

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UPG CIENCIAS DE LA SALUD**



**Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre de 2013**

**Trabajo de investigación para optar el título de especialista de enfermería en centro quirúrgico**

**Por:**

**Alcócer Rojas, Bertha Erlinda**

**Torres Ojeda, María Cecilia**

**Asesora:**

**Mg. Irene Zapata Silva**

**Lima – 2014**

## **Dedicatoria**

A Dios Padre Todopoderoso por darnos la virtud de la existencia. Y el de goce del día a día.

A nuestros padres y familiares quienes nos brindaron su ayuda, entrega y comprensión incondicionalmente.

## **Agradecimiento**

A los docentes por brindarnos sus experiencias y conocimientos. Al personal del Hospital, quienes dieron gentilmente su tiempo para la recopilación de información del presente estudio y en especial a nuestra asesora, por su dedicación y ayuda, en la finalización y concretización del estudio.

## Índice

Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
El problema .....	2
Planteamiento del problema. ....	2
Formulación del problema.....	5
Justificación. ....	5
Objetivos. ....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Antecedentes.....	7
Marco teórico.....	11
Seguridad.....	11
Marco Legal.....	23
Variables.....	23
Variable principal.....	23
Variables secundarias.....	23
Anticipación de sucesos críticos.....	25
Definición conceptual de términos. ....	27
Capítulo II .....	28
Diseño metodológico. ....	28
Tipo de estudio.....	28
Ámbito de estudio. ....	28
Método de estudio.....	29
Población y muestra. ....	29
Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	29
Procedimiento de investigación.....	31

Consideraciones éticas. ....	31
Capítulo III .....	32
Resultados y discusión. ....	32
Resultados.....	32
Discusión. ....	37
Conclusiones. ....	41
Recomendaciones.....	41
Limitaciones.....	42
Referencias .....	43
Apéndice.....	47

## Índice de tablas

Tabla 1	<i>Operacionalización de variables.</i>	24
Tabla 2	<i>Grado de adherencia general del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	32
Tabla 3	<i>Grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de Registro de filiación del pacientes ingresantes al Quirófano en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	33
Tabla 4	<i>Grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de Registro de aspectos formales del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	34
Tabla 5	<i>Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de la Administración de la anestesia en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	35
Tabla 6	<i>Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de la Incisión de la piel del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	36
Tabla 7	<i>Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone SOP en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.</i>	37

## **Introducción**

La seguridad del paciente en cirugía es el segundo reto de la Organización Mundial de la Salud ya que el 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas presentan complicaciones relacionadas con errores técnicos y el 70% de los eventos adversos se consideran prevenibles; por esta razón, se crea la Lista de Verificación de Cirugía Segura para reforzar las prácticas de seguridad.

Los eventos adversos traen consecuencias de aumentos de gastos económicos a la institución, problemas médico legales, problemas de invalidez, morbilidad prolongada, mortalidad. A las familias y profesionales causa en algunos casos estrés psicológico, problemas en el trabajo, etc. Es por este motivo que se hace necesario conocer la adherencia del personal de sala de operaciones hacia el cumplimiento de las Buenas prácticas de seguridad del paciente siendo este el resultado de un reforzamiento continuo a través de talleres o capacitaciones. En ese sentido se enfoca el presente estudio lo cual informamos y se presenta de la siguiente forma:

En el primer capítulo, se incluye el planteamiento del problema, formulación, justificación e importancia, objetivos, marco teórico, variables y cuadro de operacionalización.

En el segundo capítulo, se explica el diseño metodológico, el cual, está integrado de las siguientes partes: tipo de investigación, ámbito, método, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento de investigación.

En el tercer capítulo, se presenta los resultados de la investigación, análisis e interpretación, conclusiones, recomendaciones y las limitaciones.

## Capítulo I

### El problema

#### **Planteamiento del problema.**

El tratamiento quirúrgico constituye una medida indispensable para resolver problemas de salud que implican el abordaje directo de órganos y tejidos. Novell, et. al (2000) señalan que la expectativa de requerir una cirugía es percibida para el usuario como una verdadera amenaza. El hecho de pensar en que se estará bajo anestesia es fuente de temor intenso, que se acrecienta con el contenido de las publicaciones en diarios o noticieros cuando hacen referencia a errores en la intervención quirúrgica de un miembro por otro, a efectos deletéreos de la anestesia o a diversas complicaciones relacionadas a la cirugía,

El estudio IBEAS (2007) extendido a cinco países latinoamericanos señala que la prevalencia de efectos adversos no deseados para el paciente quirúrgico en forma global era muy similar a la cifra en el Perú, es decir, que la prevalencia de efectos adversos relacionados con la cirugía era de 9.6%.

Aranaz (2006) y Goncalves (2011) refieren que es lamentable continuar con efectos adversos siendo prevenibles en un 58%. Esta realidad motiva los esfuerzos de los organismos internacionales y el compromiso de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud para proponer, implementar y llevar a la práctica las normas o pautas destinadas a garantizar la seguridad quirúrgica de los pacientes llamadas las Buenas Prácticas.

La O.M.S refiere que la calidad de la atención en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los



conocimientos del paciente y de los servicios médicos, logrando así el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en proceso.

En mayo del 2004, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprobó la creación de una alianza internacional para mejorar globalmente la seguridad de los pacientes. En octubre de 2004, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. Por primera vez se estableció el objetivo común de “primero no lesionar” y reducir las consecuencias de unos cuidados sanitarios inseguros. La metodología se basa en establecer una taxonomía común, diseñar herramientas de investigación y evaluación, identificar soluciones para la seguridad de los pacientes y desarrollar guías de “mejor práctica”. La OMS ha escogido, para el periodo 2007 – 2008, la seguridad del cuidado quirúrgico y ha desarrollado unas guías y recomendaciones elaboradas por un panel internacional de expertos.

En el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el Departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa “La cirugía segura salva vidas”. El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comportan riesgo mortal y podrían evitarse en todos los países y entornos. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la OMS, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para los pacientes de todo el mundo, ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Esta Lista de verificación tiene

como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

En la actualidad, el hospital es una institución de IV nivel de atención, que cuenta con diversas especialidades como Consultorios Externos, Hospitalización, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico; es, en esta última área; donde se realizan cirugías electivas y de emergencia teniendo como promedio la atención de 50 pacientes a diario. En ella, se ha observado que la atención multidisciplinaria por la carga de actividades administrativas y técnicas, tiende a minimizar el cuidado con calidad y calidez así como la orientación y educación continua que deben recibir los pacientes. Estas reflexiones reflejan el sentir que los pacientes experimentan dentro y fuera del quirófano: “Es la primera vez que me operan”, “Había mucha gente, todos hablaban y me colocaban cosas”.

La visita preoperatoria que ejecutan las enfermeras no se ajusta en su totalidad a lo establecido en el proceso enfermero. En ninguna de las fases cumple a su totalidad los protocolos de visita preoperatoria e intraoperatoria para hablar de calidad de cuidado enfermera-paciente. A medida que avanza el siglo XXI, las enfermeras enfrentan un futuro de cambios sin precedentes, se ingresa a un mundo de oportunidades y retos para brindar cuidados de gran calidad basados en evidencias con condiciones de atención a la salud tradicional, nueva e innovadora. Los cambios acelerados en la atención de la salud obliga al profesional de enfermería a estar preparado para proporcionar o planear cuidados en una gama muy amplia de circunstancias (desde el hospital, la clínica y el hogar hasta los organismos comunitarios o ambientes de hospicio) y en todas las etapas de las

enfermedades. La enfermera de hoy debe estar bien informada y actualizada, debe pensar hoy de manera crítica, creativa, compasiva y atenta (Brunner y Suddarth, 2004).

