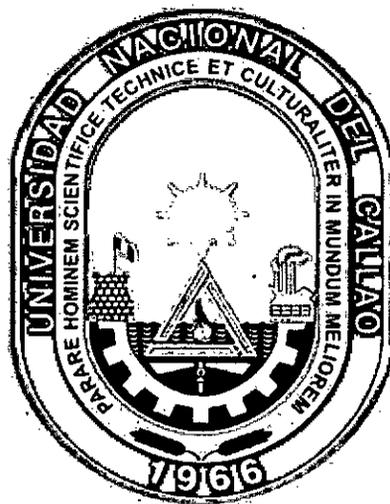


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA
CIRUGÍA SEGURA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA. 2015 – 2017**

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

JHOANNA LUZ MARIN SALAZAR

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES SECRETARIA
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ VOCAL

ASESOR: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 189

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 644-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la Situación Problemática	04
1.2 Objetivo	07
1.3 Justificación	07
II MARCO TEÓRICO	09
2.1 Antecedentes	09
2.2 Marco Conceptual	12
III EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de datos	28
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos realizados en el tema	32
IV RESULTADOS	38
V CONCLUSIONES	39
VI RECOMENDACIONES	42
VII REFERENCIALES	43
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud de nuestro país tanto públicos como privados.

En junio del 2008, LA alianza Mundial por la seguridad del Paciente de la OMS, lanzo su segundo reto de seguridad: la campaña : “ 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. Este conjunto de normas se recogió en una lista de verificación, denominada Lista OMS de verificación de La Seguridad en cirugía, compuesta por un total de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes durante y después de la intervención.

Se a demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de eventos adversos y muertes en diversos hospitales y a un mejor cumplimiento de las normas básicas de seguridad, en las intervenciones quirúrgicas.

En los hospitales públicos y privados de nuestro país esta lista de verificación ya es aplicada, con todos los ítems anunciados sin embargo aun no se a concientizado al personal profesional sobre la importancia de dicho documento, por lo que este trabajo académico tiene como objetivo

verificar la aplicación de la lista de chequeo de seguridad de la cirugía desde la perspectiva del paciente.

El presente trabajo académico de experiencia profesional titulado :
IMPORTANCIA DE LA LISTA DE CHEQUEO SEGURA PARA PACIENTE
QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL
HSOPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA 2015-2017,
tiene por finalidad concientizar al paciente como al conjunto de
profesionales sobre la importancia de la aplicación de esta en todos los
procedimientos quirúrgicos de la Institución .el presente informe consta de
VII capítulos , en el capítulo I planteamiento del problema, descripción de
la situación problemática , objetivos, justificación , el capítulo II: incluye
antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos. El capítulo
III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV :
resultados, capítulo V : conclusiones , capítulo VI : recomendaciones ,
capítulo VII: referencias bibliográficas y contiene un aparato de anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La seguridad del paciente es un componente esencial de la gestión de riesgo, la dirección clínica y la mejoría de la calidad. Para alcanzar una atención sanitaria más segura se precisa un cambio de cultura de profesionales gestores y pacientes. Este cambio cultural supone un proceso liderado de aprendizaje colectivo que, desterrando el concepto de culpa y adoptando un enfoque centrado en el sistema y no en el individuo, descansa sobre la comprensión de la causa de los incidentes.

En el mundo, 7 millones de pacientes sufren complicaciones quirúrgicas, pero aproximadamente el 43% de ellas son evitables. De este número de afectados, al menos un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

El 27 de octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que pretende alinear a todos en la generación de una atención de salud bajo la doctrina de seguridad. En la 55 Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que se realizó en mayo del 2002 se aprobó la Resolución WHA55.18 que

define el Reto Mundial “La cirugía segura salva vidas”. El resultado fue la creación de la Lista de verificación OMS de la seguridad de la cirugía, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.

En nuestro ámbito nacional existe la RM N°308-2010/MINSA cuya norma estandariza la aplicación de la Lista de Chequeo Segura para Cirugía. Esta norma recomienda que sea la enfermera circulante quien aplique dicha lista, sin embargo lo puede hacer cualquier profesional que se encuentre en el acto quirúrgico, esta persona no deberá continuar con el siguiente paso si no está resuelto el primero, está en esta persona impedir la continuación del acto quirúrgico si uno de los ítems no ha sido resuelto.

En el hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa se a podido observar que la aplicación de la Lista de chequeo segura de cirugía no sigue los pasos recomendados por el MINSA, las actitudes individuales del personal hacia este listado juegan un rol central en el éxito o fracaso de la medida; por ejemplo, la resistencia de los cirujanos a cambiar hábitos, incomodidad al momento de tener que presentarse, a marcar la zona operatoria, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la Lista de chequeo, el coordinador de la Lista de chequeo por evitar conflictos con el equipo quirúrgico pasa por alto las indicaciones y prosigue con la

cirugía incumpliendo la norma y poniendo en riesgo la salud del paciente. Lo antes mencionado, se atribuye a la insuficiente comunicación y/o falta de información, la sobrecarga de trabajo y la escasa atención a las responsabilidades de los distintos roles que tiene el personal.

Esta falta de comunicación entre los miembros que conforman el equipo quirúrgico: médicos, residentes, internos de medicina, enfermera, ha llevado a una cadena de errores con la producción de eventos adversos , como el caso conocido el año 2010 en el hospital de ESSALUD en el cual por la misma falta de conocimiento y comunicación trajo como consecuencia la amputación de un miembro inferior equivoco en un paciente.

Se ha comprobado que los problemas debido a la práctica inadecuadas de seguridad son habituales potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. En la práctica en centro quirúrgico se ha observado situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de cirugía segura, descendiendo el propósito de la cirugía que es salvar vidas.

Es por eso que este trabajo académico intenta verificar la importancia que le da el profesional de salud en la aplicación de la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía establecida por La

OMS, pero desde la perspectiva del profesional, estableciendo la importancia que le da a dicho documento.

