

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL SERVICIO DE CENTRO
QUIRÚRGICO EN LA CLÍNICA DELGADO, LIMA - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRURGICO**

ZIZIA GRETA GARCÍA IRURETA

Callao - 2019
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 44

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Marco conceptual o referencial	10
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO	15
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
3.1 Valoración	15
3.2 Diagnóstico de Enfermería	22
3.3 Planificación	23
3.4 Ejecución y Evaluación	27
4. CONCLUSIONES	30
5. RECOMENDACIONES	31
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
7. ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico describe la intervención de la enfermera profesional en el uso de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) en el centro quirúrgico. Una de las principales motivaciones para la realización de este documento fue la poca sensibilización y compromiso del equipo quirúrgico respecto a la LVCS, siendo necesario para reducir la incidencia del error en sala de operaciones a través de este sistema estandarizado, al ser un medio rápido y sencillo que compromete a todo el equipo quirúrgico en la seguridad del usuario (1).

Este trabajo es importante porque permite evidenciar la labor del enfermero y su responsabilidad al aplicar la LVCS en el paciente sometido a intervención quirúrgica, disminuyendo los errores en la cirugía.

La Clínica Delgado, ubicada en la cuadra 4 de la Av. Angamos Oeste, tiene como misión transformar la experiencia en salud, con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes. Alineado con la misión institucional, el servicio de centro quirúrgico de la clínica aplica implementó la LVCS, que se desarrolla en todos los tiempos de la intervención quirúrgica.

La labor del enfermero involucra la instrumentación, asistir como circulante en el quirófano, y liderar el servicio (programación y distribución del personal). Es el coordinador del cumplimiento de Lista de Verificación, siendo el encargado de realizar las preguntas y completar el check-list (2); por lo tanto, este trabajo académico beneficiará a este grupo profesional al visibilizar su labor en la seguridad quirúrgica para la prevención de complicaciones y reduciendo así el riesgo de error.

Actualmente en la Clínica Delgado se utiliza la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, que incluye los datos del paciente como

nombre, DNI, N° de historia clínica, sexo, fecha de nacimiento, edad, religión, estado civil, grupo sanguíneo y factor Rh; además de la fecha y hora. Consta de 3 partes en la que se detalla el antes de la inducción anestésica [enfermero(a) y anestesiólogo(a) como mínimo], el antes de la incisión cutánea [enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano], y el antes de la salida del paciente [enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano]; debiendo ser firmado por los tres profesionales al final del documento.

El objetivo del presente documento es dar a conocer los cuidados de enfermería en la aplicación de la LVCS en centro quirúrgico en Clínica Delgado, los principales diagnósticos y las medidas que el profesional de enfermería utiliza en el cuidado de la seguridad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Clínica Delgado.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según describe la Organización Mundial de la Salud (OMS), millones de pacientes en el mundo sufren lesiones o mueren como consecuencia de unos cuidados médicos no seguros (3). La falta de seguridad en el paciente es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a diversos países. En países desarrollados se registran eventos adversos en el quirófano que representan aproximadamente el 50% del total de eventos adversos registrados; en países en vías de desarrollo existen limitaciones en servicios de salud, falta de personal altamente capacitado, la tecnología es insuficiente y existen limitaciones para suministrar medicamentos y/o materiales (4).

Los efectos no deseados de la atención sanitaria son causa de alta morbi-mortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados (5), dándose con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, más que en los pacientes de cualquier otra especialidad (6).

Un estudio desarrollado por la OMS en Canadá, India, Jordania, Filipinas, Nueva Zelandia, Tanzania, Inglaterra, y EE.UU, demostró los beneficios de utilizar un checklist para la seguridad quirúrgica, mostrando reducción en las complicaciones quirúrgicas (36%), la mortalidad (47%), la tasa de infección (59%) y la realización de una nueva intervención quirúrgica (25%). Su aplicación duplica la posibilidad de utilizar estándares de cuidado seguros en el tratamiento quirúrgico de los pacientes (7).

En nuestro país, desde el 2010 el Ministerio de Salud (MINSa) aprobó la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, para garantizar la seguridad del usuario quirúrgico, y debe implementarse en todos los establecimientos de salud ya sean públicos o privados en donde se realicen intervenciones quirúrgicas (8).

En el centro quirúrgico de la Clínica Delgado, se evalúan las listas de verificación realizadas y las correctamente registradas, en las primeras el porcentaje de cumplimiento va desde el 50% al 100% (2019), y respecto a las listas de verificación correctamente registradas el mínimo es el 17% (mayo) y como máximo el 85% (marzo). Se han identificado problemas en la aplicación de la LVCS, ya que a pesar del correcto y completo llenado del check list en la primera parte de este, la segunda frecuentemente queda sin llenar. En algunas cirugías cortas como las citoscopías o los legrados, se deja de hacer el llenado completo de la LVCS, entre las principales causas de esto se encuentran el poco tiempo del personal médico y la necesidad del registro en la historia clínica electrónica, a la que se le da mayor prioridad.

Además de lo mencionado, debido al poco personal de enfermería, no siempre se encuentra una enfermera profesional como circulante en quirófano, por lo que se solicita apoyo al personal técnico de enfermería; sin embargo, este personal no cuenta con los conocimientos necesarios sobre la LVCS, dificultando aplicación.

Las circunstancias previamente mencionadas han generado diversos problemas que retrasan el trabajo, principalmente con la rotulación de las muestras para patología, que deben ser corroboradas 1 a 1 para el registro en la historia clínica electrónica de su cantidad y denominación previamente a su entrega; así mismo, se han dejado piezas operatorias destinadas como muestra patológica dentro del paciente, volviendo a ingresar para su retiro.

