profesor asociado a la UJI



UNIVERSITAT
JAUME I

TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

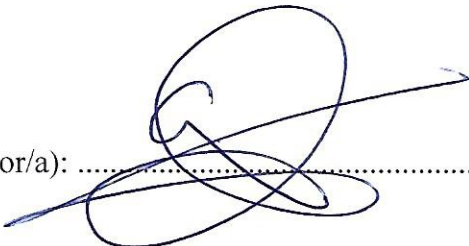
EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: *protocolo de verificación quirúrgica en dermatología*

ALUMNO/A: *Ana Riera Filip.*

DNI: *20901238-B*

PROFESOR/A TUTOR/A: *GERARD PITARCH BORT*

Fdo (Tutor/a): 

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente es un elemento fundamental en la asistencia médica. El uso de protocolos para garantizar la seguridad quirúrgica es relevante para mejorar la atención del paciente y maximizar la seguridad. Se ha demostrado que las listas de verificación de seguridad quirúrgica pueden ahorrar dinero y ayudar a prevenir reclamos por mala praxis, además de que tienen un impacto significativo en la mortalidad y morbilidad quirúrgica.

Objetivos: elaborar un protocolo aplicable a toda la actividad quirúrgica dermatológica que tenga en cuenta los principales elementos de seguridad relacionados con la cirugía.

Metodología: se realiza una búsqueda sistemática en distintas fuentes bibliográficas (Pubmed, Uptodate, Google académico, revista Actas Dermo-sifilográficas, manuales y protocolos de cirugía dermatológica). Tras reuniones de consenso se selecciona la información relevante y se elabora el protocolo a partir de dicha información.

Resultados: se elabora un protocolo que incluye desde la fase de entrada en consulta, la fase de quirófano, hasta la fase de salida de quirófano que contempla los factores de seguridad relacionados con la cirugía dermatológica.

Conclusiones: la implementación de un listado de verificación quirúrgica en cirugía dermatológica puede aumentar la seguridad del acto médico y mejorar la atención al paciente.

PALABRAS CLAVE

Cirugía dermatológica, Protocolo, Seguridad del paciente, Listado de verificación.

KEY WORDS

Dermatologic surgery, study protocol, patient safety, checklist.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Patient safety is a fundamental element in medical care. In all surgical activity, including dermatological surgery, it is highly recommended the creation and implementation of protocols that address the safety problem, including presurgical assessment and the patient's peculiarities.

The main purpose of this protocol is to increase the safety of the surgical patient treated in the Dermatology Section of the General University Hospital of Castellón.

Justification

The surgical safety checklist (or checklist) ensures the verification of fundamental key points in patient safety. With this instrument a quick review is made of all the aspects that affect the safety of the surgical patient.

The most important aspects that affect the safety of the patient are: surgery in the wrong place, technical error during the procedure, quality / inaccurate quantity of the sample, incorrect information about the labeling of the container and the sample application document, between others.

Main goal

Increase patient safety in dermatological surgery.

Processing process

- Four phases are carried out to determine the aspects that are going to be treated, to determine the bibliographic sources, to carry out the review and selection of the information and to agree on the protocol from said information.
- The literature review was conducted from the main source and biomedical database, Pubmed, the evidence-based medicine portal Uptodate, the Actas Dermo-sifiliográficas journal (official publication of the Spanish Academy of Dermatology), Google academic and manuals and dermatological surgery protocols.

- Articles published from 2011 to the present were selected.
- The words used for the search were: dermatology, skin, surgery, checklist, safety, antibiotic prophylaxis, pacemaker, bleeding, anticoagulants, anti platelet agents.
- The language used for the search was English, and Spanish for Actas Dermosifiliográficas journal.
- Regarding the inclusion criteria, the abstract of the articles found by means of the key words was read, and the complete reading of the articles that best suited the clinical questions was read. Articles that provide updated and relevant information have been selected.

Specific objectives

- Reduce the possibility of erroneous location of the lesion.
- Reduce the possibility of error in the identification of the sample.
- Reduce the risk of adverse effects to the drugs and antiseptics used in surgery.
- Reduce the risk of surgical wound infection.
- Reduce the risk of surgical and postoperative bleeding.
- Reduce the risk of complications derived from hemostatic procedures.