1.2 Objetivo General

Describir la experiencia profesional en la importancia de la aplicación de la lista de chequeo para la cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2015-2017.

1.3 Justificación

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En junio de 2008, la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña "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.

Tras el lanzamiento de la campaña por la OMS, se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos. En las instituciones de salud de nuestro país ya se está aplicando la

lista de chequeo de la seguridad de la cirugía de la OMS, 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. Pero mientras estas medidas no se implementen de forma generalizada en los centros hospitalarios, no se dispone de información sobre la opinión que tienen los usuarios de los servicios de salud sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Es necesario que la evaluación de los programas dirigidos a la detección de fallos en la seguridad de los servicios sanitarios también se base en la opinión del paciente como principal 'usuario' de dichos programas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

- ❖ Sparks EA y colaboradores realizaron el estudio "Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica". En EEUU en el año 2013. METODO: retrospectivo, organizacional. OBJETIVO: Evaluar la calidad del cumplimiento de la lista de verificación como una medición de la exactitud y completitud y determinar los factores que pueden afectar el cumplimiento. RESULTADOS : Este estudio encontró que la lista de verificación promedio alcanzó 16,9 de 20 puntos (85%) para la completitud versus sólo 10,8 de 20 puntos (54%) para la exactitud ($p < 0,05$), tuvieron un promedio de 27,7 de 40 puntos para el cumplimiento (69%). La identificación de las barreras para su uso efectivo es necesaria porque el uso impropio de la lista de verificación puede afectar adversamente la seguridad del paciente. Los recursos del equipo quirúrgico y la educación pueden ser factores para el cumplimiento disminuido de la lista de verificación de seguridad visto en los casos quirúrgicos.

En nuestro estudio el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía es cumplida solo por pocos profesionales de la salud.

- ❖ Rivero G. y colaboradores estudiaron el “Nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura”. En México en el año 2012. METODO: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

OBJETIVO: determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

RESULTADOS: encontraron que el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 87.97%. El incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico (9.6%); reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50.6%), aspectos de recuperación (41.0%). El 91.8% del personal considera que la lista es viable; para el 86.3%, proporciona algún beneficio, y el 91.2% considera que evita eventos adversos.

En nuestro estudio el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es mediana.

- ❖ Collazos y colaboradores realizaron un estudio “Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. En Colombia en el año 2013.

METODO : Estudio de corte transversal en un hospital de tercer nivel de Colombia

OBJETIVO: describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía de la OMS, a partir de ítems verificables por el paciente, y describir el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de verificación.

RESULTADOS: Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación (7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010).

En nuestro estudio todos los ítems de la lista de chequeo segura es entendida por todo el personal de salud.

- ❖ Aligieri y colaboradores realizaron un estudio titulado "Implementación de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica postoperatoria en la sala general". En Brasil en el año 2012.

METODO: Estudio prospectivo, observacional .

OBJETIVO: Identificar las acciones destinadas a brindar mayor seguridad al paciente desde la implementación de listas de verificación en el período postoperatorio.

RESULTADO : Se identificaron 20 (57%) partes quirúrgicos incompletos o mal confeccionados, (11%) pacientes con

analgesia inadecuada o insuficiente, (11%) con indicación postquirúrgica de oxígeno sin colocar o colocado a flujo inadecuado y (8,6%) pacientes con indicación de faja corporal sin colocar o colocada de forma incorrecta. Concluyendo que la utilización de Listas de Verificación permiten reducir los riesgos y a evitar eventos adversos prevenibles. En este aspecto, es fundamental la educación continua en todas las áreas de trabajo con el fin de lograr una real política de seguridad para el paciente quirúrgico.

En nuestro estudio se propone realizar una lista de chequeo segura hecha correctamente por los profesionales de la salud para luego poder implementar otras que ayuden a la mejor atención del paciente quirúrgico y post quirúrgico.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 La Lista de chequeo para la cirugía segura .-

es el registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo de circuito quirúrgico, y que debe ser complementado por escrito por los profesionales sanitarios responsables de la prescripción, realización y/o comprobación de dichas actividades como complemento a la verificación sistemática que se realiza de forma verbal.

Esta Lista de chequeo para la cirugía segura debe ser una herramienta de los profesionales de la salud para cumplir con brindar seguridad al paciente durante las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Para el cumplimiento de la Lista de chequeo para la cirugía segura, se debe respetar los principios con los que fue formulado:

Focalizada: Se debe intentar que sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad.

Lo ideal son entre cinco y nueve puntos de control.

Breve: La verificación de cada sección de la lista no debe llevar más de un minuto.

Ejecutable: Cada elemento debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca.

Verbal: La función es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo.

Cooperativa: Genera la participación de todos los miembros. 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.

Comprobada: Es importante someterla a prueba mediante una simulación y pruebas reales .

Integrada: Incorporación de prácticas como la integración, la comunicación entre el equipo, y los momentos de orientación previa y de resumen posterior.

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese "Coordinador de la lista" será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación.

Esta persona puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no es cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.

La Lista de verificación quirúrgica se divide en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención. La mayoría de los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que encarga de la aplicación, lo que garantizará la realización de las acciones claves.

Estas fases son:

Entrada: Periodo anterior a la inducción de la anestesia. El Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de

la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería.

Los controles en la entrada son los siguientes: Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia, mediante la visualización de los consentimientos informados en la historia clínica y preguntando al paciente sobre la veracidad de su firma en las hojas; y confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento. El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente.

A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI, historia clínica, fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente.

Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN) un tutor, miembro de la familia o responsable puede asumir este rol. Esta verificación se puede hacer colocando un brazalete al paciente (o adhesivo con datos señalados) en el que figuren sus datos de identificación, los mismos que deberán ser verificados por el tutor o familiar antes de su ingreso a sala.

Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico: El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía, graficando una flecha (normalmente con un rotulador permanente), sobre todo en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).

Chequeo completo de seguridad anestésica: El Coordinador completará este paso preguntando al anesthesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso: Examen del equipo para la vía aérea, respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios), Aspiración, Drogas y dispositivos, Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando: el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente.

La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

Preguntar si tiene el paciente alguna alergia conocida: el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consultará al anesthesiólogo: si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así, identificar cual es. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anesthesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

Preguntar si tiene el paciente alguna dificultad en la respiración: el Coordinador confirmará verbalmente con el anesthesiólogo -que ha valorado objetivamente- si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (Ejemplo: una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.

En caso que el paciente tenga una reconocida dificultad de la vía aérea, contestar a la pregunta si hay instrumental y equipos/ayuda disponible, marcando la casilla correspondiente. Preguntar si tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre: Si el

paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml. de sangre en caso de ser paciente adulto ó 7 ml/kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico.

Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/ Central).

Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre, ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente. En el caso de niños, la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre/fluidos. Con este ítem se completa la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

2.2.2 Pausa quirúrgica:

Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

En este momento el personal se identifica por su nombre y función; el cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluido lateralidad) y posición.

El coordinador pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmará verbalmente lo antes mencionado.

Se identifica que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica. La respuesta debe darse en voz alta y personalmente.

Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos.

El coordinador preguntará si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, en caso contrario se administra antes de la incisión cutánea. Si médico considera innecesario marcar como "no procede". Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el Cirujano tratante puede decidir si repite o no la dosis. La aplicación del antibiótico profiláctico debe ser estandarizada en todo el establecimiento de salud de acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar, y en concordancia con los criterios de racionalidad establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).

Previsión de incidentes críticos: El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía guiará al equipo a través

de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los aspectos críticos y de planes de la intervención.

Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las preocupaciones específicas de cada miembro del equipo, pero cada casilla se chequea sólo después de que cada disciplina proporcione la información.

Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo, el cirujano simplemente expone "Este es un caso de rutina de X duración", y luego pregunta al anesthesiólogo y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

El cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre? Informar al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria.

Es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial.

El anesthesiólogo repasa: ¿Cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hubiera? En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del

procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y/o cualquier complicación, característica o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o arritmia. Se entiende que en muchas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anesthesiólogo puede simplemente decir "No hay ninguna precaución especial en este caso".

Cuando la paciente a intervenir sea una gestante se deberá confirmar que el pediatra está listo para la atención del recién nacido.

La enfermera repasa: ¿Cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente? El personal de enfermería confirma verbalmente que el instrumental y equipo quirúrgico están esterilizados, para lo cual tendrá que visualizar la etiqueta de esterilidad. Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que puedan tener la enfermera instrumentista o la enfermera circulante, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anesthesiólogo, tales como:

Visualización de las imágenes esenciales: las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones.

El Coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en caso de procedimientos ortopédicos/ vertebrales y en la resección de muchos tumores. Si es así, el Coordinador deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención.

La disponibilidad de las imágenes en la sala de operaciones es responsabilidad del cirujano. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de "No Procede".

Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos.

El propósito es usar la "Pausa Quirúrgica" como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente. Llegado a este punto la pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención sin riesgo.

Salida: Periodo que se completa antes de retirar los campos estériles. Idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano.³ Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo. El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo). El

plan del postoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida. Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación.

Aplicación de la Lista de verificación quirúrgica Según la Rae (2017), aplicación proviene del latín applicatio, -ōnis que es la acción o efecto de aplicar, Y aplicar es emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo. Además que también nos menciona que es poner esmero, diligencia y cuidado en ejecutar algo.

Entonces, la aplicación de la Lista de chequeo para la cirugía segura es ejecutar una medida de seguridad con el fin de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación

y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas en un área quirúrgica.

Esta aplicación debe realizarse con el cumplimiento total indicado por las normas nacionales (MINSA) e internacionales (OMS).

Se debe aplicar de forma verbal, sin dejar de preguntar alguno de los ítems, con la presencia mínima del personal indicado en cada fase, realizando las preguntas a cada profesional según corresponda. En la realización del listado en cada procedimiento, durante el acto quirúrgico el profesional designado tendrá la responsabilidad de cumplir la Lista de chequeo para la cirugía segura y el resto del personal de colaborar activamente para que ello sea posible.

El cumplir con la ejecución de la Lista de chequeo para la cirugía segura no exime a cada profesional de sus propias responsabilidades en el acto quirúrgico.



Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión de la piel	Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el anestesiador y el cirujano, como mínimo)	(Con el anestesiador, el cirujano y el cirujano)	(Con el anestesiador, el cirujano y el cirujano)
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No preciso	<p>¿Confirman que todos los miembros del equipo se han comprometido por su seguridad y bienestar?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No preciso	<p>El anestesiador confirma verbalmente:</p> <input type="radio"/> Identidad del procedimiento <input type="radio"/> Identidad de paciente, posición, posición y sitio <input type="radio"/> El propósito de la cirugía (previo a la cirugía en su sitio, incluido el nombre del paciente) <input type="radio"/> Usar protocolos que eviten interacciones con el paciente y los equipos
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No preciso	<p>¿Se ha identificado y verificado la identificación en los brazos del paciente?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No preciso	<p>Quirófano, anestesiador y cirujano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuentan con los espacios críticos de la respiración y el suministro del paciente?
<p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de monitorización y la medicación administrada?</p> <input type="radio"/> Sí	<p>Proveídas de equipos críticos</p> <p>Quirófano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuentan con los gases correctos o los sistemas correctos? <input type="checkbox"/> ¿Cuentan con la oxigenación? <input type="checkbox"/> ¿Cuentan con el suministro de oxígeno preciso?	
<p>¿Se ha colocado el posicionamiento al paciente y función?</p> <input type="radio"/> Sí	<p>Anestesiador</p> <input type="checkbox"/> ¿Respira el paciente según protocolo específico?	
<p>¿Tiempo al paciente... ...Algunas comorbilidades?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<p>Equipo de monitoreo:</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la identidad (con resultados de las medicaciones)? <input type="checkbox"/> ¿Hay datos o parámetros vitales en el monitor y en el equipo?	
<p>... ¿Ha sido el sitio / tiempo de aplicación?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, y los marcadores y equipos / apoyo disponible	<p>¿Pueden estar allí con los dispositivos diagnósticos necesarios?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No preciso	
<p>... ¿Tiempo de latencia > 500 ms (7 ms/seg en niños)?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, y se ha establecido disponibilidad de ayuda y del sitio IV o conducto		