Bajo este contexto nos enfocamos a desprender interrogantes que preocupa nuestro actuar como profesionales de enfermería y los profesionales multidisciplinarios, dentro de uno de los ambientes más estresantes que es el Centro Quirúrgico, donde a su vez nos enfrentamos a diferentes variables para el actuar ideal. Habrá buena relación interpersonal y adherencia entre el personal médico (cirujano, anestesiólogo) y enfermera para la aplicación de la lista de verificación logrando una cirugía quirúrgica segura. Su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. En la actualidad, no se han realizado estudios concernientes al tema en esta institución. Por lo expuesto, surge el interés por evaluar en qué medida el personal del equipo quirúrgico cumple con los criterios de verificación de la seguridad quirúrgica, planteando el siguiente interrogante

#### **Formulación del problema.**

¿Cuál es el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre de 2013?

#### **Justificación.**

Justificación teórica: La seguridad del paciente en los procedimientos relacionados con su vida y salud son un derecho amparado por la Constitución y la Ley General de Salud.

Evaluar la medida en que los profesionales de la salud cumplan con las normas destinadas a la preservación de la vida y evitar lesiones agregadas es un deber de los gestores y del propio enfermero en virtud del Código de Ética y Deontología Profesional.

La inversión del gasto en salud y la dignidad humana exigen actos seguros en el cuidado de las personas.

Justificación práctica: Permitirá conocer la relación entre el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales que comportan riesgo mortal y podrían evitarse.

Los resultados del estudio permitirán identificar aspectos que requieren abordaje para su mejoramiento.

Vía capacitación, sensibilización, cambios metodológicos o emisión de directivas.

Justificación Metodológica: En el presente estudio, las investigadoras usarán un instrumento que fue validado por la Organización Mundial de la Salud el cual servirá para la aplicación y recolección de datos y que será puesto a disposición del profesional de Enfermería para que pueda aplicarlo en investigaciones similares con las adaptaciones correspondientes.

## **Objetivos.**

### **Objetivo general.**

Determinar el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre de 2013.

### **Objetivos específicos.**

Determinar el grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas en el registro de la filiación y aspectos formales de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de los pacientes ingresantes a sala de operaciones en el Hospital Guillermo Almenara.

Determinar el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica antes de la administración de la anestesia en el Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara.

Determinar el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel en el Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara.

Determinar el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones en el Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara.

#### **Antecedentes.**

Con el fin de sustentar el planteamiento del problema, se indagó en busca de investigaciones a fines al presente estudio, cuyas metodologías y conclusiones sirven de fundamento para este trabajo.

En el Perú, el Ministerio de Salud publicó la Resolución Ministerial de la Aplicación de la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2010” cuyo objetivo fue estandarizar el proceso de implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los establecimientos de salud. La presente guía técnica para la implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía está basada en documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud y pretende estandarizar y facilitar el uso de la referida lista en los servicios quirúrgicos y de anestesiología. La implementación de la Lista de verificación de la seguridad se debe desarrollar teniendo en cuenta las particularidades de cada establecimiento de salud.

El MINSA (2009) en un Simposium internacional CONAMED-OPS seguridad del paciente, tuvo como objetivo promover y fortalecer una cultura de seguridad del paciente, orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud. Obtuvieron como

conclusiones: Reducir los eventos adversos en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud del Perú con énfasis en el primer nivel. Contribuir a garantizar y hacer explícita la calidad y seguridad de la atención en el marco del Aseguramiento Universal en Salud del Perú. Impulsar las alianzas con la sociedad civil. Contribuir a constituir un sistema de vigilancia ciudadana en la mejora de la calidad en salud.

Collazos, Bermúdez, Quinteros, León y Díaz (2011) publicaron la “Verificación de la Lista de Chequeo para Seguridad en Cirugía desde la perspectiva del paciente”, Hospital General de Medellín (HGM), Colombia; cuyo objetivo fue: describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía de la OMS a partir de ítems verificables por el paciente, y describir el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de verificación en el HGM (Colombia), de tipo transversal, incluyeron todos los pacientes de cirugía mayor del HGM atendidos en febrero y marzo de 2011. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. Se comparó el número de eventos adversos en cirugía antes y después de la implementación de la lista de verificación. Tuvieron como resultado el que un total de 246 pacientes aceptaron participar en el estudio. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento 86% fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. El 97% de los pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación 7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010. La aplicación de la lista de verificación de la OMS se cumple en el HGM. La incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación.

En España, González, Torres(2012) “Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente” tuvo como objetivo el reforzar las

prácticas de seguridad y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre todos los miembros del equipo quirúrgico (cirujanos, anestesistas y personal de enfermería). Así pues se concluye que la LVSC es una herramienta para reducir posibles efectos adversos que se pueden dar en el área quirúrgica o en aquel servicio en el que se instaure el uso de ésta. En algunos centros se han implementado listados de verificación en otros servicios, además del área quirúrgica, adaptándolos a procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Como medida para disminuir riesgos, se puede considerar la LVSC como un instrumento de continuidad presente en todo el recorrido que realiza el paciente en el proceso quirúrgico, no solo dentro del quirófano. Los profesionales de enfermería juegan un papel primordial en la seguridad del paciente, debido a que durante el proceso quirúrgico se encuentran constantemente valorando, identificando y evaluando al paciente para proporcionarles unos cuidados basados en la mejor calidad y seguridad.

Narbona, Delgado, Narbona (2010) “Listado verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería” tuvieron por objetivo: Mejorar los cuidados de enfermería al paciente en nuestra área, favoreciendo la reducción de las complicaciones y las defunciones por causa de intervenciones quirúrgicas en Granada. Sus conclusiones fueron: el listado de verificación de seguridad quirúrgica es una herramienta eficaz que necesita ser conocida e implantada en nuestro hospital. En el mundo, se realizan alrededor de 230 millones de intervenciones de cirugía mayor al año. La tasa de complicaciones graves varía entre el 3 y el 16% y la tasa de mortalidad entre 0.2 y el 10%. Las intervenciones quirúrgicas producen al menos siete millones de complicaciones incapacitan y un millón de defunciones al año. Muchas de estas complicaciones serían evitables si se aplicara, de forma sistemática, el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).

La Jefatura de Bloque Quirúrgico del Hospital Virgen de la Victoria considera imprescindible desarrollar esta herramienta básica de la seguridad del paciente en el área quirúrgica e implantarla lo antes posible, pero no sería efectiva si no aumenta el apoyo, la motivación y la colaboración de los profesionales de enfermería. Necesitan descubrir la importancia que tiene para la seguridad del paciente y mejorar así, los cuidados enfermeros prestados en el área quirúrgica.

La Organización Mundial de la Salud (2008) presentó la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación” cuyo objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo. Así llegaron a la siguiente conclusión: la aplicación exitosa de la lista de verificación requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla realidad. Para mostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición. Las listas de verificación han sido útiles en entornos muy distintos, entre ellos los asistenciales. Con la



planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la lista de verificación son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica.

### **Marco teórico.**

#### **Seguridad.**

Según Patient Safety, Marco (2009) O.M.S. La seguridad es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad. Es una fuente indispensable de la vida cotidiana que permite al individuo y a la comunidad realizar sus aspiraciones.

El alcance de un nivel de seguridad óptimo necesita que los individuos, las comunidades, gobiernos y otros interventores creen y mantengan las siguientes condiciones, y esto, sea cual sea el nivel de vida considerado:

Un clima de cohesión y paz social, así como de equidad, que proteja los derechos y libertades tanto a nivel familiar, local, nacional como internacional.