Estas situaciones incrementan el riesgo de infección o de pérdida de muestras, necesarias para un adecuado diagnóstico y un buen tratamiento además de poner en riesgo al paciente, que bien podrían ser evitadas cumpliendo con la lista de verificación de cirugía segura.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

LIMA ROMUALDO Gabriela, 2017, México, **Evaluación de la aplicación de lista de verificación “cirugía segura”**. Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la LVCS. Método: enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal; aplicado a 22 enfermeras. Resultados: En la entrada quirúrgica el cirujano se encuentra presente en un 50%, el anestesiólogo en un 59.1%, la enfermera circulante siempre está presente, y la enfermera instrumentista se encuentra presente en un 72.7%; se confirmó la presencia del equipo quirúrgico completo en un 36.4 %; las demás verificaciones se da en más del 85% de los casos, y en el 100% se completó el marcaje quirúrgico, equipo verificado y medicación de la anestesia, pulsímetro funcionando en el paciente, riesgo anestésico, verificación instrumental/equipo/prótesis y dispone de una vía de acceso. El 50% del equipo confirmaron durante la pausa, se identificó al paciente y procedimiento al 100%, el 9,1% de los cirujanos informa sobre la pérdida de sangre, y todos omiten informar acerca de los pasos críticos y duración de la operación; el anestesiólogo confirma la existencia de algún riesgo o enfermedad en el 63.6%, en ninguna de las cirugías se informó sobre algún reactivo químico de esterilización en instrumental y equipo. En la salida la enfermera confirma al 100%, pero no se realiza la identificación de muestras biológicas y verificación correcta de datos, solo en el 31.8% el equipo comentan el plan de tratamiento, pero no comentan aspectos de la operación y riesgos postoperatorios. Se concluye que La hoja de cirugía segura se encuentra firmada en un 95.5% del equipo quirúrgico, la instrumentista es quien menos firma la hoja de cirugía segura con un 4.5% (9).

LÓPEZ GAVITO Elena, ARROYO APARICIO Josafat Yair, ZAMORA LIZÁRRAGA Afraína Angelina, MONTALVO LÓPEZ-GAVITO Arantxa, 2016, México, **La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad.** Objetivo: comparar los eventos adversos y mortalidad. Métodos: Estudio de cohortes en 535 sujetos incluidos. Resultados: se disminuyeron complicaciones de 11.4% a 4.3% ($p=0.02$), se previno el 66.3% de complicaciones. Las complicaciones fueron: la infección postquirúrgica y la hemorragia mayor, con 77% ($p=0.03$) y 59.7% ($p=0.02$) menos complicaciones. Conclusión: gracias a las LVCS se redujeron las complicaciones en más del 60% (10).

POZA GUTIÉRREZ Cristian Napoleón, 2015, Quito-Ecuador, **Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura de la OMS desde la perspectiva del paciente, en el Hospital Metropolitano de Quito, 2015.** Objetivo: Verificar el check list adecuado. Métodos: Estudio descriptivo en el periodo postoperatorio mediato (marzo 2015); se indagó aspectos de la lista y por la percepción de seguridad en este hospital. Resultados: Los ítems del check list se cumplieron al 79% según los pacientes; aunque el 50% no marcó el sitio quirúrgico; además según el 52% de los pacientes el instrumentador quirúrgico no se identificó, y el 32% afirma que la enfermera circulante tampoco. El 30% de los pacientes sintió temor por la cirugía aunque el 89% se sintió seguro en quirófano. Conclusiones: la LVCS no se aplica adecuadamente según la percepción de los pacientes (11).

Nacionales

FUENTES HUAMÁN Liliana Lourdes, 2018, Lima-Perú, **Conocimiento de la LVCS y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Loayza, 2018.** Objetivo: relacionar el conocimiento de la LVCS con su aplicación. Método: cuantitativo, hipotético deductivo no experimental, transversal con un nivel de investigación descriptivo

correlacional. A una población de 42 profesionales del equipo quirúrgico. Resultados: el 14.29% no conoce la lista de verificación, en el 21.43% el conocimiento está en proceso, y el 64.29% sí tiene conocimiento; el 14.29% afirma que la aplicación de la LVCS está en inicio, el 54.76% que está en proceso, y el 30.95% consideran que se ha alcanzado el logro de la aplicación. Conclusión: existe correlación significativa ($p=0,000$) entre el conocimiento de la LVCS y su aplicación en el equipo quirúrgico de la sala de operaciones, con un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,418 (14).

TORRES GONZALES Angela Lucia., 2017, Huancayo-Perú. **Cumplimiento de LVCS en el centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo, agosto 2016.** Objetivo: determinar el cumplimiento de la LVCS. Método: enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal en 138 LVCS. Resultados: el nivel de cumplimiento fue de solo el 0.7% cumplimiento excelente, 0.7% cumplimiento parcial, 2.2% mínimo cumplimiento y el 96.4% no cumplió con la LVCS. Conclusión: El equipo quirúrgico no cumplió con el desarrollo de la LVCS durante la intervención quirúrgica (13).

IZQUIERDO BACA Fabiola del Pilar, 2016, Lima-Perú, **Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015.** Objetivo: determinar si se cumple con la LVCS. Método: Estudio cuantitativo y descriptivo en una muestra fue 57 listas de las historias clínicas. Resultados: El 68% no cumple con el llenado de la LVCS y un 32% si cumple. En la inducción anestésica el 91% cumple; en la Pausa quirúrgica solo cumple el 77%, y en etapa final el 58% cumple. Conclusiones: no se cumple la LVCS; la enfermera y el anesestesiólogo realizaron el mayor cumplimiento. Se incumple con la firma (12).

2.2. Bases Teóricas

El enfermero profesional es responsable de supervisar y comprobar periódicamente los diversos procesos administrativos y operativos, de aplicación rigurosa de las normas y principios. Estos principios son de conocimiento y aplicación obligatoria por todo el equipo que labora en el quirófano, siendo responsabilidad de los profesionales y del personal auxiliar el cumplir y hacer cumplir la seguridad de los pacientes. Y es imperante que el enfermero(a) exija la correcta y completa aplicación de las normas y protocolos por parte de todo el bloque quirúrgico (15).

Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray

Esta teoría muestra cómo el cuidado de enfermería se desarrolla y es influenciado por la estructura social o cultural de la organización. La atención de enfermería se interrelaciona y convive entre dar respuesta a las necesidades de la burocracia y dar respuesta a las necesidades humanas de cuidados (16).

Esta teoría reconoce el cuidado como un proceso transcultural complejo asentado en la ética y la espiritualidad, relacionando la caridad y la acción correcta como respuesta al sufrimiento y la necesidad. Las afirmaciones teóricas son las siguientes (17):

- El significado del cuidado difiere según sus estructuras (socioculturales, educativas, políticas, económicas, físicas, tecnológicas, legales). El cuidado depende del contexto y se ve influenciado por la estructura organizativa o la cultura. El significado de cuidado es diferente en el servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en el centro quirúrgico y en otras áreas.
- El cuidado es burocrático, espiritual y ético, por su relación con la estructura organizativa. Cada una de las partes tiene su objetivo y su significado en función de las demás partes.

- El cuidado es el constructo primordial y la conciencia de la enfermería. La toma de decisiones de la enfermera responde al interés humanitario y de corazón. Se afirma que: “el cuidado espiritual-ético de la enfermería intenta averiguar cómo se pueden o deben tomar decisiones justas que faciliten “la elección del bien común”.

La obra de Ray reconoce “la tesis del cuidado” (el ser) y la antítesis de la burocracia (el no ser), que se invalidan y se reconcilian en la síntesis de los cuidados burocráticos (nueva forma). Es decir, la tesis del cuidado (humanista, espiritual, social, ética y educacional) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva, los cuidados burocráticos.

Esta teoría, refuerza las actividades de enfermería en el área prequirúrgica, pues así como la enfermera profesional debe brindar un cuidado centrándose en las necesidades del paciente, debe cumplir con los registros institucionales y de gestión que validan el cuidado realizado y garantizan la seguridad de los pacientes como lo es la “lista de verificación de seguridad de la cirugía”, sin descuidar ninguno de los dos aspectos, importantes para brindar una atención de calidad.

2.3. Marco Conceptual

La OMS entiende la salud como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social que no se limita a la ausencia de la enfermedad, sino a cubrir las tres esferas ya mencionadas. Por lo que Rocco y Garrido (2017) reflexionan que, si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos.

Según los autores, existe un “continuo riesgo-seguridad” que exige el diseño de estrategias que favorezcan la seguridad, las cuales deben desarrollarse en todos los ámbitos para brindar una atención con bajo riesgo, enfocándose en la competencia y práctica profesional segura,

siendo la Seguridad del Paciente una prioridad en la agenda de instituciones de salud (17).

Cultura de seguridad del paciente

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas (18).

Componentes de la cultura de seguridad:

- **Trabajo en equipo:** Trabajo en equipo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos en los mejores intereses del paciente. Puede darse dentro de una misma área o servicio, así como entre diferentes áreas y servicios.
Por ejemplo, entre el equipo multidisciplinario de centro quirúrgico, y con otras áreas y servicios como: laboratorio, patología, y los diferentes servicios de hospitalización.

- **Comunicación:** La buena comunicación facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, y resolución de problemas, además de promover la responsabilidad compartida en la asistencia al paciente. Además, la información al personal sobre los errores, tener un área de seguridad designada en todas las unidades del departamento y la atención al paciente demuestra el compromiso de la organización con la seguridad y puede hacer que otros miembros del personal se sientan más cómodos compartan información y realicen preguntas.

- **Gestión y dirección:** Se relaciona con el aprendizaje organizacional para la mejora continua; así mismo vela por la suficiencia y gestión del personal, que constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades. El apoyo de la dirección para la seguridad del paciente mejora la seguridad

como aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones.

- **Supervisión:** Debe velar por la seguridad, viendo la mejor manera de mejorar los procesos, con respuestas no punitivas a los errores que pueda cometer el personal. Debe identificar y prevenir situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación.

Beneficios de la cultura de la seguridad

- Impacto positivo en la organización y su funcionamiento.
- Transición desde Análisis de Fallos: Mejora Continua
- El personal se mantiene adecuadamente informado
- Reducir la los eventos adversos en recurrencia y severidad: debido al aprendizaje.
- Reducir daño al paciente: prevención + comunicación
- Personal desesterado
- Tiempo de espera: debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
- Reducción de costes extra-tratamiento.
- Reducción de costes por quejas y reclamaciones.
- Reducción de costes sociales (pocos pacientes)

Lista de verificación de cirugía segura

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada por la OMS (2014), sensibiliza y compromete políticamente en la mejora de la atención a través de la seguridad, siendo el segundo de sus retos “la seguridad de las prácticas quirúrgicas” (19).

Se creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” para reducir el número de muertes de origen quirúrgico en el mundo, identificándose una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano, dando como resultado la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (20).

La LVCS es una herramienta para mejorar la seguridad de las intervenciones y reducir la complicación y las de muertes evitables, y tiene por objetivo reforzar las prácticas seguras y fomentar la comunicación así como la labor entre el equipo quirúrgico.

Fases

Cada fase corresponde a un periodo de la intervención quirúrgica (21):

a) Antes de la inducción de la anestesia: Se lleva a cabo antes de la inducción de la anestesia, y se requiere del anestesista y del enfermero al menos.

- ¿El paciente confirma su identidad, la zona a operar, el procedimiento y da su consentimiento?
- ¿Se demarcó el sitio quirúrgico?
- ¿Se completó y comprobó el instrumental y medicación anestésica?
- ¿Se colocó el oxímetro de pulso y corroboró su funcionamiento?
- ¿Se verificaron alergias en el paciente?
- ¿Existe vía aérea difícil o riesgo de aspiración?
- ¿Existe riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)?

b) Antes de la incisión cutánea: se tiene que hacer una pausa para confirmar los controles de seguridad esenciales. En estos controles

participan todo el bloque quirúrgico (médico cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería).

