

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA
CHECK LIST EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.
PASCO. 2011 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGIO**

JUAN LUIS BERNARDO OSORIO

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Luis Bernardo Osorio', is located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 006

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°047-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. BERNARDO OSORIO JUAN LUIS

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.2 OBJETIVO.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	21
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	24
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	24
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.....	26
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	30
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	37
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	38
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	41

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008. Lanzó su segundo reto “Cirugía segura, salva vidas”, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo, definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país, denominada lista de verificación de cirugía segura.

La lista de verificación de cirugía segura, fue aprobada en 8 ciudades como Toronto (Canadá), Londres (Reino Unido), Ammán (Jordania), Seattle (EEUU), Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzania) y Nueva Delhi (India); donde se redujo el índice de complicaciones post-operatorias de 11% a 7%, muertes de 1.5% a 0.8%, infección del sitio quirúrgico de 6.2% a 3.4% y re-operación no planificada de 2.4% a 1.8% .

En el Perú se aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” a fin de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes; siendo una herramienta puesta a disposición de profesionales sanitarios para mejorar la seguridad del paciente y reducir eventos adversos evitables, con el objetivo de reforzar prácticas seguras; así promover una mejor comunicación y trabajo en equipo.

La “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, se creó a fin de intervenir al paciente correcto, en el sitio del cuerpo correcto, prevenir el daño derivado de la anestesia, evitar el dolor, identificar riesgos de la vía

aérea y pérdida significativa de sangre, evitar reacciones alérgicas y adversas a medicamentos, minimizar el riesgo de infección quirúrgica; prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental, comunicar e intercambiar de manera efectiva la información del paciente y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica (3).

El equipo quirúrgico está compuesto por el médico anesthesiologo, el cirujano principal y uno o dos cirujanos asistentes, la enfermera Instrumentista, quien participa directamente del acto quirúrgico; la Enfermera Circulante, encargada de planificar todo el acto quirúrgico. En este equipo la enfermera circulante es la encargada de la lista de verificación de cirugía segura, de formular las preguntas y cumplir en marcar las casillas, en caso de imposibilidad puede ser cualquier otro profesional sanitario que participe de la intervención, cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración de cirujanos y anestesistas, lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo, algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

A través de los medios de comunicación se difunden casos que alarman a toda la población, "se amputa pierna equivocada", "entra vivo y nunca más despierta de la cirugía", "se opera para ser bella y muere"; es por ello que

la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños irreversibles e incluso la muerte. Por tanto, es que se crearon estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado una lista de verificación de cirugía segura simple y breve, de bajo costo y alto impacto social.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que los daños por eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas fueron problemas de salud pública en un nivel intermedio se estima que de 234 millones de cirugías que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen complicaciones incapacitantes en un 70% y 1 millón terminan en muertes, en un 14% ocasionada mayormente por la identificación incorrecta del paciente, sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas e infección de la herida operatoria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo, ya que estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud del problema. En los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal, la grave escasez de recursos; son algunos factores que contribuyen a aumentar las dificultades.

Por ende, se producen con relativa frecuencia los efectos adversos, que están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con la presencia de complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatal; se han clasificado en complicaciones de la herida quirúrgica, complicaciones de la técnica quirúrgica, complicaciones sistémicas (infección respiratoria, urinaria, vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos); fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la misma enfermedad o de sus síntomas; así también por accidentes anestésicos.

La falta o escasa seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños irreversibles e incluso la muerte. Por ello que se crearon estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado una "Lista de Verificación de Cirugía Segura", simple y breve, de bajo costo y alto impacto social, que brinde un entorno de seguridad al paciente durante la cirugía a fin de reducir la probabilidad de daño quirúrgico evitable.

En Centro Quirúrgico del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, se ha observado que la enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico; así como del cumplimiento de la lista

de verificación de cirugía segura; en caso de imposibilidad puede ser otro profesional sanitario que participe en la cirugía.

Sin embargo, aún persiste el llenado incompleto de la lista de verificación de cirugía segura, muchas veces no se formulan preguntas de forma correcta, marcan las casillas inadecuadamente, anestesiólogos y cirujanos omiten la firma considerándola una pérdida de tiempo o interrupción, otros lo hacen por imposición. Existe escasa conciencia del equipo, e incluso desinterés por su cumplimiento conllevando a la persistencia de graves falencias.

1.2 OBJETIVO

- Implementar la hoja de cirugía segura (check list) previa concientización al personal que laboran en centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión año 2011 – 2017
- Garantizar la continuidad del uso de la hoja cirugía segura (check list) en el equipo quirúrgico para que adopten de forma sistemática medidas de seguridad esencial y minimicen los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes Quirúrgicos Hospital Daniel Alcides Carrión año 2011 – 2017.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico se justifica porque en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión no se contaba con la hoja de cirugía segura check list lo cual es de importancia para las intervenciones Quirúrgicas y/o procedimientos invasivos que presentan riesgos para los pacientes, riesgo de errores, falta de equipos y otros que pueden llevar a generar graves daños

Se justifica además por la seguridad del paciente que constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En noviembre de 2014, los licenciados en Enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión deciden la implementación y la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos, para minimizar el tiempo operatorio y la unificación de criterios, con la aplicación bajo responsabilidad de la licenciada(o) en enfermería y la participación activa del anestesiólogo y médico que realizara el acto quirúrgico.

Se justica también porque en las instituciones de salud de nuestro país ya se está aplicando la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía, pero todavía no se aplica correctamente, el personal de salud no está capacitado o no conoce sobre el contenido de esta lista, no se ha determinado quien es la persona encargada de aplicarla, entre otras falencias, lo que repercute en el paciente, en como siente que es cuidado en el quirófano.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

- SOLOR A. La Habana: Cuba 2013. Realizó un estudio titulado: "El check list" como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico en Tuvo como objetivo profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía con el objetivo de prevenir daños al paciente quirúrgico. Sólo con el firme compromiso de las organizaciones sanitarias se pueden trasladar las herramientas de seguridad del paciente en el quirófano. Es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, lograr el compromiso y convicción de todos los profesionales.