La prevención y el control de heridas y otras consecuencias o daños causados por los accidentes.

El respeto a los valores y a la integridad física, material o psicológica de las personas.

El acceso a medios eficaces de prevención, control y rehabilitación para asegurar la presencia de las tres primeras condiciones. Estas condiciones pueden ser garantizadas a través de acciones sobre el medio ambiente (físico, social, psicológico, político y económico, organizacional, etc.) y los comportamientos.

### ***Seguridad Quirúrgica.***

**Conceptualización.** Se entiende “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. La seguridad hace parte de la caracterización de calidad de un servicio de salud con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad.

**Equipo quirúrgico básico humano.** Está compuesto por aquellas personas que forman parte activa de la intervención quirúrgica. Pueden ser estériles o no, son miembros estériles el cirujano y sus ayudantes, la enfermera instrumentista y sus ayudantes. Son miembros no estériles el anestesista, la enfermera circulante y la enfermera de la sala de reanimación.

#### *Retos relacionados con la seguridad del cuidado quirúrgico*

Reconocer que la seguridad es un problema de salud pública. La cirugía ha contribuido notablemente al conocimiento de muchas enfermedades e incapacidades producidas por los traumatismos, el cáncer o las complicaciones obstétricas. Es por ello que ha habido una conciencia por hacer llegar los cuidados quirúrgicos a muchas áreas del mundo subdesarrollado. Por lo tanto, hay que mejorar la accesibilidad de la población mundial a los cuidados quirúrgicos manteniendo los estándares mínimos de seguridad.

Disponer de información amplia y con la misma taxonomía. Pocos países del mundo disponen de cifras tan básicas como el número de quirófanos disponibles y operaciones que se realizan. Aun es más pobre la información relacionada con la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

Aplicar de forma rutinaria medidas de práctica segura. Estas medidas no son costosas, pero deben aplicarse con rigurosidad.

La implementación de medidas seguras en la cirugía choca con la complejidad del proceso en el que se suceden múltiples eslabones realizados por diferentes profesionales que pueden fracasar. La cultura del trabajo en equipo no está profundamente enraizada.

*Bases de un programa de Seguridad Quirúrgica.*

Equipo quirúrgico seguro. Promoviendo la comunicación entre los miembros que asegure que cada paso se realice en el momento y la forma adecuada.

Anestesia segura. Disponiendo de la monitorización adecuada, anticipando e identificando los problemas graves que puedan acontecer.

Prevención de la infección de la herida quirúrgica, a través de la antisepsia y del control de contaminación a todos los niveles del cuidado del paciente.

Medición de los servicios quirúrgicos creando una métrica común que contabilice el número de procedimiento y los resultados en términos de morbilidad y mortalidad postoperatoria.

***Paciente correcto y sitio correcto.***

Antes de la inducción anestésica, un miembro del equipo debe confirmar la identidad del paciente verbalmente con el mismo paciente, la familia o sistemas de identificación.

Un miembro del equipo debe confirmar con el mismo paciente que ha dado el consentimiento informado, el procedimiento y el lugar correcto de la operación.

El primer cirujano debería marcar el lugar de la operación en casos de lateralidad o cuando afectan diferentes niveles. El resto del equipo debe verificarlo y contrastarlo con la información de la historia clínica. Finalmente, el equipo quirúrgico debería verificar colectivamente en la pausa previa a la intervención (Time Out) la identificación, procedimiento y localización.

*El equipo utilizará métodos conocidos que prevengan daños relacionados con la anestesia, a la vez que se proteja al paciente del dolor.*

Presencia continuada de un profesional de anestesia. Si el anesthesiólogo primario debe dejar el quirófano se seleccionará adecuadamente quién asumirá la responsabilidad en función del riesgo del paciente.

Debe disponerse de oxígeno suplementario siempre que se realiza una anestesia general, durante la anestesia debe monitorizarse siempre con pulsioxímetro.

La vía aérea y la ventilación deben ser monitorizadas continuamente. Siempre que se utilice ventilación mecánica debe disponerse de una alarma de desconexión.

La circulación debe ser monitorizada.

La presión arterial debe ser monitorizada al menos cada 5 minutos.

Debe disponerse de sistemas de monitorización de la temperatura especialmente en niños y cirugía prolongada.

La profundidad anestésica debe ser evaluada regularmente.

*El equipo reconocerá y se preparará eficazmente para situaciones amenazantes de pérdida de la vía aérea y de la función respiratoria:*

A todos los pacientes se les debería evaluar la vía aérea para identificar dificultades potenciales de manejo.

Los anesthesiólogos deben elaborar una estrategia de manejo de la vía aérea.

Cuando el anesthesiólogo prevé una vía aérea difícil, debe disponer de una asistencia durante la inducción anestésica y disponer de un plan en el caso de que aparezca.

Cuando se sepa que un paciente tiene una vía aérea difícil deben considerarse métodos alternativos, como anestesia regional o intubación con el paciente despierto.

Todos los profesionales de la anestesia deben mantener sus habilidades de manejo de la vía aérea y estar familiarizados con las múltiples estrategias disponibles.

Después de la intubación, el anestesiólogo debe confirmar la correcta colocación del tubo endotraqueal.

Los pacientes que se someten a cirugías programadas deben estar en ayunas y, en el caso de riesgo de aspiración, deben ser previamente tratados para reducir el contenido y el PH gástrico.

*El equipo reconocerá y se preparará efectivamente ante el riesgo de pérdidas sanguíneas importantes.*

Antes de la inducción anestésica, el anestesiólogo debe considerar la posibilidad de una pérdida de sangre masiva y prepararse adecuadamente para ello. Si el riesgo es desconocido, el anestesiólogo debe comunicarse con el cirujano para considerar este evento.

Antes de la incisión quirúrgica, el equipo quirúrgico debería discutir el riesgo de una pérdida importante de sangre y asegurar que hay los accesos intravenosos adecuados.

*El equipo evitará inducir una reacción alérgica o una reacción medicamentosa adversa en los pacientes que tengan antecedentes o que sean de riesgo para presentarla.*

Los anestesiólogos deben conocer profundamente la farmacología de los fármacos que prescriben y administran, incluyendo su toxicidad.

Cada paciente que recibe una medicación debe ser identificado claramente por la persona que lo administra.

Debe disponerse de una historia completa de la medicación que toma el paciente, alergias e hipersensibilidades.

La medicación debe ser etiquetada adecuadamente, confirmada y recomprada antes de su administración, especialmente cuando se administran en jeringas.

Antes de que se administre una medicación por delegación de otro profesional, debe haber una comunicación explícita que asegure que las dos personas comparten el

conocimiento de las indicaciones, posibles contraindicaciones y cualquier otra información relevante.

*El equipo utilizará rutinariamente métodos que minimicen el riesgo de infección de la herida quirúrgica.*

La profilaxis antibiótica debe ser utilizada rutinariamente en todos los casos con riesgo de contaminación. Los antibióticos deben administrarse entre 30 minutos y una hora antes de la operación a la dosis y espectro que sea efectivo contra los posibles patógenos que contaminen el procedimiento. Antes de la incisión, el equipo debe confirmar que esto se ha realizado.

Cada entorno quirúrgico debe disponer de un proceso de esterilización rutinario que incluya sistemas de verificación e indicadores de esterilidad de todo el material. Antes de la inducción anestésica, la enfermera debe verificar la esterilidad y comunicar al cirujano y al anestesiólogo cualquier problema que pueda existir.

Cuando el procedimiento dure más de 4 horas o hay evidencia de excesivo sangrado debe considerarse la administración de una nueva dosis de antibiótico.

Los antibióticos administrados para profilaxis deben suspenderse antes de las 24 horas después del procedimiento.