- Se confirma la presencia de todo el equipo por su nombre y función.
- En el paciente se verificó su identidad, el procedimiento y el lugar de incisión.
- ¿Se administró la profilaxis antibiótica en la última hora?
- Previsión de eventos críticos
- Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados y la duración de la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre estimada?
- Anestesista: ¿Se presenta algún problema?
- Equipo de enfermería: ¿Se confirmó la esterilidad? ¿Hay dudas o problemas con el instrumental o equipos?
- ¿Se visualizan las imágenes diagnósticas esenciales?

c) Antes de la salida del paciente del quirófano: pretende facilitar la información a los responsables del paciente luego de la intervención. Los controles pueden ser iniciados por cualquier profesional y deben terminarse antes de la salida del cirujano. Pueden darse simultáneamente con el cierre de la herida.

- El enfermero confirma oralmente: El nombre del procedimiento
- Realizar el conteo de instrumentos, gasas y agujas
- Lectura del etiquetado de muestras con nombre del paciente
- De haber problemas, alguno del equipo quirúrgico revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3.1. Valoración

3.1.1. Datos de filiación:

Paciente: J.E.G.P

N°HC: 457743

Sexo: Masculino

Edad: 57 años

Est. Civil: Soltero

DNI: 457743

Fec. Nac. 02/10/1961

Grupo sanguíneo y factor: O positivo

Fecha: 13/04/2019

3.1.2. Motivo de consulta

Dx. Uretrocistoscopia

3.1.3. Enfermedad actual

Paciente con dificultad para caminar, persiste con polaquiuria, presencia de tenesmo vesical ha mejorado flujo urinario, con tratamiento tolterodina desde hace 5 días y tamsulosina. Paciente con atención preparatoria para tratamiento quirúrgico de Uretrocistoscopia.

3.1.4. Antecedentes

- Personales: Niega alergias, niega hábitos tóxicos.
- Familiares: Madre fallecida por NM pulmonar, niega otros antecedentes.

- Patológicos: HBP desde el 2015, diagnosticado en Colombia en tratamiento con Tamsulosina. Colon irritable + RGE diagnosticado hace varios años en tratamiento, con endocolonos previas en Colombia
- Epidemiológicos: Recibió vacunas en el último año, se ocupa laboralmente como minero y realiza ciclismo diariamente como actividad física.
- Quirúrgico: 2 cistoscopías previas: en el 2017 en Colombia, y otra el 15/4/19 en Clínica Delgado. Apendicectomía a los 13 años en Colombia. Hemorroidectomía a los 30 años aproximadamente en Colombia, sin recidivas posteriores.
- Hospitalizaciones previas: solo por cirugías
- Situación basal: Independiente

3.1.5. Examen físico

Hora ingreso: 09:27 horas

Hora de salida: 10:09 horas

Control de signos vitales:

- PAS ingreso: 130 mmhg PAS
salida: 120 mmhg
- PAD ingreso: 70 mmhg PAD
salida: 70 mmhg
- F. cardiaca ingreso: 50pul/min
F. cardiaca salida: 60 pul/min
- F. respiratoria ingreso: 18res/min
F. respiratoria salida: 20 res/min
- Temperatura ingreso. 36,8°C
Temperatura salida. 36,8°C.
- SatO2 ingreso: 98% SatO2
salida: 100%

Exploración céfalo caudal

Cabeza: Cráneo redondo y simétrico, No se palpan ganglios ni se observan masas no deformaciones

Orejas: Simétricas

Nariz: Mediana, Alineada y simétrica, sin lesiones, vías aéreas permeables

Boca: normal

Cuello: Cilíndrico y móvil.

Tórax: Simétrico, buen murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, pulsos cardiacos rítmicos, no soplos, no frotos. A Electrocardiograma presenta bradicardia sinusal.

Abdomen: Blando, depresible

Genitourinario: zona de intervención preparada

Columna vertebral: normal

Extremidades: simétricas, Miembro superior derecho: abbocath N#22, Fuerza muscular disminuida.

Exámenes auxiliares

Hemograma	Resultados	Valores normales
Leucocitos↓	3,760.0 Cel/uL	4,500 – 11,000
Hematíes	4999,000.0 Cel/uL	4,500,000 – 5,900,000
Hemoglobina [Hb]	15,1 g/dl	13.5 – 17.5
Hematocrito	43,3%	41 – 53
Volumen corpuscular medio	86.8 fl	80 – 100
Hemoglobina corpuscular media	30.0 pg	26 – 34
Recuento de plaquetas	208,000.0 Cel/uL	150,000 – 475,000
Volumen plaquetario medio	10.2 fl	7.6 – 10.8
linfocitos	289.5	0 – 600

Tiempo de protombina	Resultados	Valores normales
Tiempo de protombina	12.7 seg	1-4 seg
INR	1.13	0.8 – 1.2

Tiempo de coagulación	Resultados	Valores normales
Tiempo de sangría	2	1 – 4
Tiempo de coagulación	6	5 – 12
Creatinina sérica	1.01 mg/dl	07 – 1.2

Examen completo de orina	Resultados	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo pálido
Aspecto	Transparente	Transparente
Densidad	1.022	2.01 – 1.035
pH-	6	2.02 4.8 – 7.4

Situación problema:

Anestesia: Hora de inicio: 09:30

Tipo de anestesia: sedo analgesia

Seguridad del paciente

Zona de presión: escala branden, bundle con riesgo alto

Prevención de caídas: escala de morse, bundle con riesgo alto

Preparación del paciente: Zona operatoria preparada (clorexhidina 2%)

Antes de la cirugía: Aplicación de la lista de verificación segura

- El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento.
- Se ha marcado el sitio quirúrgico
- Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica.
- Se ha colocado pulsoxímetro al paciente y funciona
- Se ha consultado sobre alergia al paciente

- Se ha valorado la vía aérea y el riesgo de aspiración
- Se ha valorado el riesgo de hemorragia (disponibilidad de sangre) y acceso endovenoso.