2.2.3 Teoría de Enfermería

Modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

Cuidados De Enfermería

No son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud.

Cuando de servicios de salud se trata, la enfermera suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada.

Para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos.

Es común que la enfermera oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir acorde a las instrucciones de los médicos. También El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios enfermería no emitimos juicios de valor, empapizamos. Y acompañamos hasta el último aliento.

Metodología de los cuidados

Consiste en un plan de cuidados: proceso de resolución de problemas. El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones.

La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios enfermería no emitimos juicios de valor, empatizamos y acompañamos hasta el último aliento.

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión de base de datos digitalizados, para lo cual se hizo la revisión de las historias clínicas y de las copias de las listas de chequeo para la cirugía segura, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros de las base de datos digitalizados.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

El profesional también asume la responsabilidad de conocer bien a su paciente al que va a intervenir y cree necesario e impetuoso realizar la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura.

En el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, la implementación del Check List se dio a la par, conjuntamente con la de otros países. Asimismo, el personal de enfermería, médicos y anestesiólogos aplicaron este cuestionario a las cirugías de mayor importancia.

Posteriormente, llegando a hacerse en todas las cirugías.

❖ **Innovaciones – Aportes**

- Participación en conjunto de todo el equipo multidisciplinario en la toma de la Lista de chequeo para la Cirugía Segura.
- Permite reducir errores en la intervención quirúrgica , así como conocer de alergias y enfermedades relacionadas con el paciente .
- Ejecuta una medida de seguridad con el fin de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas en un área quirúrgica.
- Manejar complicaciones derivadas de alguna patología del paciente de la cual ya se tenía conocimiento aplicando medidas correctivas.

Limitaciones para el desempeño profesional

Una de las limitaciones para el buen desempeño profesional es la multifuncionalidad del profesional de enfermería ya que esta tiene que hacer más de una actividad, así mismo la excesiva demanda de pacientes.

3.2 Experiencia Profesional

❖ Recuento de la experiencia profesional

Mi desempeño laboral en el servicio de centro quirúrgico lo desempeño en diferentes instituciones privadas y públicas iniciando así hace 10 años mi carrera profesional, en el mes de noviembre del año 2007, teniendo la oportunidad de ingresar así al Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, trabajando en los servicios de Emergencia y Trauma Shock y luego 1 año después al servicio de Centro Quirurgico donde me forme como enfermera de Centro Quirurgico, conociendo así

El hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, en el servicio de centro quirúrgico viene aplicando la Lista de chequeo para la cirugía segura. Se trata de un documento que pretende asegurar todos los pormenores y detalles básicos que se debe saber del paciente antes de iniciar el acto quirúrgico, válido para pacientes adultos y en edad pediátrica que serán intervenidos quirúrgicamente.

Es un documento de filtro que pretende reafirmar que tanto conoce el equipo multidisciplinario al paciente.

❖ **Descripción del área laboral**

El hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa se encuentra ubicado en la av. Republica de Panama con Benavides N2334 en la Urb San Antonio del distrito de Miraflores.

Cuenta en el primer piso con los servicios de Emergencia y Trauma Shock , en el 2do piso contamos con los servicios de laboratorio y el Dpto de Jefatura de Enfermería .

Nuestra área laboral esta situada en el 3er piso es decir el área de Centro Quirúrgico, esta cuenta a su vez con 3 salas de operaciones subdivididas a su vez en sala 1 como sala de cirugía , sala 4 como sala traumatológica y neuroquirurgica y sala 2 como una sala donde se realizan cirugías de menor complejidad aunque esta totalmente preparada para todo tipo de cirugía. También en el servicio se encuentra conjuntamente el servicio de Recuperación post anestésica .

Todo paciente que ingresa al servicio de sala de operaciones ingresa bajo las modalidades de urgencia , programado y pacte” clave”(termino usado cuando la vida del pacte se encuentra entre la vida y la muerte) , en esta ultima condición no se aplicara el formato de Lista de chequeo para la cirugía segura , por la premura de la atención dejando casi en segundo plano la lista ya que la atención deberá ser inmediata

Anteponiendo así la salvaguarda de la vida del paciente.

Considerando la aplicación de la lista de chequeo segura para la cirugía solo para pactes programados y de urgencias , el paciente es traído por la enfermera quien se encarga de que la historia clínica este completa , es recibido por la enfermera de sala de operaciones quien revisara la documentación es decir exámenes de laboratorio, consentimientos informados tanto de cirugía como de anestesiología, el riesgo quirúrgico firmado y sellado, la administración de algún antibiótico con profiláctico, placas, posterior a eso evaluara al paciente es decir Glasgow o estado de conciencia ,permeabilidad de la vía periférica, procedimientos invasivos, vendaje de miembros inferiores, pasando así luego a la sala correspondiente.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a.- Área asistencial

En el servicio de sala de operaciones las enfermeras hacen la función de instrumentista y de circulante, siendo la función y responsabilidad de la enfermera instrumentista , tener todos los materiales para la cirugía programada, vestir y calzar los guantes a los participantes del acto quirúrgico, salvaguardar la asepsia en el campo operatorio.