Check list

The safety of the patient requires attention during the entire care process: from the visit to the consult, the surgical intervention to the postoperative care.

This document consists of:

- Entry phase (in consult): where the responsible is the dermatologist. The patient should be informed about possible allergic drug reactions (including latex allergy, antiseptics or dressings), the risk of bleeding and assess whether the patient is a pacemaker holder, defibrillator (ICD) or metal objects in contact with the skin.

- In the operating room: the person in charge is the nursing staff. They must confirm the identification of the patient, the location of the lesion and the procedure to be performed, verify that the patient gives the signed informed consent, confirm that the pulse oximeter is correctly fitted and verify that the antibiotic has been administered (if indicated) prior to the intervention.
- Exit phase: the dermatologist and the nursing staff are responsible and the problems are assessed during the intervention (if any), confirm that the patient receives written instructions for self-care and the date / telephone number for the next appointment , and finally confirm the correct identification and control of biological samples.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	9
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	9
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. PROCESO DE ELABORACIÓN.....	9
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROTOCOLO	11
5.1. Reducir la posibilidad de localización errónea de la lesión	11
5.2. Reducir la posibilidad de error en la identificación de la muestra	12
5.3. Reducir riesgo de efectos adversos a los fármacos y antisépticos	13
5.4. Reducir riesgo de infección de la herida quirúrgica.....	13
5.5. Reducir riesgo de sangrado quirúrgico y postquirúrgico	14
5.6. Reducir riesgo de complicaciones de los procedimientos hemostáticos	15
5.7. Obtención del consentimiento informado	16
6. LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN DERMATOLOGÍA	17
6.1. Fase de entrada (en consulta)	17
6.2. En quirófano.....	18
6.3. Fase de salida	19
6.4. Listado de verificación.....	20
7. ANEXO- HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES	21
8. BIBLIOGRAFÍA.....	22

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un elemento fundamental en la asistencia médica. En toda actividad quirúrgica, incluida la cirugía dermatológica, es altamente recomendable la creación e implementación de protocolos que aborden dicho problema de seguridad, incluyendo la valoración prequirúrgica y las peculiaridades del paciente.

El presente protocolo tiene como finalidad principal aumentar la seguridad del paciente quirúrgico que se atienda en la Sección de Dermatología del Hospital General Universitari de Castelló (HGUCS). Este centro atiende a la totalidad de la población del Departamento de salud de Castelló, con una población aproximada de 280.000 habitantes, incluyendo población pediátrica.

El protocolo se instaurará en la Sección de Dermatología del HGUCS, integrada por seis facultativos, realizando todos ellos actividad quirúrgica programada en modo ambulatorio, sin empleo de los recursos de Cirugía Mayor Ambulatoria ni valoración preanestésica por el Servicio de Anestesiología.

2. JUSTIFICACIÓN

La lista de verificación de seguridad quirúrgica (o *checklist*) asegura la comprobación de aquellos puntos fundamentales en la seguridad del paciente¹. El *checklist* quirúrgico es posiblemente la herramienta más importante para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, según la OMS². Con este sencillo instrumento se hace un repaso rápido y general a los principales aspectos que afectan a la seguridad del paciente quirúrgico.

Los fallos en seguridad más frecuentes en cirugía dermatológica, enumerados en frecuencia decreciente, son los siguientes³:

- Cirugía en el sitio equivocado.
- Error técnico durante el procedimiento.
- Calidad / cantidad inexacta de la muestra.
- Información incorrecta sobre el etiquetado del recipiente y del documento de solicitud de la muestra.

Existen otros factores alrededor de la cirugía dermatológica en los que se pueden producir riesgos para la seguridad del paciente. En este apartado se podrían incluir los errores del diagnóstico clínico, los errores en el diagnóstico de laboratorio, los relacionados con la medicación necesaria para el procedimiento quirúrgico así como el manejo de la medicación habitual del propio paciente³, la infección de la herida quirúrgica, la interferencia del bisturí eléctrico con marcapasos y otros dispositivos implantables, la falta de consentimiento informado, etc.