El pelo no se debe rasurar a no ser que interfiera con la operación. Si hay que cortarlo debe hacerse antes de las 2 horas de la operación. El rasurado no se recomienda ya que aumenta el riesgo de infección.

Los pacientes deben de recibir oxígeno a lo largo de todo el proceso perioperatorio de acuerdo a sus necesidades.

Deben tomarse las medidas para mantener la homotermia.

La piel de los pacientes debe ser preparada adecuadamente con un antiséptico antes de la cirugía. La selección del agente debe realizarse en función a su capacidad de disminuir el recuento microbiano de la forma más rápida y persistente.

La antisepsia de las manos debe asegurarse con un jabón antimicrobiano. Las manos y los antebrazos deben ser cepillados por un periodo de 2 a 5 minutos.

El equipo quirúrgico debe cubrirse el cabello y utilizar guantes estériles durante la operación.

*El equipo prevendrá la retención inadvertida de instrumentos y gasas en la herida quirúrgica.*

Debe realizarse un recuento completo de gasas, agujas, instrumentos y cualquier otro dispositivo que tenga un alto riesgo de dejarse en el campo quirúrgico; y, muy especialmente, cuando afecta a la cavidad peritoneal, retro peritoneal, pélvica y torácica.

El cirujano debe realizar una exploración metódica antes del cierre de la cavidad.

El recuento debe realizarse, al menos, al comienzo y al final de cada procedimiento.

El recuento debe registrarse con el nombre de quien lo ha hecho y si fue correcto o no. El resultado del recuento debe ser comunicado al cirujano.

*El equipo identificará de forma segura y precisa todas las muestras quirúrgicas.*

El equipo debe confirmar que todas las muestras quirúrgicas están correctamente etiquetadas con la identidad del paciente, el nombre de la muestra y su localización (lugar y lado) de donde se ha extraído. Debe realizarse de forma verbal y confirmado por otro miembro del equipo que lea la etiqueta.

*El equipo comunicará de forma efectiva e intercambiará información crítica para la realización segura de la intervención.*

Antes de la incisión quirúrgica, el cirujano debe asegurar que todos los miembros del equipo, enfermería, anesthesiólogos y ayudantes sean conscientes de todos los pasos que se seguirán, el riesgo de sangrado, cualquier necesidad de equipo especial (implantes, imágenes, etc.) y cualquier desviación de la práctica rutinaria. La enfermera debe informar cualquier preocupación relacionada con la comodidad del paciente o la pérdida de sangre que añada riesgo.

En casos de bilateralidad, abordajes corporales múltiples, diferentes niveles o requerimientos de imágenes radiológicas, el equipo debe verificar que toda la iconografía está dentro del quirófano.

Antes de retirar las tallas, el cirujano debe informar de cualquier problema que pueda seguir en el pos-operatorio y el plan (antibióticos, profilaxis tromboembolia, ingesta, drenajes y cuidados de la herida). El anesthesiólogo debe resumir la situación clínica del paciente durante la operación y las instrucciones pos-operatorias. La enfermera debe informar de cualquier incidencia durante la intervención o que afecte la recuperación.

Debe complementarse un registro preciso, completo y firmado. Este registro debe ser: claro, objetivo y complementado inmediatamente ante cualquier suceso, con las enmiendas visibles.

La información que registra el cirujano debe incluir el nombre completo de los procedimientos principales y secundarios, los nombres de los ayudantes, los detalles del procedimiento y el sangrado. La información que registra el anesthesiólogo debe incluir las constantes vitales preoperatorias registradas a intervalos regulares, la medicación y fluidos administrados y cualquier incidente o periodos de inestabilidad registrados. La enfermera debe registrar el recuento de gasas y material, el nombre de la persona que lo realizó,



cualquier material que se haya dejado, el resultado del recuento y el motivo si no se realiza. El registro completo de la operación debe incluir el nombre de todos los miembros del equipo.

***Los hospitales y los sistemas de salud públicos establecerán un seguimiento rutinario de la capacidad quirúrgica, volumen y los resultados.***

Para realizar un seguimiento quirúrgico a nivel nacional, los estados miembros deben disponer de la siguiente información:

Número de quirófanos.

Número de procedimientos realizados por quirófano.

Numero de cirujanos y profesionales de anestesia.

Mortalidad en cirugía ambulatoria.

Mortalidad posoperatoria intrahospitalaria.

Para realizar un seguimiento quirúrgico a nivel hospitalario, debe disponerse de la siguiente información sistemática:

Mortalidad en cirugía ambulatoria.

Mortalidad intrahospitalaria posoperatoria.

Tasa de infecciones quirúrgicas.

***Fases del listado de verificación segura: 3 fases.***

Debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la Lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

El periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. Estos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, antes de la inducción de la anestesia, el Coordinador de la Lista confirmará verbalmente con el anestesista y el paciente (si es posible) la identidad de éste, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como si se ha dado el consentimiento para la operación. Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica. Lo ideal es que el cirujano esté presente durante esta fase, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación. Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El

equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcta, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. Antes de salir del quirófano, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, hablarán sobre los planes y aspectos principales del tratamiento pos-operatorio y la recuperación. Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o pos-operatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la Lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse cierto antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la Lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación, mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función.

Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier clínico podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

En un “Consenso mundial por la seguridad. expresión de compromiso con la calidad”, La O.M.S. refiere que la calidad de atención en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención en salud óptima. Implementando y llevando a la práctica las normas o pautas destinadas a garantizar la seguridad quirúrgica de los pacientes llamado “Las buenas prácticas” con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.

Componentes de la seguridad quirúrgica “Las buenas prácticas en seguridad quirúrgica”. La lista de chequeo de cirugía segura refuerza las prácticas quirúrgicas, es segura y reconocida y fomenta una mejor comunicación y trabajo entre las disciplinas clínicas, reduciendo así los eventos adversos evitables. Cada punto ha sido incluido basándose en evidencias científicas y opinión de los expertos de su inclusión, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños y costos significativos.

***Rol de la Enfermera en la Oferta del Cuidado Seguro desde la perspectiva de Jean Watson “Teoría del cuidado humano”.***

El ideal moral de la enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar. Ese cuidado debe estar acompañado con un amor incondicional. También sostiene que ante el riesgo de humanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la

práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. Se debe brindar unos cuidados holísticos con humanidad, calidad y calidez.

**Marco Legal.**

Resolución Ministerial N°208-2013/MINSA, Según el artículo 8° de la Ley N°27657 del Ministerio de Salud.

***Se resuelve.***

Aprobar la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”, que en documento apéndice, forma parte integrante de la presente resolución.

Disponer el uso del “Manual de aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009” en todos los Establecimientos de Salud, públicos y privados del país, a efecto de incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y la seguridad en la atención del paciente.

**Variables.**

**Variable principal.**

Grado de adherencia a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica.

**Variables secundarias.**

***Integrantes del Equipo Quirúrgico.***

Anestesiólogo.

Cirujanos principales.

Enfermeras Especialistas en Centro Quirúrgico I -II

***Promedio de intervenciones por día.***

De 2 a 6 intervenciones por quirófano, según la complejidad de la cirugía

Tiempo de servicio del personal del equipo quirúrgico. De 3 a 20 años según las especialidades.

**Tabla 1** Operacionalización de variables.**Variable:** Adherencia del personal de sala de operaciones a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente.