Intraoperatorio: Inicio de la cirugía: 09:44 horas.

Sangrado: no presenta, no necesidad de transfusión

- Antes de la incisión cutánea

- Todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función
- Se confirmó la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico
- Se confirmó que todo el equipo cumpla correctamente el protocolo de asepsia quirúrgica
- Se administró profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos (cefalozina 2gr iv.)
- Se efectuó la previsión de eventos críticos:
 - Cirujano: Pasos críticos inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista.
 - Anestesia: Verificar la presencia de algún problema específico.
 - Enfermería: confirmo la esterilidad de la ropa, instrumental y equipos; dudas o problemas.

Fin de la cirugía: Horas de finalización: 10:00 horas, salida de quirófano: 10:09 horas.

Recuento de gases: sí

Instrumental completo: sí

Recuento de material punzo cortante: sí

Salida de quirófano: Estado general: paciente sale despierto y estable sin intubación. Presenta sonda Foley n°20 de tres vías, sin drenajes.

3.1.6. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

Dominio 1: Promoción de la salud

No alterado

Dominio 2: Nutrición

No alterado

Dominio 3: Eliminación

- **Clase 1 - Sistema Urinario, procesos de excreción y Secreción de Orina:** Presenta polaquiuria, zona de intervención quirúrgica, realización de Uretrocistoscopia, presencia de sonda Foley

Dominio 4: Actividad y reposo

No alterado.

El paciente dice llevar una vida normalmente activa, con realización de ciclismo a diario.

Dominio 5: Percepción/cognición

No alterado

Dominio 6: Sexualidad

No alterado

Dominio 7: Afrontamiento/tolerancia al estrés

No alterado

Dominio 8: Principios vitales

No alterado

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

No alterado

Dominio 10: Principios vitales

No alterado

Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

- **Clase 0001 - Infección:** El paciente presenta Catéter venoso periférico (abbocath N#22 en miembro superior derecho), presencia de sonda Foley en zona genitourinaria, que es la zona de intervención quirúrgica. Lo que aumenta el riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
- **Clase 0002 - Lesión física:** A la escala de morse bundle presenta alto riesgo para caídas, escala branden alto riesgo; sedo analgesia por procedimiento quirúrgico.