Se concluyó que el check list es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios.

- ALDECO M. Bogotá: Colombia 2013. Realizó un estudio titulado: Parada de seguridad en salas de cirugía "lista de verificación" sobre la calificación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico de una institución de alta complejidad en. Tuvo como objetivo determinar el impacto de la implementación de la Parada de Seguridad sobre la calificación de Cultura de Seguridad en salas de cirugía. La implementación de estrategias está orientada a fortalecer la seguridad del paciente, modifican la percepción de seguridad de los profesionales de salud en los procesos de atención.

Concluyó que se obtuvo un puntaje deficiente en la primera medición y después de la intervención se encontró un considerable aumento en la aplicación de la lista de chequeo.

- JOSÉ ARRIBALZAGA E. San Martín de Buenos Aires: Argentina 2012. Realizó un estudio titulado: "Implementación del listado de verificación de cirugía segura" en el Hospital de Clínicas de. Tuvo como objetivo determinar la utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico. Se concluyó que la incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un

sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación.

- COLLAZOS C. Medellín Colombia 2012. Realizó un estudio titulado: "Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía" desde la perspectiva del paciente en el Hospital General de Medellín: El objetivo fue describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía. Se concluyó que la aplicación de la lista de verificación se cumple, la incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación.

2.1.2 A nivel Nacional

BECERRA K. Chiclayo Lima: Perú 2012, realizó un estudio titulado: "Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura" en tuvo como objetivo identificar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo responsabilidades, ésta salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.

Se concluye que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son la falta de capacitación,

responsabilidad y conciencia; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención.

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades.

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como: Las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas.

Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano.

Cada fase, considera lo siguiente:

- a) La Primera Fase: Antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada), antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea y las alergias; así como la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.
- b) La Segunda Fase: Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica), el equipo confirmará que todos los miembros se presenten por su nombre y su función, confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, se realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista

las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía.

- c) La Tercera Fase: Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida), el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

Mediante la designación de una única persona para confirmar que se cumpla cada ítem de la lista de chequeo, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.

La lista de verificación reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y ayudará a garantizar que el equipo quirúrgico siga de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.

2.2.2 BASE TEÓRICA

Este trabajo se sustenta en la teoría VIRGINIA HENDERSON

Definición de los conceptos persona- salud - entorno - cuidado del modelo. Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar una con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales luego descriptas

a) Definición de los conceptos persona- salud - entorno cuidado del modelo.

- Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- Cuidado: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- Persona: Como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son

indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

b) 14 necesidades Básicas

1. Respirar con normalidad. Respirar normalmente: – Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente. Comer y bebe de forma adecuada: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos del organismo. Eliminar por todas las vías corporales: –Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Moverse y mantener una postura adecuada: –Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantener las bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
5. Descansar y dormir. Dormir y descansar: Mantener hábitos regulares referidos a las horas de sueño como a las de descanso.

6. Seleccionar vestimenta adecuada. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: -Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal. Mantener la temperatura corporal: - Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: -Regular la propia higiene mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno. Evitar los peligros del entorno: -Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. Comunicarse con los demás: - Expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión. Ejercer culto a dios, acorde con la religión: -Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: - Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo:
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio. Participar en todas las formas de recreación y ocio: - Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: - Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

c) Definición De La Función De Enfermería

Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que

realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.

d) Relación con el paciente en el proceso de cuidar

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

e) Equipo de atención incluye al paciente y a su familia

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen e máximo nivel de independencia en el menor tiempo

Paradigma de la teoría. Paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia

de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

Relación de los tres paradigmas conocidos. • Apertura que supone un cambio cualitativo al dejar de trabajar para las personas (categorización), al dejar de trabajar con las personas (integración), y pasar a estar con las personas (transformación) y desde ahí, transformar las realidades.

Desde esta perspectiva la enfermería centraría su quehacer en el ser humano (paradigma de la transformación) en detrimento de un enfoque en el que la patología y las dependencias guían no sólo el hacer, sino el ser y el saber de la disciplina.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Check List: Es una herramienta de ayuda en el trabajo diseñada para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano.
- Negligencia: está dada por el incumplimiento del deber, la falta de precaución, la omisión de la atención y la diligencia debida y la conducta por vía de omisión.

- Impericia: escasez de conocimientos, falta de práctica o experiencia a pesar de tener los conocimientos y estudios y puede ser por conductas activas o pasivas.
- Imprudencia: acción temeraria o ligereza o falta de previsión inexcusable.
- Entrada: ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista de chequeo puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia.
- Pausa quirúrgica: es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales. La Salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede Iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano.
- Focalizada: Se debe intentar que la Lista de verificación sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad.

- Breve: La verificación de cada sección de la lista no debe llevar más de un minuto.
- Ejecutable: Cada elemento de la Lista de verificación debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca.
- Verbal: La función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo.
- Cooperativa: Cualquier intento de modificación de la lista debe contar con la colaboración de los representantes de los grupos involucrados en su utilización. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestesistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generar la sensación de "pertenencia" que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica.

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través del análisis documental, utilizando cuadernos de actas donde se registraba todas las reuniones realizadas para la implementación de la hoja de cirugía segura check list.

Además, se buscó modelos de otros hospitales y nos basamos a la norma técnica de centro quirúrgico en donde indica el uso del instrumento la hoja de check list. Registros de Reporte Operatorio, Copia de Hojas de cirugía segura check list, Copia de cuaderno de actas de las reuniones realizadas.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

En el año 2011 en el mes de junio ingreso a laborar en el Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco en el servicio de Centro Quirúrgico como Licenciado en Enfermero asistencial instrumentista 1, donde evidenciamos distintas técnicas de recepción al paciente, montaje y desmontaje de las mismas incluso la monitorización y traslado eran diferentes.