Actualmente la utilización del *checklist* es rutinaria en la gran mayoría de procedimientos quirúrgicos. Sin embargo en los procedimientos mediante anestesia local no se suele aplicar el listado de verificación, pese a existir riesgos evidentes para la seguridad del paciente.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo principal:

- Aumentar la seguridad del paciente en la cirugía dermatológica.

3.2. Objetivos específicos:

- Reducir la posibilidad de localización errónea de la lesión.
- Reducir la posibilidad de error en la identificación de la muestra.
- Reducir el riesgo de efectos adversos a los fármacos y antisépticos empleados en la cirugía.
- Reducir el riesgo de infección de herida quirúrgica.
- Reducir el riesgo de sangrado quirúrgico y posquirúrgico.
- Reducir el riesgo de complicaciones derivadas de los procedimientos hemostáticos.

4. PROCESO DE ELABORACIÓN

4.1. Fases de elaboración del protocolo

. **Fase I:** se realizan varias reuniones alumna-tutor en las que se habla sobre los aspectos que se van a tratar en el presente protocolo y se establecen los objetivos del trabajo. Se identifican los puntos críticos en seguridad durante el proceso asistencial.

. **Fase II:** se determinan las fuentes bibliográficas que se van a consultar y los criterios de búsqueda que van a utilizarse basándose en los puntos críticos identificados previamente.

. **Fase III:** se realiza la pertinente revisión bibliográfica y se selecciona la información que se va a incluir en el presente trabajo. Se realizan reuniones alumna-tutor para extraer la información relevante.

. **Fase IV:** se consensua el protocolo a partir de la información relevante extraída de la revisión bibliográfica entre la alumna, el tutor y el resto de facultativos de la Sección de Dermatología del Hospital General Universitari de Castelló.

4.2. Fuentes bibliográficas

La revisión bibliográfica se realizó a partir de la principal fuente y base de datos biomédica, Pubmed, el portal de medicina basada en la evidencia Uptodate, la revista Actas Dermo-sifiligráficas (publicación oficial de la Academia Española de Dermatología), Google académico y manuales y protocolos de cirugía dermatológica. Se ha realizado una revisión manual de la bibliografía referenciada en los principales artículos.

Respecto a la búsqueda en las bases de datos, se han seleccionado los artículos y documentos publicados desde 2011 hasta la actualidad, principalmente aquellos que hacen referencia a la seguridad del paciente en cirugía dermatológica.

Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido: dermatology, skin, surgery, checklist, safety, antibiotic prophylaxis, pacemaker, bleeding, anticoagulants, anti platelet agents.

El idioma empleado para la búsqueda ha sido el inglés, y el español para la revista Actas Dermo-sifiligráficas.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

- Criterios de inclusión

- Se ha realizado la lectura del resumen de los artículos encontrados mediante las palabras clave, y la lectura completa de los artículos que más se ajustaban a las preguntas clínicas.

- Se han seleccionado los artículos que aporten información actualizada y relevante para poder responder a las preguntas.

- Criterios de exclusión

- Publicaciones anteriores al 2010 no consideradas “de referencia”.
- Publicaciones encontradas en páginas sin acreditación médica o científica.

4.4. Preguntas clínicas para la búsqueda

Para poder cubrir la mayor parte de los apartados del protocolo las preguntas clínicas realizadas para efectuar la búsqueda bibliográfica han sido:

- ¿Cuáles son los incidentes críticos que pueden ocurrir en cirugía dermatológica?
- ¿Es necesaria la profilaxis antibiotica en cirugía dermatológica?
- ¿Se debe interrumpir el tratamiento anticoagulante o antiagregante en cirugía dermatológica?
- ¿Qué precauciones se deben tomar con el uso de electrocoagulación en cirugía dermatológica?
- ¿Cuáles son las ventajas de disponer de un listado de verificación estructurado en cirugía dermatológica?

4.5. Conflicto de intereses

Los autores implicados en la elaboración del protocolo declaran no tener conflicto de intereses.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROTOCOLO

5.1. Reducir la posibilidad de localización errónea de la lesión

La localización correcta del sitio quirúrgico es fundamental. Representa el error más frecuente en cirugía dermatológica y el segundo evento que genera mayor número de demandas por negligencia médica contra los dermatólogos^{3,4}.