Dominio 12: Confort

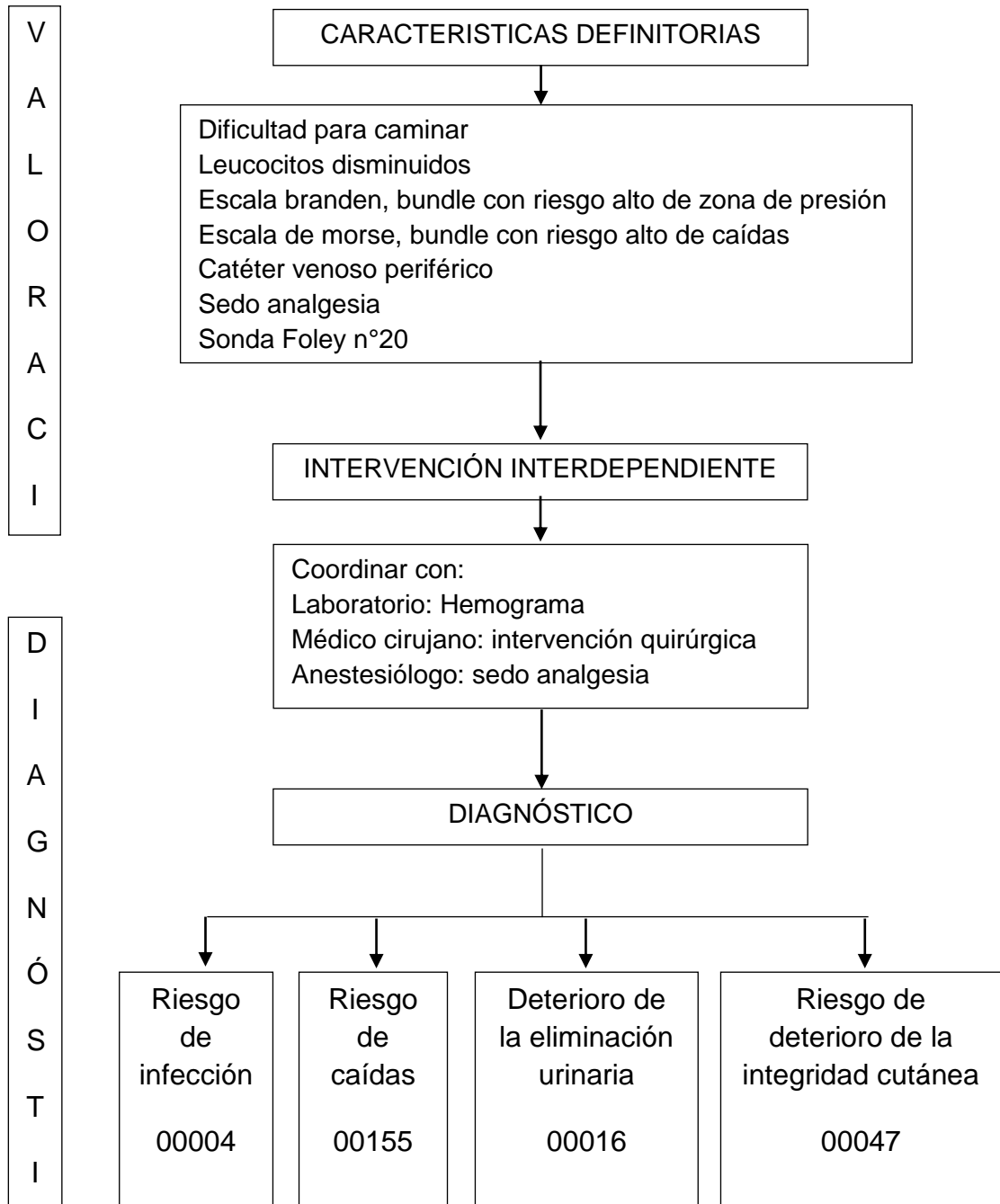
No alterado

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

No alterado

3.1.7. Esquema de valoración

Flujograma 1



3.2. Diagnóstico de Enfermería

3.2.1. Lista de hallazgos significativos

- Procedimiento quirúrgico
- Sonda Foley
- Catéter venoso periférico
- escala de morse bundle con riesgo alto para caídas
- Leucocitos (bajo)
- Piel poco turgente
- Fuerza muscular disminuida

3.2.1. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos
- Riesgo de caídas R/C sedo analgesia
- Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alto riesgo de lesión según escala braden.

3.3. Planificación

Dominio: 0011 Seguridad / protección

Clase: 0001 Infección

Código Diagnóstico: 00155 Riesgo de caídas R/C sedo analgesia

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
00155 Riesgo de caídas R/C sedo analgesia	<p>01902 Control del riesgo</p> <p>190201: Reconoce el riesgo</p> <p>190204: Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>190216: Reconoce cambios en el estado de salud.</p> <p>01909 Conducta de seguridad: prevención de caídas</p> <p>190903: Colocación de barreras para prevenir caídas</p> <p>190913: Adaptación de la altura adecuada de la cama</p>	<p>6654 Vigilancia: Seguridad</p> <p>- Observar alteraciones de la función física o cognoscitiva que puedan conducir a una conducta insegura.</p> <p>- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.</p> <p>- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.</p> <p>- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas.</p> <p>- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.</p>

DOMINIO 0011: Seguridad /protección

Clase 0001: Infección.

Cód. Diagnóstico 00004: Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	<p>01902: Control del riesgo</p> <p>190201: Reconoce el riesgo</p> <p>190203:</p>	<p>6540: Control de infecciones</p> <p>- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada paciente.</p> <p>- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.</p> <p>- Poner en práctica precauciones</p>

	<p>Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.</p> <p>01908: Detección del riesgo</p> <p>190802: Identifica los posibles riesgos para la salud.</p>	<p>universales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar bata durante la manipulación. - Usar guantes estériles. - Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía. - Administrar terapia de antibióticos. <p>1876: Cuidados del catéter urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado. - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. - Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
--	--	---

DOMINIO 0003: Eliminación

Clase 0001: Sistema Urinario

Cód. Diagnóstico 00016: Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad.

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad</p>	<p>0502: Continencia urinaria</p> <p>050214: Ausencia de infección del tracto urinario (< 100.000 leucocitos)</p> <p>050219: Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario.</p>	<p>590: Manejo de la eliminación urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. <p>1876: Cuidados del catéter urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado. - Mantener la permeabilidad del sistema

	<p>0503: Eliminación urinaria</p> <p>50301: Patrón de eliminación en el rango esperado: Olor, color, cantidad, claridad, ausencia de partículas.</p>	<p>de catéter urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Fijar el catéter suprapúbico o de retención, según órdenes. - Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario. - Vaciar el dispositivo de drenaje en los intervalos especificados. - Observar distensión de la vejiga. - Extraer el catéter lo antes posible.
--	---	--

DOMINIO 0011: Seguridad / Protección

Clase 0001: Infección

Cód. Diagnóstico 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
R/C alto riesgo de lesión según escala braden.

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alto riesgo de lesión según escala braden.</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>110113: piel intacta</p>	<p>3540: Prevención de úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la escala Braden para valorar el riesgo. - Valorar el estado de la piel al ingreso, haciendo incapié en las prominencias óseas - Evaluación y reevaluación del riesgo <p>3590: Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel. - Observar si hay fuentes de presión y fricción

		<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la temperatura de la pies - Instaurar medidas para evitar el deterioro, si es posible.
--	--	---

3.4. Ejecución y Evaluación

3.4.1 Registro de enfermería: SOAPIE

- S:** Paciente se muestra tranquilo antes la intervención quirúrgica
- O:** Paciente con intervención quirúrgica programada Dx. Uretrocistoscopia. Al control de signos vitales se evidencia: P.A.= 130/70 mmhg, FC= 50 pul/min, FR= 18 resp/min, Temp= 36,8°C, SatO2=98%. Se aplica la lista de verificación segura, y el paciente confirma su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento a realizar y confirma que ha dado su consentimiento.
- A:**
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos
 - Riesgo de caídas R/C sedo analgesia
 - Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alto riesgo de lesión según escala braden.
- P:**
- Se controlará el riesgo de caídas
 - Se promoverá una conducta de seguridad para prevenir las caídas
 - Se controlará el riesgo de infección
 - Se identificará los posibles riesgos de infección

- Se valorará el patrón de eliminación urinaria (color, cantidad, claridad, etc.)
- Se mantendrá la piel intacta

I: - Se valora la función física que puede producir una conducta insegura

- Se supervisa y vigila al paciente
- Se comunica la información acerca del riesgo del paciente.
- Se limpia el quirófano antes del ingreso del paciente
- Se realiza el lavado de manos quirúrgico adecuado
- Se ponen en práctica las precauciones universales
- Se realiza la preparación e higiene de la zona para la cirugía
- Se administra terapia de antibióticos
- Se mantiene el sistema de drenaje urinario cerrado
- Se verifica la permeabilidad del catéter urinario
- Se controla periódicamente la eliminación urinaria y sus características
- Se valora la distensión de la vejiga
- Se valora el estado de la piel aplicando la escala de Braden
- Se valora el estado de la piel
- Se evalúa y reevalúa el riesgo
- Se observa si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel
- Se observa si hay fuentes de presión y fricción.