En el año 2014 asumo la coordinación del servicio de Centro Quirúrgico, en donde en una reunión ordinaria se plantea la problemática evidenciado en los años anteriores en donde los Licenciado en Enfermería, Medico Anestesiólogo e incluso cada médico que realiza el acto operatorio tenían técnicas muy diferentes, lo cual generaba un problema, demora para inicio de las operaciones, monitorización de pacientes variables, lavado de la zona operatoria inadecuado “usaban yodopovidona en solución y espuma ” lo cual no eran fácil de adaptarse a esas técnicas, entonces buscamos alternativa de solución y decidimos implementar la hoja de cirugía segura “check klist” por lo que se forman comisiones para la búsqueda de modelos y la sociabilización.

En el 2015 se realiza una reunión extraordinaria con el personal Profesional de Enfermería y los Médicos Anestesiólogos para poder verificar el modelo, en ello se aprueba el uso de dicho instrumento, pero previa sociabilización a todo el personal que labora en centro quirúrgico entonces se convoca a la reunión programada y se realiza la sociabilización respectiva.

A la actualidad se aplica el instrumento en todo paciente que será intervenido quirúrgicamente lo cual evita los riesgos de los actos operatorios y la demora del paciente en quirófano y se estandariza las técnicas de todo personal profesional y por ello el manejo es mucho

más efectivo con la participación activa de los profesionales involucrados en el área, teniendo en consideración que es un documento médico legal.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

La implementación de la hoja de cirugía segura check list en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, fue dirigida a los trabajadores asistenciales (médicos anesthesiólogos, médicos que realizan actos operatorios, licenciados(as) en enfermería y demás personales de salud), con la finalidad de estandarizar técnicas para evitar posibles riesgos quirúrgicos, minimizar tiempo operatorio e incrementar las operaciones quirúrgicas en la Región, además permite el contacto directo con al paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica lo cual permite la identificación de cada personal de salud y la confianza que se le brinda al paciente.

CUADRO 3.3.1

Intervenciones Quirúrgicas sin el Check List en el Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013

AÑO	TOTAL DE INTERVENCIONES POR MES	TOTAL DE INTERVENCIONES ANUAL
2011	80	960
2012	82	884
2013	85	1020

Fuente: Registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

CUADRO 3.3.2

Promedio De Tiempo De Intervenciones Quirúrgicas Sin Check List En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013

AÑO	PROMEDIO DE TIEMPO
2011	3
2012	02:50
2013	02:35

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

CUADRO 3.3.3

Intervenciones Quirúrgicas Con Check List En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2014 - 2017

AÑO	TOTAL DE INTERVENCIONES POR MES	TOTAL DE INTERVENCIONES ANUAL
2014	80	960
2015	90	1080
2016	110	1320
2017	120	1200

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

CUADRO 3.3.6

Personal Profesional Y No Profesional En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2017

AÑO	TEC. ENFERMERIA	LIC. ENFERMERIA	MEDICO ANESTESIOLOGO
2011	8	2	1
2012	8	2	1
2013	8	3	1
2014	8	4	2
2015	9	4	2
2016	9	5	3
2017	9	6	3

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

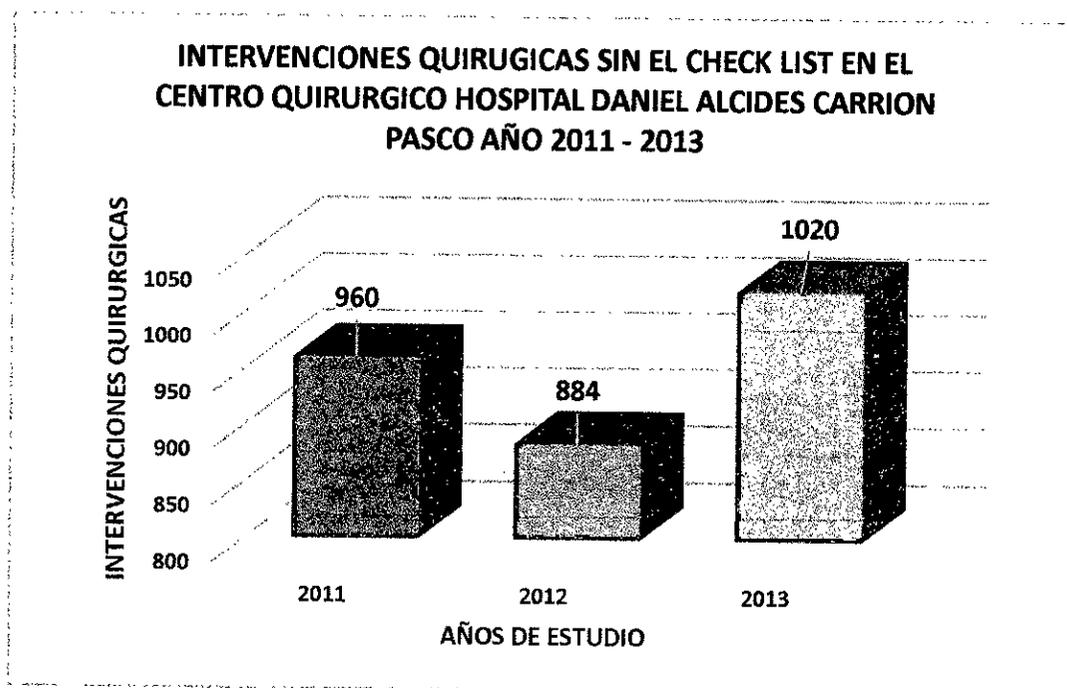
Intervenciones Quirugicas sin el Check List en el Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013

AÑO	TOTAL DE INTERVENCIONES POR MES	TOTAL DE INTERVENCIONES ANUAL
2011	80	960
2012	82	884
2013	85	1020

Fuente: Registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.1

Intervenciones Quirugicas sin el Check List en el Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013



CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

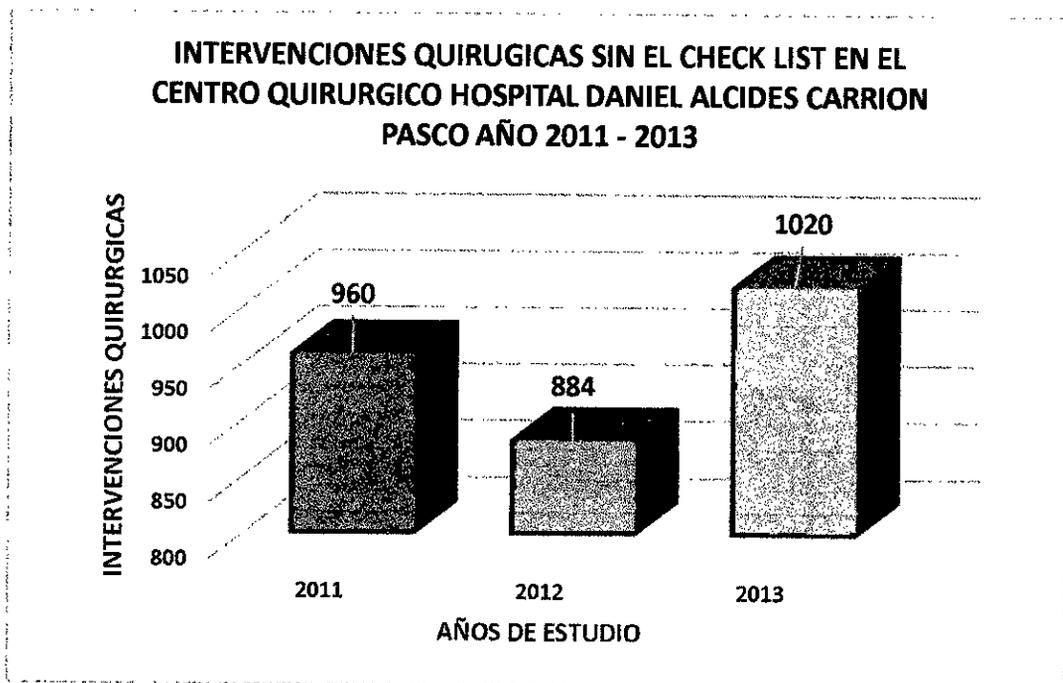
Intervenciones Quirugicas sin el Check List en el Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013

AÑO	TOTAL DE INTERVENCIONES POR MES	TOTAL DE INTERVENCIONES ANUAL
2011	80	960
2012	82	884
2013	85	1020

Fuente: Registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.1

Intervenciones Quirugicas sin el Check List en el Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 - 2013



Interpretación:

En el grafico 4.1 se observa que las intervenciones quirúrgicas sin el uso de la hoja check list es de 80 intervenciones por mes en el año 2011 y 85 intervenciones por mes en el año 2013 lo cual evidencia que gradualmente se incrementaba las intervenciones quirúrgicas.

CUADRO N° 4.2

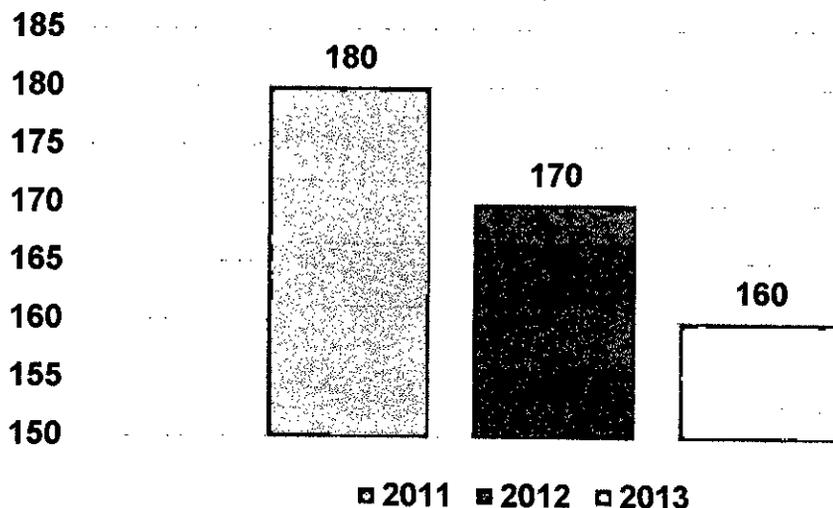
Tiempo Promedio De Intervenciones Quirúrgicas Sin Check List En El Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2013

AÑO	PROMEDIO DE TIEMPO
2011	3
2012	02:50
2013	02:35

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.2

Tiempo Promedio De Intervenciones Quirúrgicas Sin Check List En El Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2013



Interpretación:

En el grafico 4.2 se observa que el promedio de tiempo de intervención quirúrgica sin la aplicación de la hoja de check list en el año 2011 es de 3 horas y en el año 2013 es de 2 horas con 40 minutos, lo cual refleja que el tiempo operatorio se fue reduciendo en comparación a los años anteriores.

CUADRO N° 4.3

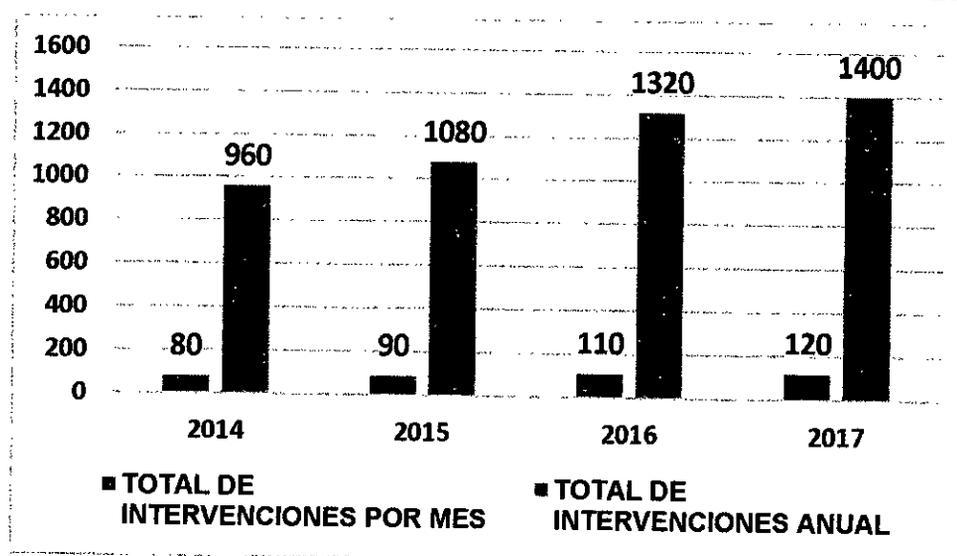
Intervenciones Quirúrgicas Con Check List en el Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2014 - 2017

AÑO	CAPTADOS	DESERCION
2014	22	36.4 %
2015	18	16.7 %
2016	28	3.6 %

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.3

Intervenciones Quirúrgicas Con Check List en el Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2014 – 2017



Interpretación:

En el grafico 4.3 se observa que las intervenciones quirúrgicas con el uso de la hoja de cirugía segura check list en el año 2014 son de 80 operaciones por mes y en el año 2017 es de 120 operaciones por mes lo cual evidencia que se incrementó en un 40% más las intervenciones quirúrgicas mensualmente.