En el momento actual, ante la imposibilidad de adjuntar la imagen digital a la historia electrónica de dermatología en el Orion Clínic, se ha optado por señalar en un esquema corporal integrado en el listado de verificación la localización exacta de la lesión a tratar (ver Listado de verificación).

Se han incluido unas casillas de verificación para seleccionar el tipo de intervención a realizar y evitar errores en la realización de la técnica inadecuada.

5.2. Reducir la posibilidad de error en la identificación de la muestra

Los errores de identificación de la muestra incluyen la aplicación de etiquetas identificativas del paciente equivocado, la falta de etiquetado, o la descripción incorrecta del sitio. Se ha demostrado que etiquetar una muestra con solo el nombre del paciente aumenta la frecuencia del error^{3,5}.

Para reducir este error:

- Se deben usar etiquetas identificativas, o en su defecto señalar el contenedor con identificadores múltiples (nombre del paciente, SIP, número de historia clínica). Se ha demostrado que los códigos de barras ayudan a reducir el error de identificación, especialmente cuando se transfiere información del paciente de etiquetas durante el acceso y el informe de patología.
- Se debe asegurar que las tapas de los contenedores estén bien apretadas, porque el fijador (formol) que contienen las muestras puede eliminar la tinta de las etiquetas de los especímenes.
- Se deben identificar por separado, si las hay, las muestras múltiples de un solo paciente.

Por tanto, el esquema a seguir para reducir este tipo de error es⁶:

- **Hoja de petición:** es imprescindible rellenar la solicitud de anatomía patológica de Orion Clinic, completando todos los campos posibles. En concreto, se debe indicar como mínimo: material remitido, localización de la lesión, antecedentes de extirpación de lesiones similares, diagnóstico clínico de sospecha y toda aquella información que se considere relevante para el caso.

- **Conservación de la muestra:** Una vez obtenida la muestra, se introducirá en un frasco con formol tamponado al 10%, en una proporción de aproximadamente unas diez veces el tamaño de la muestra. Se cerrará el frasco herméticamente y se conservará a temperatura ambiente (una vez sumergida en formol, la muestra no debe almacenarse en nevera). Las muestras para inmunofluorescencia directa se remitirán sin formol, envueltas en una gasa empadada en suero salino fisiológico.
- **Identificación del frasco:** Se realizará preferentemente con etiqueta identificativa con los datos del paciente y código de barras, En su defecto se identificarán los datos con rotulador, registrando el nombre del paciente y número de historia clínica/SIP. Serán devueltos los frascos no identificados o aquellos en los que no coincida la identificación con la de la hoja de petición.

Es muy importante que tanto la cumplimentación de la hoja de petición como la identificación del frasco se realicen delante del paciente, para evitar el intercambio accidental de muestras.

5.3. Reducir los riesgos de efectos adversos a los fármacos y antisépticos empleados en la cirugía

En la anamnesis siempre se preguntará sobre efectos adversos a fármacos, alergia a látex o reacción adversa a productos antisépticos o apósitos. En caso de duda, se solicitará un estudio alergológico previo a la intervención, si no se puede evitar el uso del producto sospechoso.

En embarazo o lactancia, el anestésico de elección será la lidocaína.

En alergia al látex, se comunicará la situación a la supervisión del área quirúrgica para la preparación previa del quirófano.

5.4. Reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica

No se recomienda la profilaxis antibiótica para la cirugía dermatológica estéril de rutina, aunque puede estar indicada en pacientes con factores de riesgo: heridas con un grado significativo de tejido desvitalizado, diabéticos, pacientes con enfermedad vascular periférica, alcohólicos, inmunosupresión o heridas contaminadas⁷.

En el caso de que algún paciente necesite recibir profilaxis antibiótica se recomienda una única dosis profiláctica de antibiótico en las 2 horas previas a la intervención, y la administración de una dosis repetida de profilaxis antibiótica solo cuando la intervención es más prolongada que la vida media del antibiótico.