E: Se aplicó la lista de verificación, garantizando la seguridad de la cirugía antes, durante y después de la intervención. Se desarrollaron las siguientes intervenciones:

- **Antes:** Se aplicó exitosamente la lista de verificación segura, se midió y registró los signos vitales, el paciente no presentó riesgo de caídas. Se aplicaron las medidas de asepsia en el paciente y se efectuó adecuadamente la limpieza y desinfección del área perioperatoria.

- **Durante:** El paciente fue apoyado para colocarse en posición de litotomía, se aplicó la sedoanalgesia sin contratiempo y no presentó caídas. Se realizó adecuadamente el control de riesgo de infección, y se mantuvo el sistema de drenaje urinario cerrado y permeable.

Paciente pasa a recuperación, ventilando espontáneamente, afebril, lucido orientado en tiempo espacio y persona, con puntaje de escala de Glasgow de 15, presenta vía permeable, sonda Foley permeable, con fuerza muscular disminuida.

4. CONCLUSIONES

- a) La aplicación de la lista de verificación segura, garantiza el éxito de la cirugía, puesto que permite una adecuada comunicación entre el equipo quirúrgico, previniendo errores y reduciendo el riesgo de complicaciones en los pacientes.
- b) La analgesia, frecuentemente utilizada durante las intervenciones quirúrgicas, dejan en un estado de relajación al paciente, lo que reduce su fuerza muscular, por lo que debe mantenerse el cuidado a través de una monitorización y vigilancia exhaustiva hasta que el efecto de la anestesia haya pasado completamente, a fin de prevenir lesiones o caídas en los pacientes.
- c) La cirugía, así sea laparoscópica, es una técnica invasiva que mantiene latente el riesgo de complicaciones asociadas a las infecciones, por lo cual debe brindarse especial cuidado como profesionales de enfermería, a la prevención y control del riesgo de infección, inherente a cualquier procedimiento invasivo.

5. RECOMENDACIONES

- a) A la jefatura del servicio, comprometer al equipo multidisciplinario en el trabajo conjunto para el logro de la seguridad de la cirugía, a través de la aplicación completa de la lista de verificación segura en todas y cada una de las cirugías, sin caer en la monotonía y dándole la importancia que amerita esta actividad.
- b) A la jefatura de enfermería, establecer protocolos de actuación ante las situaciones de analgesia donde prime el bienestar del paciente, garantizando el cuidado durante el tiempo que se estime necesario para reestablecer su completo estado de conciencia, autonomía e independencia, con la finalidad de evitar el riesgo de caídas y lesiones prevenibles en los pacientes.
- c) A los profesionales de enfermería, aplicar todas las medidas de prevención y control de infección, ya sea relacionados al propio paciente, a la intervención quirúrgica o al entorno, manteniendo estrictas normas de higiene y asepsia para prevenir infecciones durante el posoperatorio.

6. REFERENCIALES

1. ARRIBALZAGA E.B., LUPICA L., DELOR SM., FERRAINA P.A. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev. Argent, Cirug. [internet]. 2012 [citado 11 Jun 2019]; 102(1-3):12-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262615347_Implementacion_del_listado_de_verificacion_de_cirugia_segura
2. NARBONA TOLEDO C., DELGADO ARCAS S., NARBONA TOLEDO F. Listado verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Enfermería Docente [Internet]. 2011 [citado 06 Jun 2019]; 95: 9-13. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/95pdf/95-009.pdf>
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica; Hacia una atención hospitalaria más segura. 2010. Suiza. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia. 2018. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
5. CHAZARRA TALENS C. Importancia de la formación en la seguridad del paciente. I Jornada celebrada en el hospital Dr. Moliner Valencia: La seguridad el paciente; un reto para la asistencia sanitaria. Merino Plaza M.J. España. 2012. Disponible: <http://www.rclibros.es/pdf/Cap1SeguridadPaciente.pdf>
6. SOLOR MUÑOZ A., PÉREZ BOLAÑOS L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Rev cuba anestesiología reanim [Internet]. 2015 Abr [citado 07 Jun

- 2019]; 14(1): 50-57. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006&lng=es.
7. HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR, LIPSITZ SR, BREIZAT AH, DELLINGER EP, et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. [Internet]. 2009 [citado 7 Jun 2019]; 360(5): p.491-499. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=article>
 8. MINSA. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía Lima: R.M. N°308-2010/MINSA; 2010.
 9. LIMA ROMUALDO G. Evaluación de la aplicación de lista de verificación “cirugía segura” [tesis de maestría]. México: Universidad Autónoma de México, Facultad de enfermería y obstetricia; 2017. Disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67969/TESIS%2004.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 10. LÓPEZ GAVITO E., ARROYO APARICIO J.Y., ZAMORA LIZÁRRAGA A.A., MONTALVO LÓPEZ-GAVITO A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano general [internet]*. 2016 [citado 11 jun 2019]; 38(1):12-18. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>
 11. POZA GUTIÉRREZ C.N. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el Hospital Metropolitano de Quito en el año 2015. [Título de especialidad]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Instituto Superior de Postgrado; 2015. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>

12. IZQUIERDO BACA F.P. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, programa de segunda especialización en enfermería; 2016.
13. TORRES GONZALES A.L. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo, agosto 2016 [trabajo de investigación]. Huancayo-Perú: Universidad de San Martín de Porres, sección de posgrado; 2017.
14. FUENTES HUAMÁN L.L. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018 [tesis de maestría]. Lima-Perú: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de posgrado; 2018.
15. Tobo Vargas, N.I. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. *Av.enferm.* 2013; 31(1):156-169. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf>
16. Pérez Martí M. Percepción de los enfermeros sobre el informe de cuidados de enfermería al alta en un Hospital Comarcal. *Nure Inv.* 2017; 14(87): 1-19. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/1023/749/>
17. Rocco C., Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2017 set-oct [citado 4 Jun 2019]; 28(5):785-795. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
18. Organización Panamericana de la Salud. Cultura y seguridad de los pacientes programa CASP de OPS. Semana de Calidad en Salud Conferencia Nacional e internacional de la Calidad en Salud. 2012 set [citado el 4 Jul 2019]. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/viii_conferencia/CULTURA_SEGURIDAD_%20PACIENTES_OPS_2012.pdf