CUADRO N° 4.4

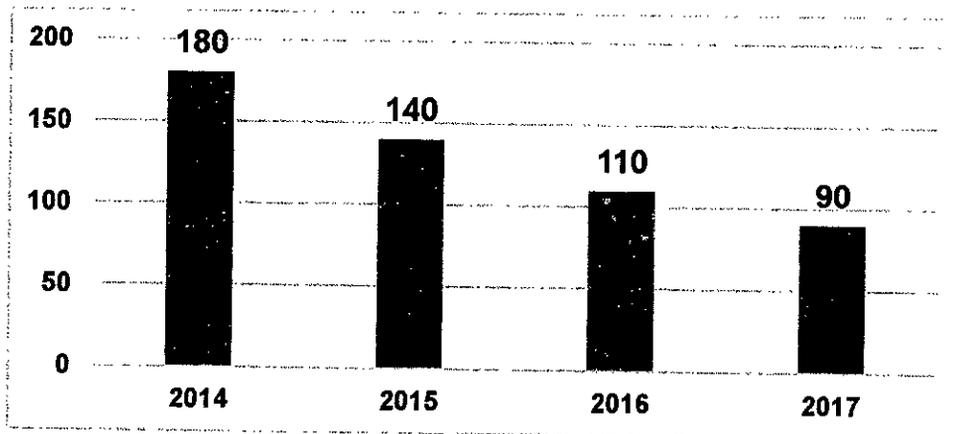
Promedio De Tiempo De Intervenciones Quirúrgicas Con Check List En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2014 - 2017

AÑO	PROMEDIO DE TIEMPO
2014	3
2015	02:20
2016	01:50
2017	01:30

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.4

Promedio De Tiempo De Intervenciones Quirúrgicas Con Check List En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2014 - 2017



Interpretación:

En el grafico 4.4 se observa que el promedio de tiempo operatorio con la aplicación de la hoja de check list es de 3 horas en el año 2014 y de 1 hora con 30 minutos en el año 2017, lo cual evidencia que se disminuye el tiempo operatorio en un 50%.

CUADRO N° 4.5

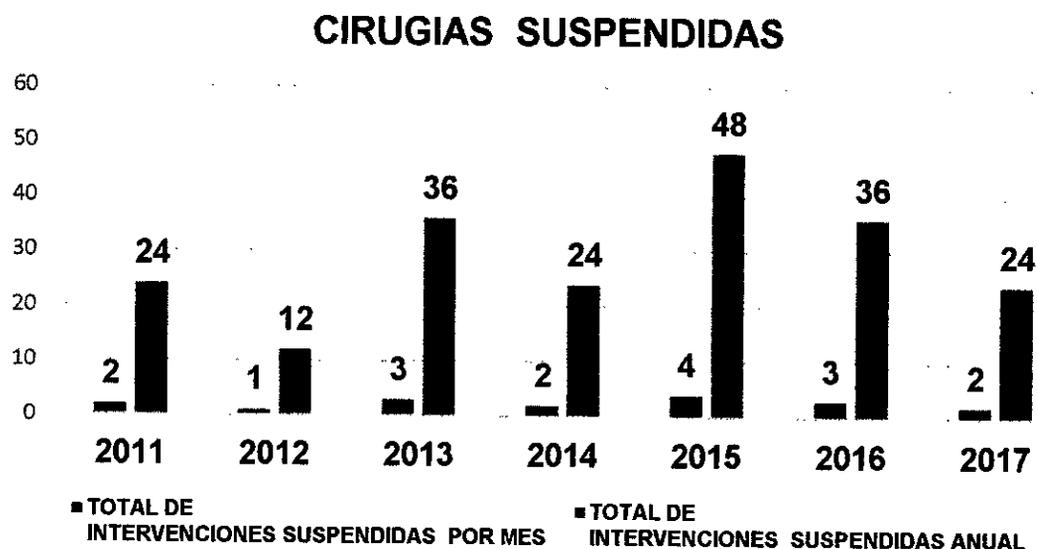
Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2017

AÑO	Total de intervenciones suspendidas por mes	Total de intervenciones suspendidas anual
2011	2	24
2012	1	12
2013	3	36
2014	2	24
2015	4	48
2016	3	36
2017	2	24

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.5

Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2017



Interpretación:

En el gráfico 4.5 se observa que las cirugías suspendidas son de 2 intervenciones quirúrgicas en el año 2011 y de 2 suspensiones quirúrgicas en el año 2017, lo que evidencia que no hay mucha variación, pero en los años intermedias la variación es mínima.