Tabla 1. Profilaxis de la infección intraoperatoria de la herida quirúrgica⁸

	Primera elección	Alternativas	Alergias a penicilina
Piel	Vía oral: Cefalexina 2 g pre-IQ y 500 mg a las 6 horas	Vía oral: Amoxicilina 2 g pre-IQ Cloxacilina 2 g pre-IQ	Vía oral: Azitromicina 500 mg pre-IQ Claritromicina 500 mg pre-IQ Clindamicina 600 mg pre-IQ
	Intravenosa: Cefazolina 1 g pre-IQ		
Mucosa oral	Vía oral: Amoxicilina 2 g pre-IQ		Vía oral: Azitromicina 500 mg pre-IQ Claritromicina 500 mg pre-IQ Clindamicina 600 mg pre-IQ

Si la lesión se sitúa en zonas húmedas, como espacios intertriginosos y pabellón auricular, pueden existir *Staph. aureus* y *Strept. Beta-hemolíticos*, como en otras zonas de la piel, pero también pueden crecer *Pseudomonas*, contra la cual utilizaríamos piperaciclina-tazobactam⁹.

El vello solamente se debe eliminar si dificulta la visión o el acceso al sitio de incisión. En estos casos se procederá a cortar el vello, no a rasurar con cuchilla de afeitado. No se debe retirar el vello cortado con esparadrapo para evitar microabrasiones.

La desinfección del campo quirúrgico se realizará con povidona yodada o clorhexidina. En general se recomienda el empleo de clorhexidina, aunque para cirugía de párpados, oído, boca, o membranas mucosas se utilizará povidona yodada¹⁰.

5.5. Reducir el riesgo de sangrado quirúrgico y postquirúrgico

Se ha observado que la hemorragia clínicamente significativa es poco frecuente en cirugía dermatológica. En aquellos pacientes que requieren intervenciones dermatológicas (incluidos procedimientos menores, biopsias, resecciones oncológicas convencionales y cirugía micrográfica de Mohs) y están recibiendo tratamiento antitrombótico debe continuarse la anticoagulación en todo momento del procedimiento, ya que se ha visto que no hay beneficios significativos al suspender los medicamentos antes de la operación y que puede exponerse innecesariamente a estos pacientes a riesgos de tromboembolia. (grado de evidencia 1C: evidencia sólida y fuerte; los beneficios superan los riesgos y los costos)¹¹.

En cirugía dermatológica, aunque el enfoque común en el pasado era detener cualquier medicamento antitrombótico como en cirugía general, incluyendo warfarina y aspirina, varios días antes de la cirugía cutánea, los datos recientes sugieren que esta práctica debe cambiarse, ya

que el riesgo relativamente bajo de hemorragia no justifica la naturaleza potencialmente mortal de una posible trombosis. Para pacientes con warfarina, solo se debe evitar la cirugía dermatológica si el INR fuera mayor de 3,5. La aspirina no debe suspenderse, y en la mayoría de los casos, los pacientes que toman medicamentos antitrombóticos a largo plazo tampoco deben suspenderlos antes de la cirugía dermatológica. En los casos más complicados, la comunicación con el prescriptor de estos fármacos es indispensable, incluso cuando la terapia debe suspenderse por un corto período de tiempo¹².

En cirugía general, la recomendación para fármacos anticoagulantes orales antagonistas de vitamina K es mantenerlos en cirugías con bajo riesgo de sangrado y suspenderlos 5 días antes de procedimientos quirúrgicos con riesgo hemorrágico moderado y alto, controlando el INR el día previo a la cirugía. Los nuevos anticoagulantes orales no requieren monitorización de rutina, recomendándose suspenderlos 1-4 días previos al procedimiento quirúrgico, dependiendo del riesgo hemorrágico de cada cirugía y de la función renal. En relación con los anticoagulantes parenterales, la heparina no fraccionada en infusión intravenosa se recomienda suspenderla 4-5 h antes de la cirugía, mientras que la utilizada vía subcutánea, 12 h previas a la intervención quirúrgica. Las heparinas de bajo peso molecular, en dosis de anticoagulación, se sugiere discontinuarlas 24 h previas a la cirugía, mientras que las usadas en dosis profilácticas, solo 12 h antes¹³.