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor final de la variable
Medida de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud acerca de los criterios normativos establecidos por los organismos internacionales y el ente rector (MINSA), con el propósito de minimizar los riesgos de efectos adversos para el paciente intervenido quirúrgicamente.	Es el resultado de la medida en que las enfermeras cumplen los criterios de seguridad quirúrgica vertidos en los check-list normados para la cirugía segura.	Antes de la administración de la anestesia (Entrada).	<p>El paciente ha confirmado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Su identidad</li> <li>- Localización quirúrgica</li> <li>- La operación</li> <li>- Consentimiento informado</li> </ul> <p>Marca en el lugar del cuerpo / no procede.  Verificación de seguridad de la anestesia.  Pulsioxímetro en el paciente en funcionamiento.  ¿Tiene el paciente?  ¿Alergias conocidas?  <input type="checkbox"/> no    <input type="checkbox"/> si  ¿Dificultad en la vía aérea / riesgo de aspiración?  <input type="checkbox"/>no    <input type="checkbox"/> si, y el equipo y la asistencia están disponibles.  ¿Riesgo de pérdida de sangre &gt; 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)?  <input type="checkbox"/>no<input type="checkbox"/> si, y dispone de una vía de acceso IV adecuada / fluidos necesarios.</p>	Ordinal	<p>Grado de adherencia.</p> <p>Bueno &gt; de 21 puntos  Regular de 17 a 21 puntos  Baja &lt; de 17 puntos</p>

---

Antes de la incisión de la piel (Pausa).

Confirmar que todos los miembros del equipo se Han identificado por su nombre y función.

cirujano/a , anestesista y enfermera confirman Verbalmente:

- Paciente
- Sitio quirúrgico
- Procedimiento

**Anticipación de sucesos críticos**

El cirujano/a repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la intervención, la pérdida de sangre esperada?

El/la anestesista repasa: ¿presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación?

El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los Últimos 60 minutos?

si       no procede ¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales?

Si       no procede.

Grado de adherencia.

Bueno > de 19 puntos

Regular de 13 a 19

puntos

Baja < de 13 puntos

---

---

<p>Antes de que el paciente abandone sala de operaciones (salida).</p>	<p>La enfermera confirma verbalmente con el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento que se registra.</li> <li><input type="checkbox"/> Contaje de gasas, agujas e instrumental Correcto.</li> <li><input type="checkbox"/> Identificación de las muestras biológicas (incluyendo nombre del paciente) y gestión de las mismas.</li> <li><input type="checkbox"/> Si existe algún problema que abordar en Relación con el material o los equipos.</li> <li><input type="checkbox"/> Cirujano/a, anestesista y enfermera revisan y registran en la historia clínica las Preocupaciones claves en la recuperación y atención del paciente.</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Se ha iniciado profilaxis de enfermedad tromboembolia venosa?</li> </ul>	<p>Grado de adherencia.</p> <p>Bueno &gt; de 9 puntos Regular de 5 a 9 puntos Baja &lt; de 5 puntos</p>
--	--	---

---



**Definición conceptual de términos.**

**Grado de Adherencia:** Intervalo de medición de un determinado puntaje obtenido a través de un instrumento de medición, categorizado en alto, medio o regular y bajo.

**Sala de operación:** Ambiente físico diseñado, bajo estándares internacionales, en el cual se llevan a cabo cirugías u operaciones quirúrgicas de los pacientes, Con un equipamiento y personal calificado.

**Seguridad quirúrgica:** Conjunto de actividades que se realizan antes, durante y después de una intervención quirúrgica, debidamente protocolizados, con el fin de mitigar eventos adversos.

**Buenas prácticas:** Actividades adecuadas, científicamente comprobadas, realizados por un equipo competente, equipamiento adecuados, y estructura óptimas.

**Hospital Metropolitano:** Centro hospitalario, en donde se brinda atención de la salud, preventiva promocional, diagnostico, recuperativa. Con las diferentes especialidades médicas, y con equipamiento tecnológico de punta. Perteneciente a establecimiento de tercer nivel.

## Capítulo II

### **Diseño metodológico.**

#### **Tipo de estudio.**

Es un estudio de tipo cuantitativo, observacional porque estudia el comportamiento de la variable en sus cuatro dimensiones sin realizar modificación alguna; según el alcance de los resultados, es de tipo descriptivo; y según las observaciones realizadas en el tiempo es de tipo retrospectivo porque se revisan las acciones realizadas por el equipo quirúrgico en cirugías efectivizadas, es transversal porque la información se recolectó en un periodo determinado en el estudio, estos fueron descritos estadísticamente.

#### **Ámbito de estudio.**

El estudio se realizó, en el Hospital Guillermo Almenara EsSalud en el año 2013; el cual es categorizado como un establecimiento de salud nivel IV. Brinda atención preventiva promocional, diagnóstico oportuno, rehabilitación en las diferencias especialidades. Cuenta con profesionales de la salud, médicos especialistas, enfermeras especialistas, técnicos, entre otros. La infraestructura es moderna, cuenta con ambientes tales como consultorios externos, hospitalización de cirugía, medicina, pediatría, neonatología, UCI- pediátrica, neonatal, adulto mayor, un centro quirúrgico altamente equipada con tecnología de punta.

El Centro Quirúrgico cuenta con 14 salas que funcionan las 12 horas del día y 3 salas funcionan las 24 horas, Cuenta con un stand de médicos cirujanos especialistas y enfermeras especialistas en centro quirúrgico cumpliendo funciones asistenciales, administrativas y docencia importante para la perpetuidad del aprendizaje. Asegurando de esta manera la seguridad del paciente en centro quirúrgico.

**Método de estudio.**

Para la medición del grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico hacia las Buenas Prácticas en la seguridad del paciente, se utilizó la escala de Stone o el método de la campana de Gauss (modelo empleado por Cahuana, Principe; 2010) dividiéndolo en 3 categorías: alta, media y baja.

**Población y muestra.**

El estudio se realizó en Centro Quirúrgico 5 piso del Hospital Guillermo Almenara Agosto-Diciembre 2013.

La población estuvo constituida por 130 fichas de registro de las Listas de chequeo quirúrgico independiente del tipo de cirugía, establecidas en EsSalud por disposición del ente Rector Ministerio de Salud e internacionalmente normado por la Organización Mundial de la Salud.

***Muestra.***

El tipo de muestreo fue probabilístico, se consignaron 100 listas de verificación realizadas por la enfermera quirúrgica, donde se consigna la adherencia del equipo quirúrgico a las normas de Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica en cada criterio.

***Entre los criterios de exclusión.***

Fichas incompletas, por poca legibilidad o sin autoría.

***Entre los criterios de inclusión.***

Fichas de verificación quirúrgica realizadas durante el período establecido para el estudio.

**Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se aplicó, como instrumento la Lista de Chequeo (Check-list), para la determinación el grado de adherencia, de diseño ya establecido por el ente rector del

Ministerio de Salud e internacionalmente validado y normado por la Organización Mundial de la Salud.

Para obtener la muestra, se contó con el apoyo de las docentes de prácticas quienes nos proporcionaron la Lista de verificación de cirugía segura ya registradas, en los días de prácticas programadas en el Centro Quirúrgico, 5° piso, del hospital Guillermo Almenara, independientemente de las cirugías programadas, la edad del paciente y grado de complejidad de la cirugía, durante los meses de agosto a diciembre del año 2013.

La lista de chequeo (check-list), clasificada en dimensiones: antes de la administración de la anestesia (entrada) constó de 10 ítems; antes de la incisión de la piel (pausa quirúrgica) consto de 9 ítems; y antes de que el paciente abandone sala de operaciones (salida) consto de 5 ítems, haciendo un total de 24 ítems.