Por otro lado la enfermera circulante será la encargada de realizar la lista para la cirugía segura, velar por la seguridad del paciente

mientras este bajo efectos de anestesia , apoyar a la enfermera instrumentista durante el desarrollo de la cirugía .

b.- Área Educación

Brindamos educación al paciente y al familiar en el post operatorio, enseñándole la nueva rutina que se necesita para asumir la nueva rutina de vida respecto a la presencia de herida cuidados y aseo, dieta , actividades .

3.3 Procesos realizados en el tema del trabajo

❖ Casos relevantes

Durante la puesta en marcha de la Lista de chequeo para la cirugía segura en el servicio de Centro Quirúrgico del hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa se ha evidenciado una disminución considerable de errores ya que permite al profesional a intervenir y tener la necesidad de conocer mejor a su paciente mas allá solo del diagnóstico, sino de alergias y patologías asociadas.

Los pacientes vienen comprendiendo la necesidad de que la serie de interrogaciones por parte del profesional son necesarias para conocer mejor de su patología.

El profesional también asume la responsabilidad de conocer bien a su paciente al que va a intervenir y cree necesario e impetuoso realizar la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura.

En el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, la implementación del Check List se dio a la par, conjuntamente con la de otros países. Asimismo, el personal de enfermería, médicos y anesthesiólogos aplicaron este cuestionario a las cirugías de mayor importancia.

Posteriormente, llegando a hacerse en todas las cirugías.

❖ **Innovaciones – Aportes**

- Participación en conjunto de todo el equipo multidisciplinario en la toma de la Lista de chequeo para la Cirugía Segura.
- Permite reducir errores en la intervención quirúrgica , así como conocer de alergias y enfermedades relacionadas con el paciente .
- Ejecuta una medida de seguridad con el fin de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas en un área quirúrgica.
- Manejar complicaciones derivadas de alguna patología del paciente de la cual ya se tenía conocimiento aplicando medidas correctivas.

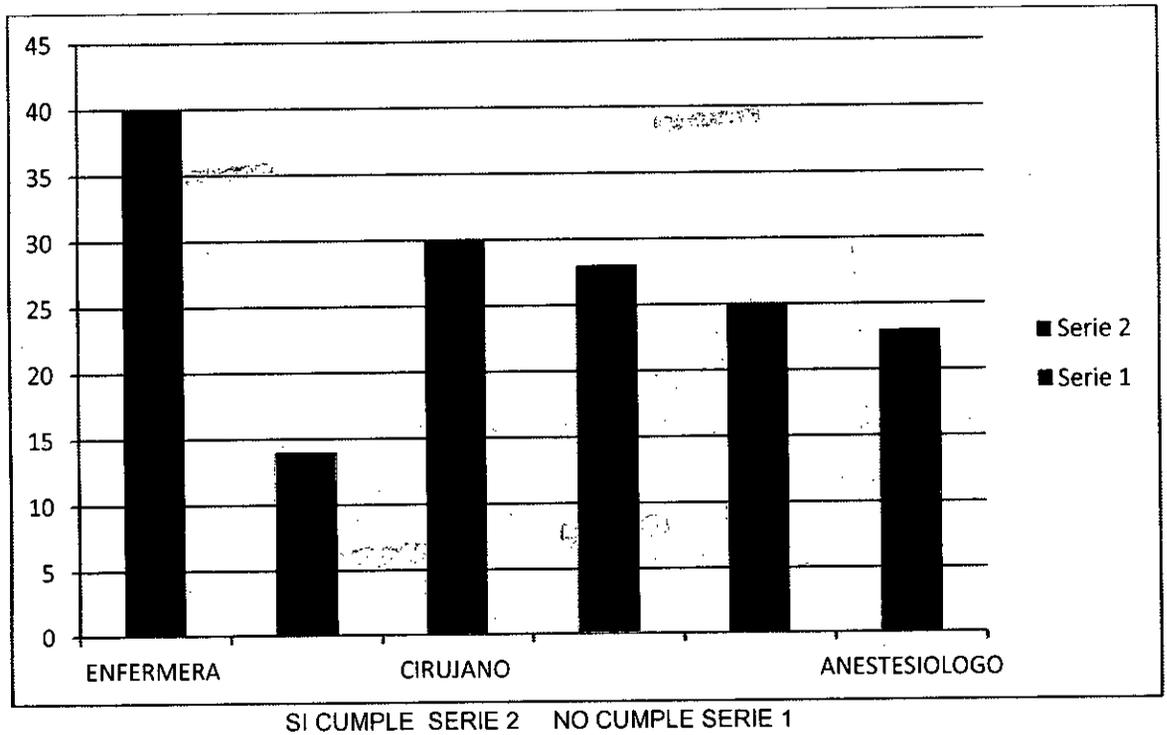
Limitaciones para el desempeño profesional

Una de las limitaciones para el buen desempeño profesional es la multifuncionalidad del profesional de enfermería ya que esta tiene que hacer más de una actividad, así mismo la excesiva demanda de pacientes.