CUADRO N° 4.6

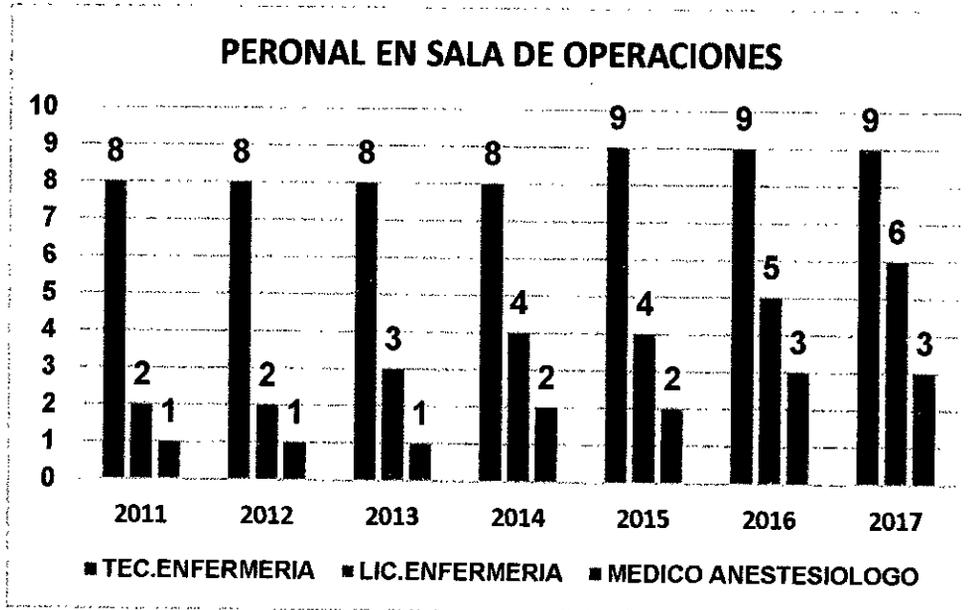
Personal Profesional Y No Profesional En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2017

AÑO	TEC. ENFERMERIA	LIC. ENFERMERIA	MEDICO ANESTESIOLOGO
2011	8	2	1
2012	8	2	1
2013	8	3	1
2014	8	4	2
2015	9	4	2
2016	9	5	3
2017	9	6	3

Fuente: registro de libro de reporte operatorio, anestesiología y avisos operatorios

GRÁFICO N° 4.6

Personal Profesional Y No Profesional En El Servicio De Centro Quirúrgico Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Año 2011 – 2017



Interpretación:

En el grafico 4.6 se observa el personal que labora en sala de operaciones es de 8 técnicos en enfermería, 2 licenciados en enfermería y un anesthesiólogo en el año 2011 y en el año 2017 viene laborando 9 técnicos en enfermería, 6 licenciados en enfermería y 3 anesthesiólogos, lo cual evidencia el incremento en más del 100% en el profesional licenciado y anesthesiólogo.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

- a) Se concluye que las intervenciones quirúrgicas sin el uso de la hoja de check list fue incrementándose gradualmente cantidad.
- b) Se concluye que el promedio de tiempo de la intervención quirúrgica sin la aplicación de la hoja de check list se fue reduciendo en mínima cantidad.
- c) Se concluye que las intervenciones quirúrgicas con el uso de las hojas check list se incrementaron considerablemente para el año presente.
- d) Se concluye que el promedio de tiempo operatorio con la aplicación de la hoja de check list reduce proporcionalmente disminuyendo en el personal de sala de operaciones el riesgo de contraer enfermedades ergonómicas.
- e) Se concluye que las cirugías suspendidas se mantienen con mínimas variaciones lo cual no depende del personal de salud más aun de las enfermedades crónicas que presentan los pacientes en el momento.
- f) Se concluye que el incremento de personal de licenciados en enfermería y anestesiólogos mejoro la aplicación del instrumento incrementado disminuyendo el tiempo operatorio e incrementando la cantidad de operaciones quirúrgicas.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda que el uso de la hoja de check list sea continua para mejorar las intervenciones quirúrgicas e incrementar dichas intervenciones.
- b) Se recomienda el uso de la hoja de cirugía segura check list para reducir el tiempo operatorio y minimizar riesgos.
- c) Garantizar el uso continuo de la hoja de cirugía para incrementar las operaciones quirúrgicas.
- d) Continuar con el uso correcto de la hoja de cirugía segura check list para reducir el tiempo operatorio y garantizar una atención de calidad.
- e) Se recomienda en lo posible evitar las suspensiones de las intervenciones quirúrgicas, que son puedan dar solución en el servicio salvo sea ajeno a ello.
- f) Continuar con el incremento de personal profesional y no profesional en el servicio de sala de operaciones para mejorar la aplicación de la hoja de cirugía segura check list.

CAPÍTULO VII:

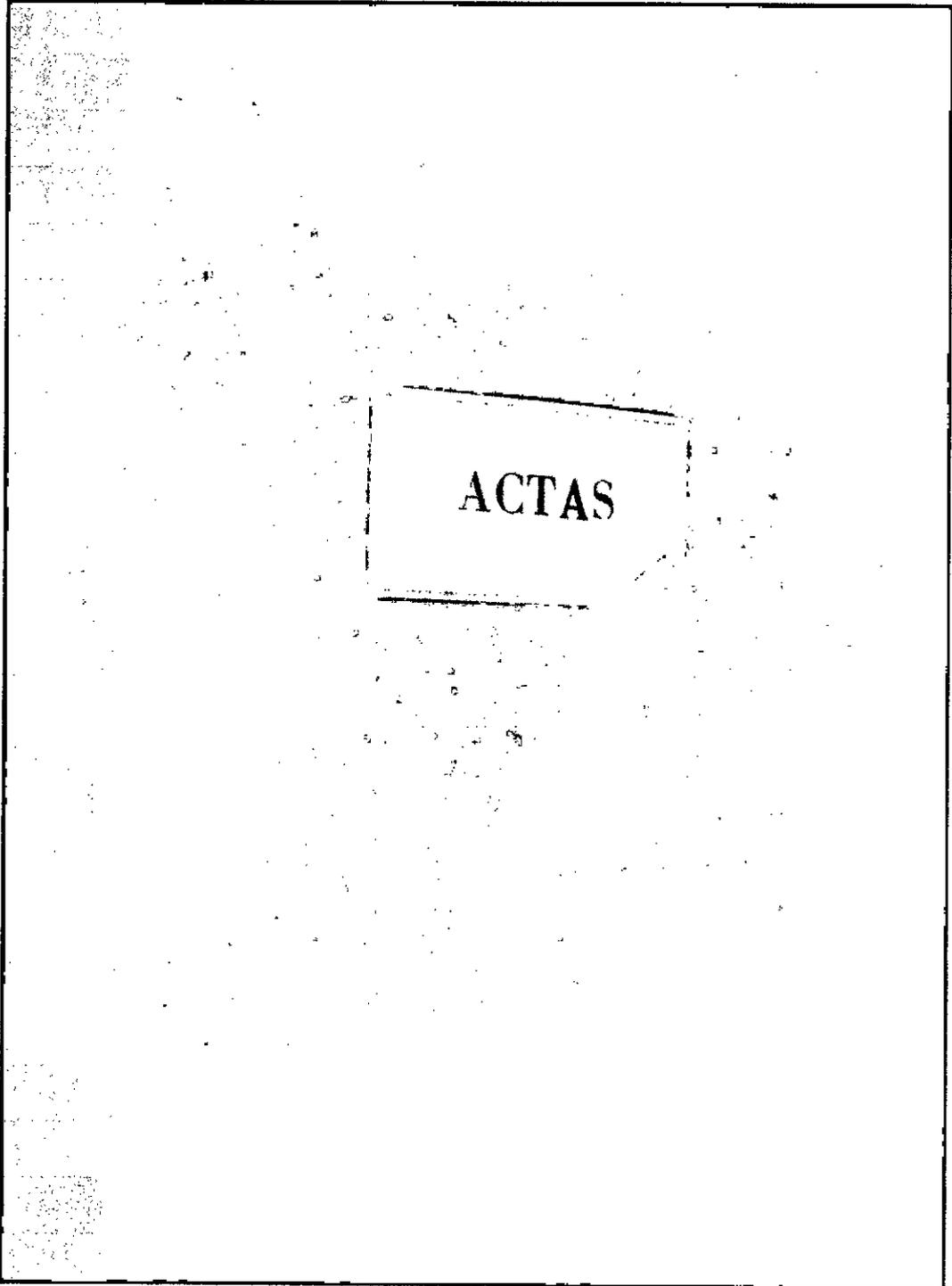
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