La puntuación asignada a cada ítem registrado fue de 2 puntos, y cero para los ítems que no lo registra, la puntuación total de la lista de chequeo se organizó en los niveles de adherencia baja, regular y alta; los valores para cada categoría fueron establecidos a través de los estatinos (apéndice A) Así tenemos: El grado de adherencia general del personal de sala de operaciones: baja adherencia: < de 36 puntos, regular adherencia: de 36 a 46 puntos y alta adherencia: > de 46 puntos; el grado de adherencia del personal de sala de operaciones, antes de la administración de la anestesia (entrada): baja adherencia: < de 17 puntos, regular adherencia: de 17 a 21 puntos y alta adherencia: > de 21 puntos. El grado de adherencia del personal de sala de operaciones, antes de la incisión de la piel (pausa): baja adherencia < de 13 puntos, regular adherencia de 13 a 19 puntos y alta adherencia > de 19 puntos. Determinar el grado de adherencia del personal de sala de operaciones, antes de que el paciente abandone sala de operaciones. Baja

adherencia: < de 5 puntos, regular adherencia: de 5 a 9 puntos y alta adherencia: > de 9 puntos.

### **Procedimiento de investigación.**

Se consideraron las siguientes fases: revisión de los datos, codificación, clasificación, recuento, presentación.

Las técnicas estadísticas empleada para el análisis de los datos fueron: El análisis descriptivo, tales como el promedio, la desviación estándar y los porcentajes de las frecuencias observadas, para la información de relevancia del estudio. Se emplearon los paquetes estadísticos tales como el SPSS v.20, y el Excel v. 2007. En la presentación de los datos se emplearon las tablas y gráficos estadísticos establecidos por la comunidad científica.

### **Consideraciones éticas.**

Se observó el principio de la confidencialidad porque los resultados solo se usarán para fines de investigación y se solicitó la autorización de la tutora de práctica para la recolección de la información, dada la premura del tiempo.

Asimismo se aplicó el principio de la veracidad al ceñir el informe del estudio a los resultados realmente alcanzados y la honestidad al considerar la autoría de las referencias consignadas en la investigación.

### Capítulo III

#### Resultados y discusión.

##### Resultados.

**Tabla 2**

*Grado de adherencia general del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Grado de adherencia general del personal de quirófano	n=100	
	N°	%
Bajo	14	14,0
Regular	75	75,0
Alto	11	11,0

*Nota:* Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N°02, se observa que del 100% de fichas examinadas respecto a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente predomina la adherencia en el nivel regular en un 75%, seguido del 14% en el nivel de baja adherencia; el nivel alto solo alcanzó el 11%.

**Tabla 3**

*Grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de Registro de filiación del pacientes ingresantes al Quirófano en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Registro de filiación de los pacientes ingresantes a quirófano	n=100		
	Registra		No registra
	Nº	%	%
Nombre paciente	100	100,0	0
Fecha	100	100,0	0
Centro asistencial	99	99,0	1,0
Servicio	95	95,0	5,0
Hora de inicio	100	100,0	0
Hora de salida	91	91,0	9,0

*Nota:* Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N°03, se observa que del 100% de fichas revisadas, el 100% evidenció adherencia de nivel alto en el registro de los datos del paciente, fecha y hora de inicio de la intervención quirúrgica; la adherencia en cuanto al registro del centro asistencial, servicio y hora de salida del quirófano, fue inferior al 100%.

**Tabla 4**

*Grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de Registro de aspectos formales del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Registro de aspectos formales	<b>n=100</b>			
	<b>Registra</b>		<b>No registra</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nombre del Cirujano	78	78,0	22	22,0
Nombre del Anestesiólogo	92	92,0	8	8,0
Nombre de la Instrumentista	89	89,0	11	11,0
Nombre de Enfermera Asistente	96	96,0	4	4,0

*Nota:* Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N°04, En cuanto al registro de aspectos formales de los pacientes ingresantes a quirófano, se aprecia en la tabla 3, que del 100% de fichas evaluadas, se evidenció adherencia a las Buenas Prácticas en el registro del nombre de la enfermera en un nivel alto en 96%; seguido del registro del nombre del anestesiólogo en un 92%; el nivel más bajo de adherencia en el registro del nombre del cirujano fue del 78%.



**Tabla 5**

*Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de la Administración de la anestesia en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Grado de adherencia del personal de quirófano, antes de la administración de la anestesia	<b>n=100</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bajo	17	17,0
Regular	83	83,0
Alto	0	0

*Nota:* Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N° 05, se puede distinguir que del 100% de fichas evaluadas, la adherencia a las Buenas Prácticas para la seguridad del paciente antes de administrar la anestesia, se realizó con un 83% de adherencia en el nivel regular seguido del 17% en el nivel bajo.

**Tabla 6**

*Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de la Incisión de la piel del paciente en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Grado de adherencia del personal de quirófano, antes de la incisión de la piel	<b>n=100</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bajo	17	17,0
Regular	83	83,0
Alto	0	0

**Nota:** Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N°06. se aprecia que del 100% de fichas estudiadas, la adherencia a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de proceder a la incisión de la piel, tuvo una adherencia de nivel regular en un 83% de regular y 17% en el nivel bajo.

**Tabla 7**

*Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone SOP en Centro Quirúrgico en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre del 2013.*

Grado de adherencia del personal de quirófano, antes de que el paciente abandone SOP	<b>n=100</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bajo	17	17,0
Regular	51	51,0
Alto	32	32,0

*Nota:* Check-list aplicado a pacientes ingresantes a Quirófano del Hospital Guillermo Almenara.

En la tabla N° 07, se puede distinguir que del 100% de fichas revisadas, la adherencia a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica del paciente antes de abandonar la sala de operaciones, fue de nivel alto en un 32%, siendo la única dimensión con este logro. La adherencia en el nivel regular fue de 51%.

### **Discusión.**

La OMS (2010) como ente superior en salud, promulga y promueve la campaña “Cirugía segura salva vidas” como respuesta al importante número de errores en quirófanos y ambientes de cirugía, que suceden en los procedimientos quirúrgicos en todo el mundo, y que en la mitad de los casos son prevenibles con medidas sencillas. Esta lista de verificación para la seguridad en cirugía recoge una cantidad adecuada de ítems que permiten de manera sistemática, revisar los aspectos que se han identificado como críticos para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos.

Una de las funciones del equipo quirúrgico, es el de verificación y registro de los aspectos filiales y formales de la lista de chequeo, de la historia clínica, en las buenas prácticas quirúrgicas, dado que la identificación correcta e inequívoca del paciente conlleva la exposición a riesgos asistenciales de trascendencia vital e índole legal para los pacientes (Aranaz 2006). Son insuficientes aún los estudios sobre la eficacia en la aplicación de este instrumento, más el esfuerzo realizado en el Perú a iniciativas del Ministerio de Salud y EsSalud, es una evidencia del compromiso de los profesionales de la salud por respetar el derecho de las personas a recibir servicios seguros (MINSA 2012). Los resultados obtenidos en el presente estudio son alentadores por haber encontrado una tendencia positiva en el cumplimiento del registro adecuado de los datos filiales y formales, que son fundamentales en el inicio del proceso asistencial.

El hallazgo de adherencia a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente de manera global, de modo predominante en el nivel regular en un 75% y solamente el 11% en el nivel alto de adherencia, revela que en este hospital, el personal del equipo quirúrgico se encuentra aún en proceso hacia el cumplimiento de los estándares internacionales, identificados como prioritarios y de uso obligatorio para el personal del área quirúrgica en el mundo entero (Goncalves y Arada 2006).