CAPITULO IV
RESULTADOS

GRAFICO 4.1

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA CIRUGIA SEGURA POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA 2015

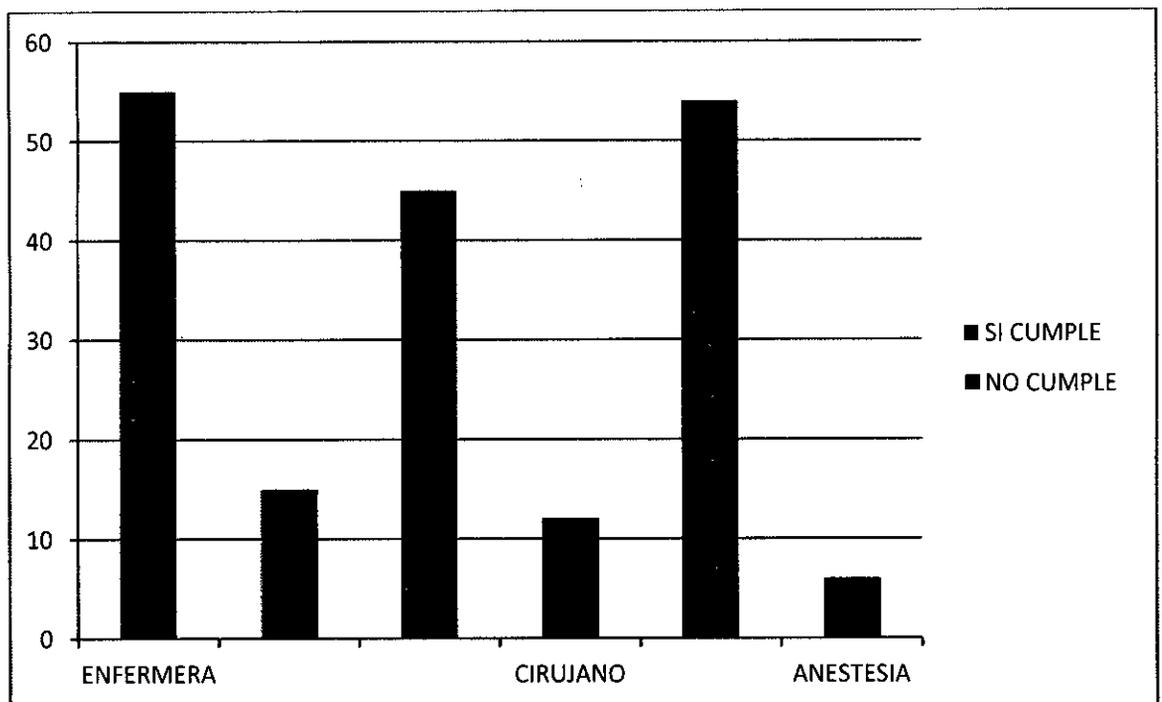


FUENTE: BASE DE DATOS HOSPITAL DE EMREGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA

ESTE GRAFICO NOS MUESTRA LA TENDENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE CADA PROFESIONAL LE DA A LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA CIRUGIA SEGURA POR PROFESIONALES .TOTAL DE PROFESIOANALES 45.

GRAFICO 4.2

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA CIRUGIA SEGURA ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSE CASIMIRO ULLOA 2016

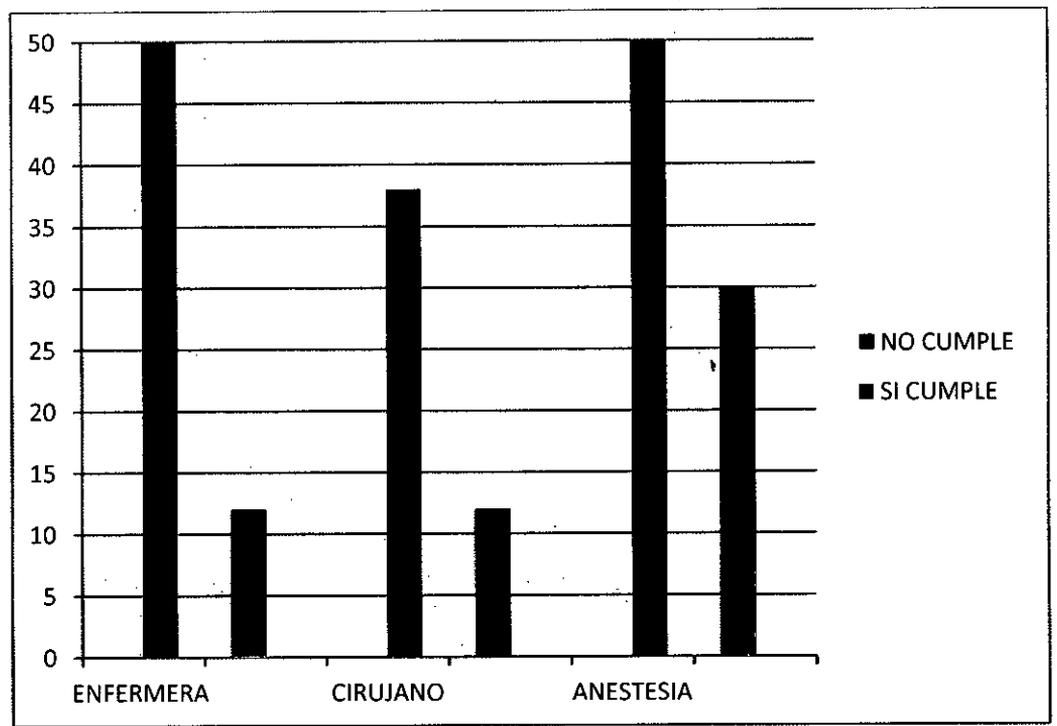


FUENTE: BASE DE DATOS HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA

EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA CIRUGIA SEGURA ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO SE OBSERVA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA CUMPLE CASI EN UN GRAN PORCENTAJE Y UN MENOR PORCENTAJE NO, ASI ISMO CON ANESTESIA Y CIRUGIA.