19. Raile M, Marriner A. El modelo de la marea en la recuperación salud mental. Modelos y teoría de enfermería. 7ma ed. España: Elsevier; 2010. p. 673-96.
20. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Ginebra; 2008. Pág.3. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=205E7856A96CD7048532D0144CCA2DBC?sequence=1
21. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. 1ª edición. Ginebra; 2008. Pág.5. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Ginebra; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1

7. ANEXOS

Anexo N°2:

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la Clínica

Delgado

<u>LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA</u>			
PACIENTE:			
Fecha de nacimiento:		Fecha:	/ /
1. <u>ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA</u> (Paciente despierto)			
<i>(Dirigirse al médico anesestesiólogo)</i>	SI	NO	N/A
Doctor <i>(nombre de anesestesiólogo)</i> ¿podemos iniciar con la pausa de seguridad por favor?			
Podría identificar a su paciente <i>(circulante verifica con el brazalete de identificación)</i>			
Doctor <i>(nombre del anesestesiólogo)</i> ¿termino el <u>check list</u> de anesestesiología incluyendo comprobación y disponibilidad de equipos?			
¿Tiene todos los fármacos disponibles y preparados?			
¿Incluye fármacos de emergencia?			
¿Alguna alergia que reportar?			
¿Tiene su paciente dificultad de vía aérea o riesgo de aspiración?, si la respuesta es sí ¿Cuenta con equipos e instrumental de ayuda disponible para la intubación?			
¿Hay riesgo de hemorragia? >500ml en adultos y 7 ml/ kg en niños, si la respuesta es sí; ¿Se ha previsto de disponibilidad de sangre?			

2. ANTES DE LA INCISION CUTÁNEA:

(En presencia de equipo completo: cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista)

¿Doctor (nombre del cirujano) el nombre de su primer asistente es Nombre del segundo asistente es?			
¿Doctor (nombre del cirujano) nombre de su paciente? ¿Qué cirugía realizara?			
En caso de lateralidad ¿De qué lado es?			
¿El paciente es alérgico algún medicamento?			
¿Se administró antibiótico profilaxis?			
¿La cirugía va demorar más de 4 horas?			
En caso de que la cirugía demore más de 4 horas. ¿Doctor (nombre del anestesiólogo) que dispositivos complementarios requiere el paciente?			
¿La pérdida de sangre prevista es mayor a 500 ml?			
En caso de que el sangrado sea mayor a 500 ml. ¿Doctor (nombre del anestesiólogo) tiene perfil pre- transfusional y reserva de paquete globular u otros derivados?			
(al anestesiólogo) ¿Doctor algún problema específico en este momento?			
(Instrumentista) ¿Licenciada su instrumental está completo y operativo?			
(Instrumentista) ¿Licenciada ha comprobado la esterilidad del instrumental?			

3. ANTES DEL CIERRE DE HERIDA OPERATORIA O ANTES DEL TERMINO DE PROCEDIMIENTO

<i>(al cirujano)</i> ¿El diagnostico final es?			
¿El procedimiento realizado es?			
¿Hay muestra para patología o laboratorio?			
Nombre..... Cantidad.....			
<i>(Instrumentista)</i> ¿Licenciada el recuento de instrumental, gasas y agujas es conforme?			
¿CD grabado?			
¿Doctores el destino post operatorio del paciente es: recuperación, UCI?			
¿Por favor algunas recomendaciones?			

Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Fecha

Hora

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

Con el(la) enfermero(a) y Anestesiólogo(a), como mínimo

- ¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Ha comprobado la disponibilidad de los Equipos de anestesia y de la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
- El paciente tiene una alergia conocida
- ¿Tiene el (la) paciente la vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
- Si la respuesta es sí, ¿Hay instrumental de equipos o ayuda disponibles?
- Tiene el (la) paciente riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/kg en niños)
- Si la respuesta es sí, ¿Se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y 2 vías de acceso N / Central?

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

Con el(la) enfermero(a), Anestesiólogo(a) y cirujano

- Confirme que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función.
- Confirmar la identidad del / la Paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.
- Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.
- ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?
- Observaciones

Previsión de Eventos Críticos

Cirujano Revisa:

- ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?
- ¿Cuánto durará la operación?
- ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista Verifica:

¿Presenta el paciente algún problema específico? Obs.

Equipo de enfermería verifica:

- ¿Se ha confirmado la esterilidad de la ropa, instrumental y equipos (con resultados de los indicadores)?
- ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Paciente MAYRA MESTANZA DULANTO
DNI DNI 42163753 NHC 232950 Sexo Femenino
Fec. Nac. 24/10/1983 Edad 35 años Religión
Est. Civil SOLTERO Grupo sanguíneo Factor Rh
Encuentro 13843262

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

Con el(la) enfermero(a), Anestesiólogo(a) y cirujano

B (la) enfermera confirma verbalmente

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, esponjas y agujas son correctos

La pieza operatoria o muestra ha sido etiquetada con el nombre del paciente (lectura en voz alta, incluido el nombre de (la) paciente)

¿Hay algún problema que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?

Obs

B o la cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?

Firma Cirujano
Firmado por Dr. _____ a _____ Num Colegiado _____

Firma Anestesiologo
Firmado por Dr. _____ a _____ Num Colegiado _____

Firma Enfermera
Firmado por Lic. _____