La hemostasia cuidadosa y la compresión son necesarios en el paciente que recibe tratamiento antitrombótico sometido a cirugía dermatológica para evitar complicaciones hemorrágicas posoperatorias¹¹.

5.6. Reducir las complicaciones derivadas de los procedimientos hemostáticos

El electrobisturí es una herramienta muy útil y ampliamente utilizada en dermatología para el tratamiento de lesiones benignas y malignas cutáneas, y para la hemostasia durante la cirugía dermatológica. Su uso en pacientes con dispositivos electrónicos cardiacos implantables (marcapasos y desfibriladores) requiere tomar ciertas precauciones ya que puede producir interferencias electromagnéticas capaces de provocar su mal funcionamiento. Ante un paciente con uno de estos dispositivos se debe conocer el tipo de dispositivo que presenta y la dependencia del paciente, y valorar la localización tanto del dispositivo como de la lesión cutánea a tratar¹⁴.

Recomendaciones durante el uso del electrobisturí en paciente con dispositivo cardíaco¹⁵:

1. El paciente debe ser valorado por el servicio de anestesia y de cardiología.
2. Es deseable la utilización del electrobisturí bipolar. En caso de utilizar el monopolar, se debe tener presente la localización de la lesión cutánea que se va a tratar y del dispositivo y seleccionar dónde colocar el electrodo de retorno para lograr que la corriente fluya alejada del corazón y del dispositivo.
3. Durante la intervención el paciente debe estar monitorizado y bajo la supervisión del anestesista. En el ECG debe haber al menos una derivación donde la espícula y/o QRS sean perfectamente visibles e identificables. Se debe utilizar también algún otro método de monitorización en el que no influya la interferencia eléctrica (pulsioximetría).
4. Cuando se utiliza para hacer hemostasia no se debe activar hasta que esté tocando el hemostato para evitar que pueda crearse un arco voltaico.
5. Cuando el paciente no dispone de ritmo propio (pacientes dependientes) y el MP se detiene cada vez que se utiliza el bisturí eléctrico, se puede recurrir a la aplicación de un imán con el cual la mayoría de los aparatos revierten a ritmo fijo (modo asíncromo) y emiten impulsos de forma continua.
6. En los DAI lo ideal es consultar al especialista en arritmias y solicitar que desprograme el dispositivo y lo vuelva a reprogramar en cuanto finalice el riesgo de IEM. Se debe desactivar la función de detección de arritmia y las «descargas», manteniendo la función MP; se monitoriza al paciente y se colocan las palas adhesivas de un desfibrilador externo que permitan actuar en caso necesario.

5.7. Obtención del consentimiento informado

Es imprescindible que el profesional haya informado, verbalmente y por escrito, al paciente, de manera objetiva y comprensible sobre la intervención que se le va a realizar, el diagnóstico y el objetivo de dicha intervención. Además, se deben comentar los riesgos frecuentes y personalizados. Dicha información, se debe hacer con el tiempo suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.

El documento de consentimiento informado deberá contener: la identificación del paciente, la identificación del centro, la identificación del médico, la identificación del procedimiento, la declaración de dar consentimiento, ya sea por el paciente, su representante legal o familiar, la po-

sibilidad escrita de poder revocar el consentimiento en cualquier momento, lugar, fecha y consentimiento autógrafo del paciente (familiar o representante legal), junto a la firma del médico.

En el documento quedará constancia de que el paciente recibe una copia del documento y de la comprensión de la información. Otra copia deberá incluirse en la historia clínica.

6. LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN DERMATOLOGÍA

La seguridad del paciente requiere una atención durante todo su proceso asistencial: desde la visita a consulta, la intervención quirúrgica hasta los cuidados postoperatorios. Los objetivos anteriormente expuestos se concretan en el listado de verificación quirúrgica. Este documento debe ser rápido y sencillo de cumplimentar, para que su empleo se pueda integrar sin problemas en la práctica asistencial.

El documento de verificación quirúrgica se rellenará en papel (siendo la misma hoja en la consulta y en quirófano), y tras la intervención se remitirá al archivo para su escaneado e integración en la historia clínica electrónica. En un futuro se valorará su integración en la historia clínica electrónica (Orion Clinic).