GRAFICO 4.3

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA CIRUGIA SEGURA EN LA PAUSA QUIRURGICA POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA 2015

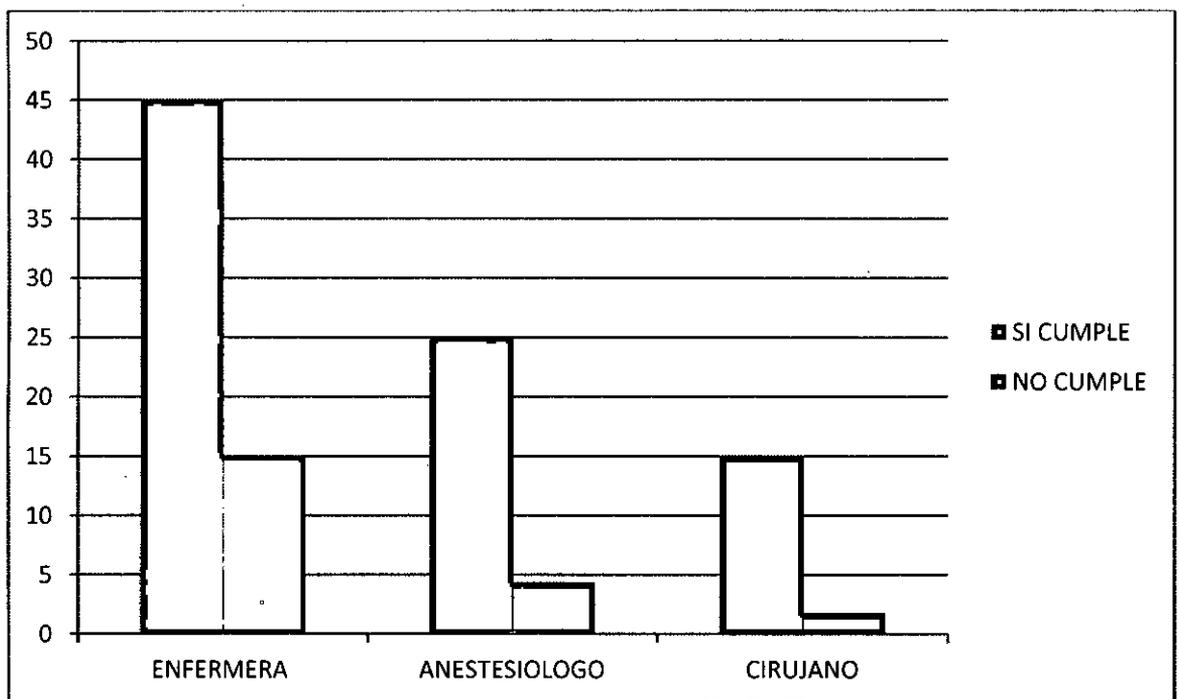


FUENTE : BASE DE DATOS DEL HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA

SE OBSERVA EN EL CUADRO QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA CIRUJANOS Y ANESTESIA CUMPLE EN SU MAYORIA CON LA PAUSA QUIRURGICA

GRAFICO 4.4

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA CIRUGIA ANTES QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIROFANO POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA 2015



FUENTE : BASE DE DATOS DEL HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA

EN EL SIGUIENTE CUADRO SE OBSERVA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA, ANESTESIOLOGO Y CIRUJANO CUMPLEN EN SU MAYORIA CON LA ULTIMA ETAPA DE LA LISTA DE LA CIRUGIA SEGURA ANTES DE QUE LE PACIENTE ABANDONE EL QUIROFANO.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- a) La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del hospital Jose Casimiro Ulloa cumple la lista de verificación de cirugía segura , sin embargo un porcentaje menor no cumple, en cuanto a los profesionales de la salud, la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento la lista de chequeo de cirugía segura de los profesionales tenemos la enfermera registra que todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al paciente según función, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que todo el equipo quirúrgico firma la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante un porcentaje significativo no cumple que el cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano en los ítems de cumplimiento se evidencia que se verifica la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

- b) En la primera etapa, antes de la inducción anestésica, de la lista de verificación de cirugía segura se obtuvo un cumplimiento significativo del equipo quirúrgico del Hospital José Casimiro Ulloa puesto que es la fase que da inicio a la cirugía y donde se cerciora que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento, previniendo así que por este motivo pueda presentar el paciente un evento adverso; siendo el cirujano el profesional que realizó mayor cumplimiento, seguido de la enfermera y finalmente el anestesiólogo.
- c) En la Pausa Quirúrgica de la lista de chequeo de cirugía segura el cumplimiento fue significativo, pero un tanto menor al de la primera etapa, se evidencia que el profesional que más cumple con la lista de chequeo es la Enfermera, seguida del Anestesiólogo, finalmente el cirujano.
- d) En el momento posquirúrgico aún se requiere mejorar las funciones de cada uno de los profesionales involucrados según la lista de verificación de cirugía segura. Se resalta el papel del cirujano, que fue el profesional que alcanzó mayor porcentaje de cumplimiento, en relación a la Enfermera y al Anestesiólogo; debido a que en esta etapa termina el tratamiento quirúrgico en el paciente queda a cargo de la extubación el Anestesiólogo junto con la Enfermera; siendo los ítems del cirujano con mayor cumplimiento, la firma la lista de chequeo, sin

embargo incumpliendo en un porcentaje significativo en el equipo quirúrgico revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente; asimismo la enfermera presenta mayor cumplimiento en los ítems de confirmación verbal con el equipo del nombre del procedimiento realizado y de los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos, no obstante incumple en un porcentaje significativo con los ítems sobre la confirmación verbal con el equipo si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y la firma la lista de chequeo; finalmente el anestesiólogo en los ítems de cumplimiento se evidencia la firma de la lista de chequeo, sin embargo en un porcentaje significativo incumple en el equipo quirúrgico revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

- Socialización a todo nivel del uso de la lista de verificación de cirugía segura de manera que el cumplimiento sea de conocimiento de todo el personal involucrado, puesto que se involucra a tres profesiones de la salud diferentes, por lo que se requiere de un programa de capacitación continua, del compromiso de los líderes de los departamentos involucrados, una concientización, supervisión y capacitación continua para tener un nivel de excelencia en las mediciones subsecuentes y seguimiento por parte del comité de seguridad del paciente del Hospital José Casimiro Ulloa, con el objetivo de darle continuidad al llenado de la lista de verificación, ya que se diluye la responsabilidad, sobre todo en las cirugías prolongadas.