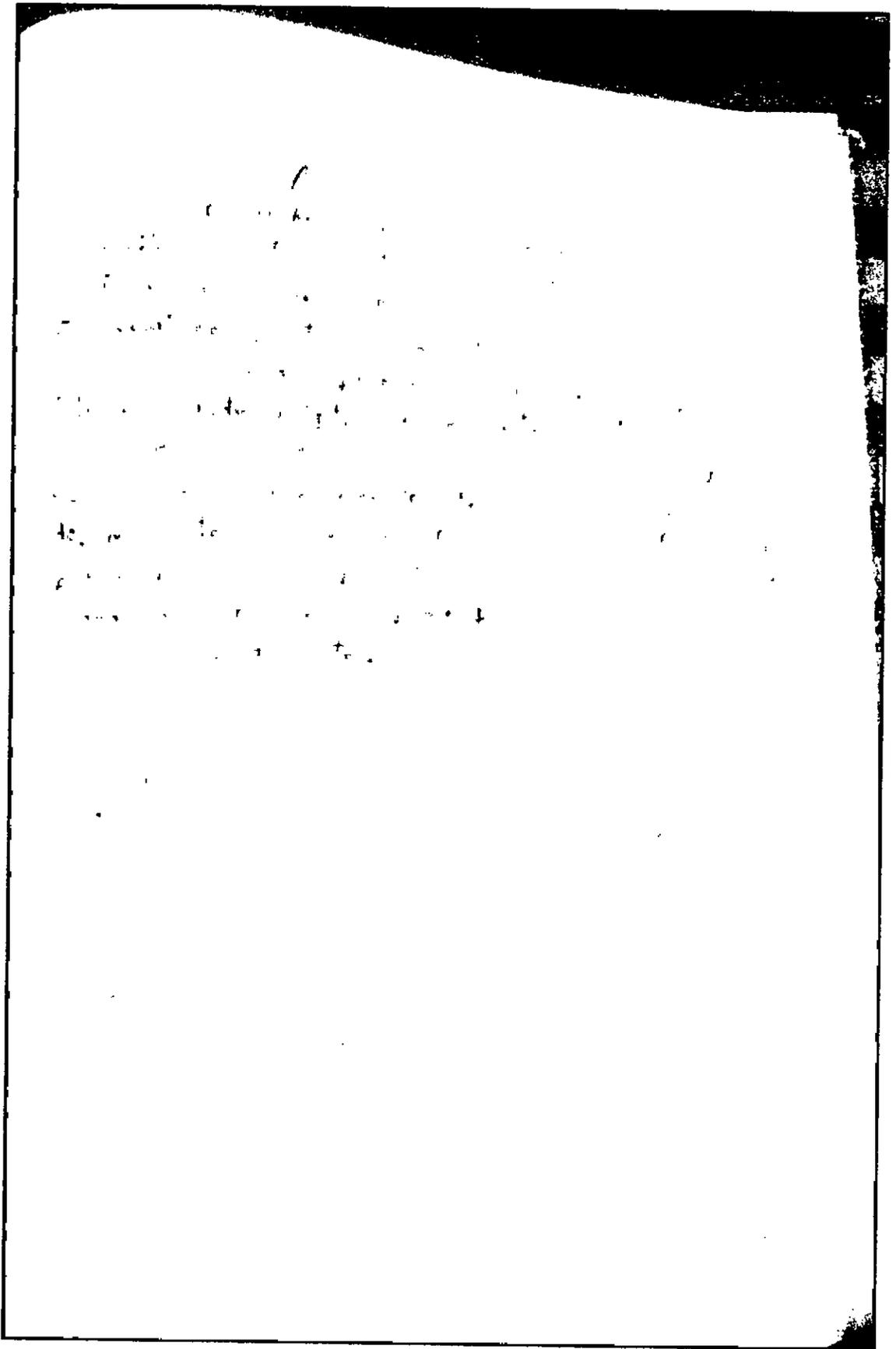
1. Aguirre H, El error médico, Eventos adversos, Cir Ciruj, 2006.
2. American Academia of Orthopaedic Surgeons, Wrong-site surgery; abril 2004.
3. Brennan TA, Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Engl J Med, 1991.
4. Cooper JB, Safety and Quality: The Guiding Principles of Patient-Centered Care, Anesthesiology, 2008.
5. Flanagan JC, The critical incident technique, Psychol Bull. 1954.
6. Folkard S, Shift work, safety and productivity Occupational, Medicine, 2003.
7. Gavito, MC. et al. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 2000; 13 (3): 153-56.
8. Glenn D, Administración del quirófano: Una nueva oportunidad para el anesthesiólogo, Clin Anest NA, 1999.
9. Haller G, Quality and safety indicators in anesthesia, A systematic review. Anesthesiology, 2009.
10. Haynes AB. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009.