Los puntos que se deben completar son los siguientes:

6.1. FASE DE ENTRADA (en consulta)

Responsable: dermatólogo.

- **Comprobación de posible reacción alérgica medicamentosa.**

El profesional, deberá preguntar acerca de las posibles reacciones alérgicas y medicamentosas al paciente. En especial preguntar sobre reacciones adversas a anestésicos locales, antisépticos, apósitos y látex. Se revisará la historia clínica electrónica para comprobar si hay registro de dichas alergias.

- **Riesgo de sangrado.**

El profesional, deberá preguntar acerca del tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes.

- **Valoración del paciente portador de marcapasos, DAI y objetos metálicos en contacto con la piel.**

Se deberá identificar preoperatoriamente a los pacientes que llevan implantados dispositivos cardíacos, el tipo de dispositivo y el nivel de dependencia del paciente. Si está previsto el uso de bisturí eléctrico, se remitirá al paciente al cardiólogo o anestesista para su valoración.

6.2. EN QUIRÓFANO

Responsable: personal de enfermería.

- **Confirmar la identificación del paciente, localización de la lesión y procedimiento.**

El profesional sanitario (celador o auxiliar de enfermería) deberá confirmar la identificación del paciente mediante su DNI. El facultativo, con la ayuda del esquema corporal, deberá localizar correctamente la lesión. El personal de enfermería aplicará la solución antiséptica en la zona marcada para la intervención.

- **Obtención del consentimiento informado.**

El personal sanitario (enfermería o personal facultativo) comprobará que el paciente entrega el consentimiento informado firmado.

- **Pulsioxímetro.**

Se confirmará que el paciente lleva colocado adecuadamente el pulsioxímetro antes de la infiltración con anestesia local y que éste funciona correctamente.

- **Profilaxis antibiótica.**

Se verificará que se ha administrado el antibiótico previo a la intervención, en caso de considerarse necesario.

6.3. FASE DE SALIDA

Responsable: dermatólogo/enfermería (muestras).

- **Problemas durante la intervención.**

El facultativo debe repasar el procedimiento realizado, es decir, si se ha realizado conforme a lo previsto o bien se ha modificado por alguna circunstancia no prevista o dificultad de la técnica. También debe repasar, los eventos intraoperatorios importantes que hayan podido.

- **Confirmar que el paciente recibe por escrito instrucciones para su auto cuidado, fecha, lugar, hora de revisión y teléfono de contacto.**

El paciente debe recibir de forma oral y por escrito, de manos del facultativo, las instrucciones relativas para el cuidado de las heridas, medicación necesaria y la retirada de los puntos. Además, de las instrucciones para su revisión y el teléfono de contacto, por si hubiera algún problema.

Estas instrucciones están reflejadas en la Hoja de Información al Paciente (Anexo X) que se entrega al paciente.

- **Confirmar la correcta identificación y control de muestras biológicas.**

El personal de enfermería debe repasar la correcta identificación y gestión de las muestras biológicas, y verificará que existe una correlación entre las solicitudes (para anatomía patológica y, en su caso, microbiología) y las muestras recogidas.

6.4. LISTADO DE VERIFICACIÓN *(Página siguiente)*

Nombre _____ Historia _____ SIP _____

Fecha _____ Diagnóstico _____

Lugar lesión _____ Cirujanos _____

Procedimiento: Punch Extirpación Colgajo Injerto
 Afeitado Electrocoagulación

FASE DE ENTRADA (EN CONSULTA)

¿El paciente:

Tiene alergias conocidas? Sí No _____
 Tiene infecciones conocidas? Sí No _____
 Agregado / Anticoagulado? Sí No _____
 Porta marcapasos, DAI, etc.? Sí No _____
 Profilaxis antibiótica Sí No _____

EN QUIRÓFANO

El paciente ha confirmado: Su identidad: Sí No
 Consentimiento informado Sí No
 Demarcación de la lesión (señalar en dibujo) Sí No



Porta objetos metálicos? Sí No _____

FASE DE SALIDA

Problemas durante la intervención _____

El paciente recibe por escrito: Instrucciones de autocuidado FIRMADO:
 Cita y teléfono revisión

Identificación / control de muestras biológicas Sí No

7. ANEXO - HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES



Hospital General Universitari de Castelló
Secció de Dermatologia

CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Paciente deberá presentarse el día de a lashoras en la CMA (Cirugía Ambulatoria), ubicada en la planta 2ª B.

INSTRUCCIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN:

1. Puede desayunar y/o comer normalmente.
2. Tome todos los medicamentos que acostumbra EXCEPTOque debe dejar de tomar días antes de la intervención.
3. Prescinda de joyas y otros objetos metálicos.
4. No lleve las uñas pintadas
5. En caso de no poder acudir a la intervención, adviértalo con la mayor antelación posible al teléfono 964725219.

DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN:

1. Cura diaria con ... BETADINE/ CLORHEXIDINA
BACTROBAN/FUCIDINE POMADA
2. Quitar puntos en enfermería de su centro de salud dentro de..... días.
3. Puede Ducharse, pero no debe dejar la herida en remojo (no baño, piscinas...)
4. Pedir cita en **mostrador** de consultas externas para revisión por su Dermatólogo (Hospital General/CCEE Jaime I/CSI Grau).
5. Si tiene dolor, tomar analgésico habitual (paracetamol, ibuprofeno, ...)
6. Consultar con su Médico de Atención Primaria si signos de infección (supuración, inflamación....)
7. Otros consejos:

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Diamond S, El Tal A, Mehregan D. A dermatology surgical safety checklist: an objective resident performance tool. *Int J Dermatol* 2013; 52: 1231-1234.
2. OMS. Organización mundial de la salud [página en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>, acceso 30 abril 2018.
3. Hamsen T, Lolis M, Goldberg D, MacFarlane D, Patient safety in dermatologic surgery. Part I. Safety related to surgical procedures. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: 1-12.
4. Rossy KM, Lawrence N. Difficulty with surgical site identification: what role does it play in dermatology? *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:257-261.
5. Watson AJ, Redbord K, Taylor JS, Shippy A, KostECKI J, Swerlick R. Medical error in dermatology practice: development of a classification system to drive priority setting in patient safety efforts. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68: 729-737.
6. Servicio Canario de Salud. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. Disponible en: <http://cursocirugiamenor.es/wp-content/uploads/2016/10/Manual-Cirugia-Menor-Protocolos-en-Atencion-Primaria-Canarias.pdf>, acceso 11 de Abril.
7. Creydt M, Boó M, Hansman D, Arizmendi C, Etchichury D, González A. Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica. *Dermatol. Argent* 2013; 19: 337-340.
8. Yuste M, Romo A, Unamuno P. Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 683-9.
9. Lee M, Paver R. Prophylactic antibiotics in dermatological surgery. *Australas J Dermatol* 2016; 57: 83–91.
10. Álvarez CA, Guevara CE, Valderrama SL, Sefair CF, Cortes JA, Jiménez MF, et al. Recomendaciones prácticas para la antisepsia de la piel del paciente antes de cirugía. *Infectio* 2017; 21: 182-191.

11. Molina V, Olivera R, Vázquez E, Franco E. Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios en cirugía dermatológica. ¿Suspenderlos o no?. *Dermatol Rev Mex* 2013; 57: 22-33.
12. Palamaras I, Semkova K. Perioperative management of and recommendations for antithrombotic medications in dermatological surgery. *Br J Dermatol* 2015; 172: 597–605.
13. Nazar C, Cárdenas A, Coloma R, Contreras JI, Molina I, Miranda P, et al. Manejo perioperatorio de pacientes con tratamiento anticoagulante crónico. *Rev Chil Cir.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.06.003>.
14. García-Bracamonte B, Rodríguez J, Casado R, Vanaclocha F. Electrocirugía y dispositivos electrónicos cardiacos implantables (marcapasos y desfibriladores). *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:128-132.
15. Howe N, Cherpelis B. Obtaining rapid and effective hemostasis. Part II: Electrosurgery in patients with implantable cardiac devices. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69: 667.e1-667.e9.