CAPITULO VII

REFERENCIALES

1. ARRIBALZALGA, E., & LUPICA, L. (30 de SETIEMBRE de 2014). IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. Obtenido de http://WWW.SCIELO.ORG.AR/SCIELO.PHP?PID=S2250639X2012000100002&SC_RIPT=SCI_ARTTEXT.
2. BECERRA, K. (2012). EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRURGICAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO. CHICLAYO, PERU.
3. COLLAZOS, C., BERMUDEZ, L., & QUINTERO, A. Y. (2011). VERIFICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD EN CIRUGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE. COLOMBIA.
4. DIAZ, A. (2010). VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA MINIMIZACIÓN DE EVENTOS QUIRURGICOS ADVERSOS TRANSOPERATORIOS. PRÁCTICAS PARA UN CIRUGIA MÁS SEGURA. ARGENTINA.
5. HAYNES, A., WEISER, T., BERRY, W., LIPSITZ, S., BREIZAT, A., & DELLINGER, E. Y. (2009). FOR THE SAFE SURGERY SAVES LIVES TUDY GROUP. A SURGICAL SAFETY CHECKLIST TO REDUCE MORBIDITY AND MORTALITY IN A GLOBAL POUPLATION. ESTADOS UNIDOS.

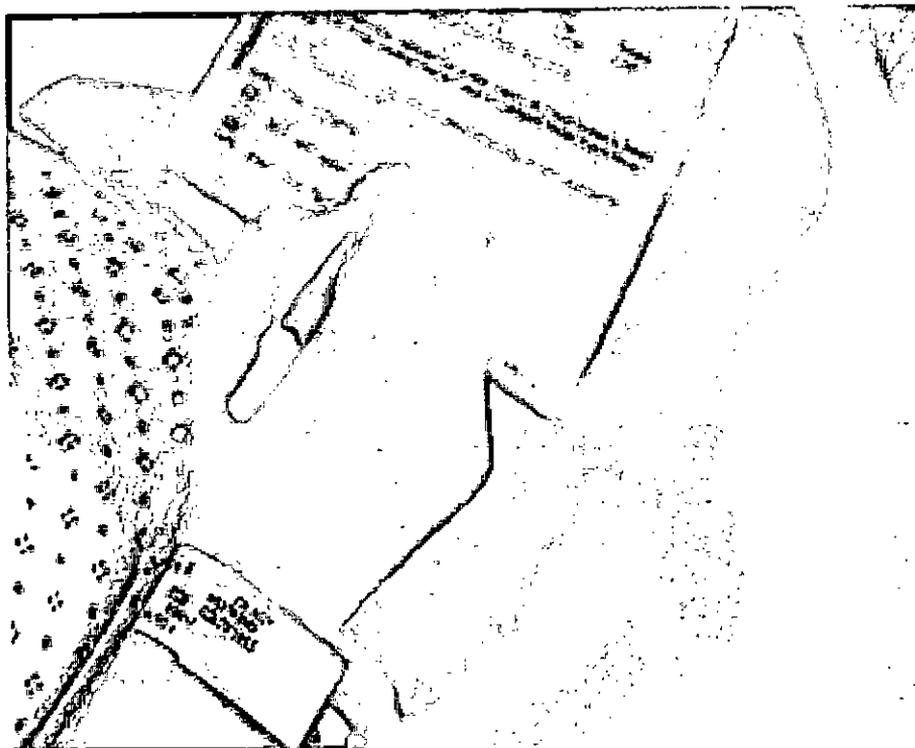
6. HAYNES, A., WEISER, T., BERRY, W., LIPSITZ, S., BREIZAT, A., & DELLINGER, E. Y. (2009). FOR THE SAFE SURGERY SAVES LIVES TUDY GROUP. A SURGICAL SAFETY CHECKLIST TO REDUCE MORBIDITY AND MORTALITY IN A GLOBAL POUPLATION. ESTADOS UNIDOS.
7. RIVERO, M. D., NOLASCO, A., & PUNTUNET, M. Y. (2010). NIVEL DE CUMPLIMIETO Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. MÉXICO.
8. SALUD, M. D. (12 de OCTUBRE de 2014). LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA. Obtenido de http://WWW.MINSA.GOB.PE/PORTADA/ESPECIALES/2010/CALIDAD_SALUD/IN DEX.HTML.
9. SALUD, O. M. (2008). WORDL ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. WHO GUILDELINES FOR SAFETY SURGERY. NUEVA YORK: GENEVA.
10. SALUD, O. M. (10 de OCTUBRE de 2009). MNUAL DEL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICA. Obtenido de http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/2009/9789243598598_SPA.PDF.
11. SALUD, O. M. (15 de OCTUBRE de 2014). 10 DATOS SOBRE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN QUIRURGICA. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.html

12. SALUD, O. M. (10 de OCTUBRE de 2014). LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. Obtenido de http://WHQLIBDOC.WHO.INT/HQ/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_SPA.PDF
13. SALUD, O. M. (12 de OCTUBRE de 2014). WORD HEALTH ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, FOWARD PROGRAMME. Obtenido de <http://WWW.WHO.INT/PATIENTSAFETY/EN/BROCHUREFINAL.PDF>
14. SORIA, V., ZENEWTON, A., SATURNO, P., & COL, Y. (2012). DIFICULTADES EN LA IMPLATACIÓN DEL CHECK LIST EN LOS QUIROFANOS DE CIRUGÍA . ESPAÑA.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**SE OBSERVA AL PACIENTE HACIENDO LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO, EN EL CUAL NOS DEMUESTRA
QUE EL PACIENTE TIENE CONOCIMIENTO DE SU INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA ITEM IMPORTANTE DEL CHECK LIST**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO N° 2

ENFERMERA VERIFICA ÍTEM DE CHECK LIST SOBRE ESTERILIDAD DE INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017