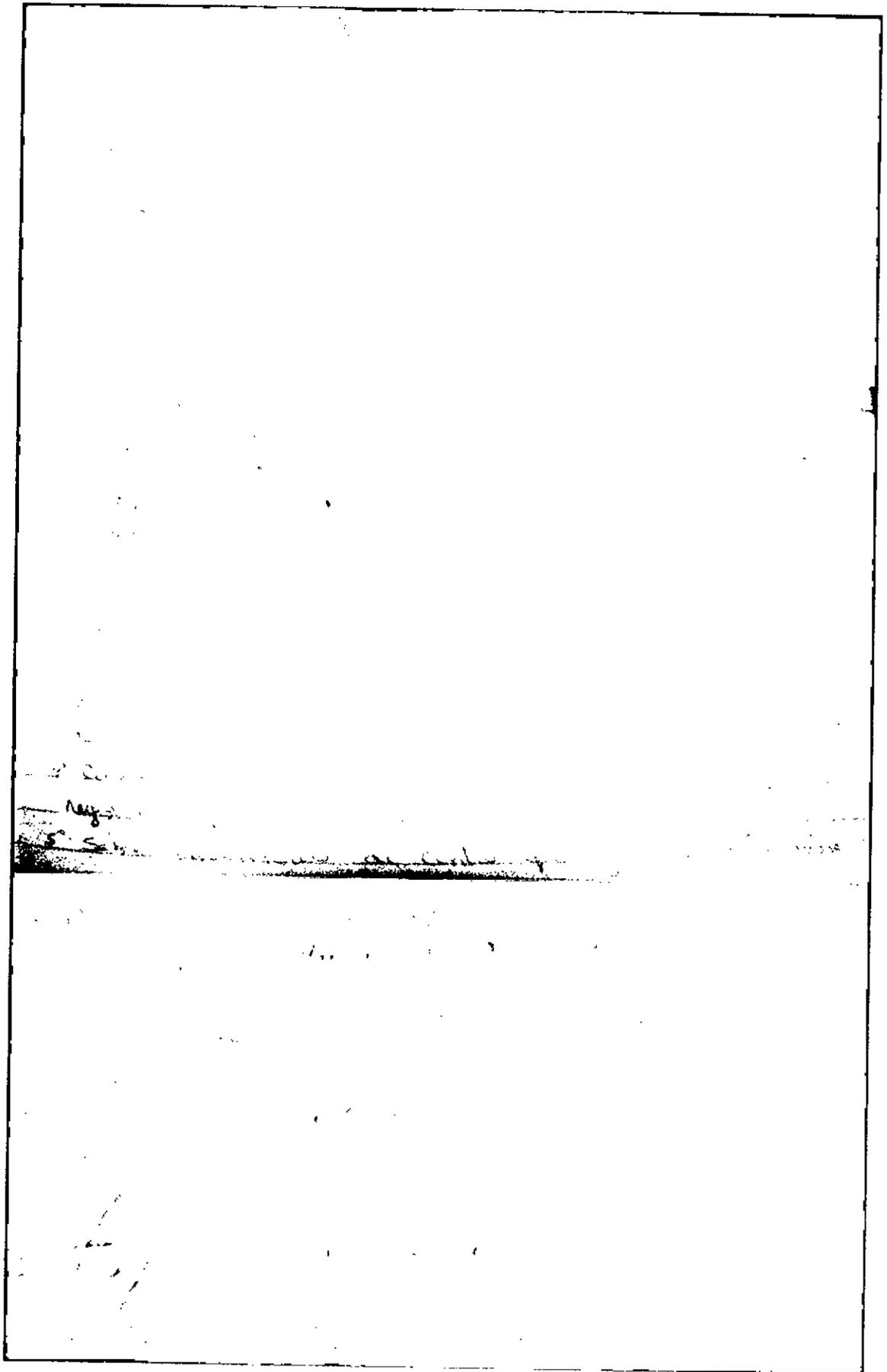
11. Islas SM, Muñoz CH. El consentimiento informado, aspectos bioéticos. *Revista médica del Hospital General de México, SSA.* 2000; 63:267-273.
12. Jardali F, Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals, *BMC Health Serv Res*, 2011.
13. JCAHO's Front Line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events, 2001.

ANEXOS

ANEXO 01







Se leen los 15 15 por el... y se acuerda...
el día 15 de Julio...
reuniones.

Se le lee el informe... y se acuerda...
durante el mes...
equipos adquiridos y insumos y materiales, como también
el inventario del servicio... de 80%, también

- El Lic. Raúl... que... al formato
de Registro...
se le pedirá...

- Se le...
a los...

- Se le...
del...

Propone...
de...
de...
Historia y AEA...

- Se le...
de...

- Juan...
de...

- Juan...
de...

- Judith...
de...
CRISTIAN...

[Handwritten signatures and initials]

REPO

FEBRUARY 1944

0

ANESTESIA

FEBRUARY 1944

HDAL

LISTA DE VERIFICACION DE CRIMENES



Nombre completo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Estado civil: _____
 Ocupación: _____
 Dirección actual: _____
 Dirección anterior: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de salida: _____
 Tipo de ingreso: _____
 Tipo de salida: _____

N.º de Historia Clínica: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de salida: _____
 Tipo de ingreso: _____
 Tipo de salida: _____

HDAC

LISTA DE VERIFICACION DE CRIMENES



Nombre completo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Estado civil: _____
 Ocupación: _____
 Dirección actual: _____
 Dirección anterior: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de salida: _____
 Tipo de ingreso: _____
 Tipo de salida: _____

N.º de Historia Clínica: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de salida: _____
 Tipo de ingreso: _____
 Tipo de salida: _____