Aibar (2006) argumenta que la adherencia a las Buenas Prácticas para la Seguridad quirúrgica del paciente, se constituye en la mejor arma para contrarrestar el riesgo asistencial tal elevado en los procedimientos quirúrgicos; una vez instaladas estas prácticas en la organización, se hace viable reducir la posibilidad de que ocurran sucesos no deseados en la atención que requieren los pacientes; señala que el factor humano es fuente considerable de error y que es posible incrementar las barreras para minimizar las

posibilidades de efectos adversos si los profesionales deciden voluntariamente combinar estrategias establecidas por autoridades en la materia.

En la medida que se establezca en la cultura de la organización y, por ende, de los servicios quirúrgicos las prácticas recomendadas por la OMS, el nivel de resultados en la atención segura se incrementará, tal como se aprecia en los resultados de la investigación realizada.

El análisis de los resultados de la adherencia a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente por dimensiones muestra un comportamiento bien diferenciado; es mayor la adherencia en la dimensión del cumplimiento con los registros de datos de filiación y nombre de la enfermera y anesthesiólogo que participa en el acto operatorio; diferente comportamiento se observa en la dimensión del registro en la lista de verificación a las medidas de seguridad. Antes de administración de la anestesia y antes de la incisión de la piel en la zona operatoria; en estas dimensiones es de nivel marcadamente regular seguida del nivel bajo. La ausencia del nivel alto de adherencia pone de manifiesto la persistencia de riesgo de efectos adversos, considerando que el factor anestesia e incisión quirúrgica constituyen espacios altamente invasivos e irreversibles en los resultados en el paciente (Osorio, Pulgarín y Varela 2012).

Los resultados obtenidos guardan similitud con los hallazgos de García et. al (2010) quienes hallaron porcentajes que van desde el 84 al 97% de cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica y difieren del estudio realizado por Rivero et. al (2012), quienes hallaron un nivel bajo nivel de cumplimiento del registro de la lista de chequeo, identificando como causas posibles, una serie de variables como estrés laboral, desinterés, carencia de estímulos, alta demanda de pacientes delicados a ser sometidos a intervención quirúrgica, sobre carga horaria, temprana implementación, etc., que pueden

generar falta de continuidad en el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura y con ello mayor riesgo de eventos adversos.

En la etapa final del acto quirúrgico, antes de abandonar el quirófano, el nivel de adherencia regular baja al 51% y se incrementa el nivel de alta adherencia a un 32%; este resultado revela que el personal del equipo quirúrgico está convencido de su responsabilidad ante la alta vulnerabilidad del paciente sometido a los efectos de la anestesia y sujeto de manipulación activa de órganos y tejidos que ponen en riesgo la homeostasis de la economía humana; por lo que se hace indispensable cumplir cada medida de seguridad quirúrgica a fin de que la continuidad del cuidado se vea favorecida y el paciente alcance los objetivos del tratamiento previsto.

Los eventos adversos, son consecuencia de una serie de factores, entre ellos el inadecuado registro y cumplimiento de la lista de verificación de la hoja de cirugía segura, por lo que adquiere un carácter importante, su correcto y adecuado registro. Realzan este enunciado Collazos, Bermúdez, Quintero, Díaz (2010), quienes concluyen que cuando la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura se cumple, la incidencia de eventos adversos disminuye.

Asimismo, Torres (2013) afirma que la implementación de la Lista de verificación de cirugía segura como herramienta para prevenir los eventos adversos relacionados con los procedimientos quirúrgicos tiene como prioridad la seguridad de los pacientes, por ello se debe reconocer la importancia del apego al cumplimiento de la misma en las fases correspondientes. Finalmente, el estudio representa el inicio de un esfuerzo evaluativo en aspectos que repercuten en la mejora de las Buenas Prácticas quirúrgicas y por ende en la disminución de eventos adversos.

### **Conclusiones.**

El grado de adherencia general del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica del paciente evidenció nivel regular en un 75% seguido del nivel de baja adherencia en un 14%. El nivel alto fue solo del 11%.

El grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica en el registro de los datos de filiación del paciente fue del 100% respecto a nombre y apellidos, fecha y de hora de inicio operación. Los ítems menos registrados fueron el centro asistencial y el servicio de procedencia.

La adherencia del equipo quirúrgico en aspectos formales fue menor respecto al nombre del cirujano en un 78% y nombre del instrumentista en un 89%, datos del anestesiólogo y de la enfermera revelaron altos niveles de cumplimiento.

El grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente antes de la administración de anestesia fue de nivel regular en un 83% seguido del 17% en el nivel bajo.

El grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente antes de la incisión de la piel, equivalente a la pausa quirúrgica, fue igualmente de nivel regular en un 83% seguido del 17% en el nivel bajo.

El grado de adherencia del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la Seguridad quirúrgica del paciente antes de que el paciente abandone la Sala de operaciones (salida), fue predominantemente regular en un 51%, seguida del nivel alto que obtuvo un 32%.

### **Recomendaciones.**

Profundizar en los motivos de la baja adherencia en los criterios identificados, dada la condición de riesgo para el paciente.

Fortalecer los procesos motivacionales del personal de centro quirúrgico, a partir de los resultados identificados.

Concientizar a las autoridades encargadas de la gerencia y los aspectos normativos, la importancia de la difusión, aplicación y cumplimiento del registro de la lista de chequeo de la historia clínica.

Reanudar los procesos de capacitación referente al tema.

**Limitaciones.**

El aspecto económico siempre fue un factor que condicionó el estudio.

La accesibilidad a las historias clínicas, siempre fue un factor laborioso para el registro de los datos; por ser un documento médico legal.

La autorización para la aplicación del estudio siempre estuvo en permanente discrepancia por el carácter ético-legal por parte de la institución.



## Referencias

- Aibar, C., Galán, A., Limón, R., Requena J., Álvarez, E. y Gea, M. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo, los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit.* 20 (1), 41-47.
- Aranaz, J. (2006). Efectos adversos en las Instituciones de salud. *En Monografías Humanista.* On line.
- Castaño, J., Castillo, J., Escolano, F., Gallart, L., Montes, A. y Samsó, E., (2010). Seguridad del paciente quirúrgico. Libro Festschrift. Editor: Madrid: Ergon, *Fundación Universitaria Sanitas - Sede Salitre.* 362(11) S456(1). Madrid España.
- Collazos, C., Bermúdez, L., Quintero, A., León, E., Quintero, M. y Díaz, M. (2010). Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente.
- Collazos, C., Bermúdez, L., Quintero, A., León, E., Quintero, M. y Díaz, M. (2013). Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. *Elsevier.* Revista Colombiana de Anestesiología. 41. 109-13.
- Espinal, García y Yepes (2010). Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos. Propuesta de monografía para obtener el Título de Especialistas en Auditoría en Salud Facultad de Medicina. *Universidad Ces.* Medellín, Colombia.
- García, A., Márquez, M. y Rodríguez, R. (2010). Listado de verificación quirúrgica en cirugía menor: una garantía para la seguridad del paciente. Distrito sanitario de Málaga.
- Gómez, A. y Espinosa, F. (2006). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Aquichan.* Bogotá – Colombia.

Goncalves, M. y Castro (2011). La seguridad del paciente, los enfermeros como agentes morales. *Yendis*. Revista de Enfermería Editora Ltda, 2(3).66-69 Sao Paulo, Brazil.

Gonçalves, P. (2011). Asistencia segura: Una reflexión teórica aplicada a la práctica.

Recuperado de:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/modulo%201%20-%20assistencia%20segura.pdf>

González, T. y Torres, B. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. *Naberos Científica*. Revista Fundación de Enfermera Cantabria. 2(8). España.

Romero, J., Taysing, P., Guerrero, C., Gaviláñez, J. y De Morí Rodas, L., (2012).

Aplicación del listado de verificación quirúrgica en un hospital pediátrico.

*Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil*. 15(1). 1390 – 4442.

Ministerio de Salud, (2009). Simposio internacional Conamed-OPS “Seguridad del paciente en el Perú. Recuperado de:

[http://www.conamed.gob.mx/simposio/simposio\\_conamed\\_2010/ago13/Peru-Mexico\\_Fichas\\_Seguridad.pdf](http://www.conamed.gob.mx/simposio/simposio_conamed_2010/ago13/Peru-Mexico_Fichas_Seguridad.pdf)

Ministerio de Salud 2013, Resolución Ministerial 208-2013/Minsa, 20 de abril de 2010.

Ministerio de Salud, (2010). Lista de Verificación y Seguridad de la Cirugía y Guía

Técnica de Implementación. En Calidad de Salud en Salud y Seguridad del Paciente. *Perú*. Recuperado de:

[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/index.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.htm).

Narbona, Cristina., Delgado, S. y Narbona, F. (2010). Listado de verificación seguridad quirúrgica (check-list): Soluciones para la prevención y mejora en la seguridad del paciente. Recuperado de:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-095-04.pdf>.

Novell, R., et. al. (2000). Complicaciones de la cirugía del trasplante hepático.

Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/cirugia-espanola-36/complicaciones-cirugia-trasplante-hepatico-11000126-editorial-2001>.

Organización Mundial de la Salud (2007). IBEAS: Red Pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica hacia una atención hospitalaria más segura.

Aplicación de la lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras. *En Organización Mundial de la Salud*. 1ª edición. Ginebra, Suiza. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/who\\_ier\\_psp\\_2008.07\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/who_ier_psp_2008.07_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud, (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Recuperado de:

[www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2009/safe\\_surgery\\_20090114/es/](http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/es/)

Organización Mundial de la Salud, (2013). Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía. *1ª edición*. Recuperado de:

[www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2009/es/](http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2009/es/)

.Pulgarín, Osorio y Varela. (2012). Guías básicas de atención médica pre- hospitalaria Convenio de Cooperación 323 de 2012. *Editorial Salud y Protección Social*.

República de Colombia. Recuperado de:

<http://es.slideshare.net/CristianSerna/guias-medicas-de-atencion-prehospitalaria>

Rivero García, Diana et. Al. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 20(2). 47-53.

Sparks, E., at. Al. (2013). Cumplimiento de la lista de verificación para la seguridad quirúrgica, como una medición de la exactitud y completitud. *Revista Científica J Am Coll Surg*. 217(5): 867-873.

Sparks, E.,at. Al.(2013). Cumplimiento de la lista de verificación para la seguridad quirúrgica, como una medición de la exactitud y completitud Scott & White Memorial Hospital (SWMH). Recuperado de:  
<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=82376>

Torres Camarillo, Irma. (2013). Nivel de Apego del Equipo Quirúrgico al Cumplimiento en la Lista de Verificación de Cirugía Segura. *Escuela de Enfermería del IMSS en N.L.* Tijuana, Baja California. Recuperado de:  
<http://aeqbc.org/archivos/19oct13/irma%20torres%20camarillo.pdf>

Watson, J. (2007). Cuidado humano y las experiencias de vida subjetivas: Proceso factores de cuidado / caritas como guía disciplinaria para el ejercicio de la enfermería profesional. *Texto Cont. Enf*. 16(1). 129-135.

# Apéndice

## Apéndice A

### Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

#### ANEXO N° 5 LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Paciente _____ Centro Asistencial _____	Fecha _____ Servicio _____	Hora Inicio _____ Hora Salida _____	Antes que el paciente salga del quirófano (SALIDA)
Antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA)	Antes de la incisión cutánea (PAUSA QUIRURGICA)	<b>EL ENFERMERO(A) CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO</b> El Nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos. <input type="checkbox"/>  El Cirujano, el Anestesiista y el Enfermero revisan los principales aspecto de la recuperación y el tratamiento del paciente. <input type="checkbox"/>  NOMBRE DEL CIRUJANO(A): _____  NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO(A): _____  NOMBRE DEL INSTRUMENTISTA _____  NOMBRE DE ENFERMERA ASISTENTE DE QUIROFANO _____	
<b>EL PACIENTE CONFIRMA</b> Su Identidad <input type="checkbox"/> El sitio Quirúrgico <input type="checkbox"/> El procedimiento <input type="checkbox"/> Su Consentimiento <input type="checkbox"/>  <b>¿SE HA MARCADO EL SITIO QUIRURGICO?</b> Si <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>  <b>SE HA COMPLEMENTADO LA COMPROBACION DE LOS APARATOS DE ANESTESIA Y LA MEDICACION ANESTESICA</b> <input type="checkbox"/>  <b>¿SE HA COLOCADO EL PULSIOXIMETRO AL PACIENTE Y FUNCIONA?</b> <input type="checkbox"/> Si	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. <input type="checkbox"/>  <b>CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE</b> Identidad del Paciente <input type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico <input type="checkbox"/> El procedimiento <input type="checkbox"/>  <b>PREVISION DE EVENTOS CRITICOS</b> <b>EL CIRUJANO REvisa:</b> Los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. <input type="checkbox"/> <b>EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa:</b> Si el paciente presenta algún problema específico. <input type="checkbox"/> <b>EL EQUIPO DE ENFERMERIA REvisa:</b> Si se ha confirmado la esterilidad (con resultado de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos <input type="checkbox"/>  <b>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?</b> Si <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/>  <b>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMAGENES DIAGNOSTICAS ESENCIALES?</b> Si <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/>	<b>¿TIENE EL PACIENTE.....</b> .....ALERGIAS CONOCIDAS? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>  .... VIA AEREA DIFICIL / RIESGO DE ASPIRACION? NO <input type="checkbox"/> Si y hay materiales y equipos / ayuda disponible <input type="checkbox"/>  ...Riesgo de Hemorragia > 500ml (7ml/kg en niños)? NO <input type="checkbox"/> Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y cos vias IV o centrales <input type="checkbox"/>	

Referencias: Carta Circular N° 056-GCPS-ESSALUD-2010; LISTA OMS DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA MANUAL DE APLICACION (1a EDICION)

## Apéndice B

### Determinación de la muestra

**Datos:**

$$N = 135$$

$$Z = 95\%$$

$$P = 50 \%$$

$$q = \frac{1-P}{n} = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$e = 5\% \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(120)}{(0.05)^2 (120-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

**Fórmula:**

$$n = \frac{129}{0,3325 + 0,9604}$$

$$n = \frac{129}{1,2929}$$

$$n = 99.8$$

$$n = 100$$

## Apéndice C

## Resolución del Ministerio de Salud 2010.

MINISTERIO DE SALUD

No. 1021-2010/MINSA



# Resolución Ministerial

Lima, 30 de DICIEMBRE del 2010

Visto el Expediente N° 10-096330-001, que contiene el Informe N° 0014-2010-ET-JGE-DCS-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe N° 858-2010-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, el literal h) del artículo 3° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece como competencia de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental;

Que, en la Resolución WHA55.18 aprobada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes, así como a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", dejándose sin efecto en su artículo 3°, la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA, que aprobó los criterios mínimos de la "Lista de Chequeo de Cirugía Segura";

Que, en tal virtud, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", a fin de



Z. Solís V.



C. ACOSTA S.



Olivera A.





cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, habiéndose contando para ello con la colaboración del Colegio Médico del Perú;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y de la Viceministra de Salud;

De conformidad a lo previsto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", que en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en la presente Guía Técnica.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan su veces, son las responsables de la implementación, aplicación y supervisión de la presente Guía Técnica, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp) del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese,



Z. Solís V.



C. ACOSTA S.



W. Olivera A.



D. León Ch.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ

Ministro de Salud