

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



**“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL CENTRO MÉDICO NAVAL.
CALLAO. 2020”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ESPECIALIDAD
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

PATRICIA SALDARRIAGA TALLEDO

Callao, 2020

PERÚ

DEDICATORIA

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy

A mis padres Pedro y Lidia quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios esta conmigo siempre.

A mis hermanos Yngrid y Jessica por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mi una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar este trabajo academico a mi amiga y colega Sandra Alicia Gómez Lopez, por apoyarme cuando más la necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias, siempre te llevo en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Al concluir este trabajo de académico de mucha importancia, mi agradecimiento a DIOS, por su gracia y misericordia; logro concluir una meta más profesionalmente.

A mi Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización en los Servicios de Salud del Centro Médico Naval, Capitan de Fragata SN (O) Karla Hortencia Bernal Málaga por su paciencia ante mi inconsistencia, por su valiosa dirección y apoyo para continuar este camino cuya experiencia y educación han sido fuente de motivación.

A mis familiares por su apoyo incondicional para la culminación de la Segunda Especialidad.

A todas aquellas personas, amigos que me brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de mis objetivos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes del Estudio	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	11
2.2 Base Teórica.....	12
2.2.1 Modelo de Enfermería de Virginia Henderson.....	12
2.3 Base Conceptual.....	16
2.3.1 Seguridad de la cirugía	16
2.3.2 Lista de verificación.....	16
CAPÍTULO III.	25
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	25
I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA	25
II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN.....	29
III.IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO	39
IV.EVALUACION	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), actualmente la cirugía representa un elemento clave de la atención médica integral, con aproximadamente 234 millones de cirugías realizadas anualmente. Constituyendo las complicaciones quirúrgicas un problema de salud inminente al representar la tercera causa de muerte a nivel mundial, cuando en su mayoría son potencialmente prevenibles. Además, cerca de la mitad del total de los eventos adversos (por ejemplo, problemas de comunicación, administración de medicamentos equivocados o errores técnicos) padecidos por los pacientes hospitalizados están relacionados con la atención y los servicios quirúrgicos. Al menos la mitad de esos eventos son prevenibles si se cumplen las normas de atención. (1)

Justamente, la Lista de Verificación se constituye en un instrumento que permite garantizar la seguridad del paciente en cirugía, cuya utilidad radica en permitir examinar aspectos considerados críticos para lograr procedimientos quirúrgicos seguros.

Por ello, el presente trabajo de académico titulado “PLAN DE MEJORA CONTINUA “IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL CENTRO MÉDICO NAVAL ”, tiene como objetivo reforzar la implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía. Asimismo, contribuir en forma objetiva a mejores prácticas de seguridad del paciente, garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales para el paciente en el Centro Quirúrgico, minimizando los riesgos, ocurrencias de eventos adversos, previniendo así posibles complicaciones en los procesos quirúrgicos, contribuyendo a disminuir los costos de salud y la estancia hospitalaria.

El presente trabajo académico, se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del Centro Quirúrgico del Centro Médico Naval, el cual es un hospital castrense de referencia nacional. La población del Hospital Naval está compuesta por personal militar en situación de actividad y retiro que se

encuentran a lo largo de todo el territorio nacional, además de familiares, personal civil que labora para el Ministerio de Defensa. El Centro Médico Naval cuenta con 10 salas de operaciones totalmente equipadas y 450 camas de hospitalización. El universo de pacientes alcanza a 200 mil personas que reciben atención médica.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de mejora continua de reforzamiento de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, el cual contiene las fases de implementación, dentro de ellas se especifican los objetivos, las actividades, tareas, tiempo y responsables. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los meses de enero-junio 2017, y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado reducir los índices de eventos adversos en el Centro Quirúrgico.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los eventos adversos debido a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria, siendo el 80% de ellos prevenibles. Las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones posoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año. (1)

Frente a ello, la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial. La seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal. En la Asamblea número 55 de la Organización Mundial de la Salud; insta a los estados miembros a poner la mayor atención posible sobre el problema de la seguridad del paciente y en establecer y reforzar sistemas basados en la ciencia necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad del cuidado de salud. (2)

Según *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organización privada de los EE.UU. cuya misión es mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados a los pacientes, afirma que las soluciones más constructivas y el éxito se debe a la implicación de los pacientes en su seguridad, el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales, así como la instauración de estrategias en materia de seguridad. (3)

En el año 2004 la Asamblea número 57 de la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, es la primera vez que directores de instituciones sanitarias, políticos, grupos de pacientes y la OMS avanzan

juntos hacia la meta de seguridad “Primero no dañar” y reducir los efectos adversos y las consecuencias sociales de un cuidado de salud no seguro, y se definieron pautas para reducir los errores en la atención en salud. En ese marco de acción, en junio de 2008, la Alianza 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. (4)

En el año 2008, la OMS publicó unas guías con un conjunto de recomendaciones para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos (World Alliance for patient Safety, 2008). Dentro de esas recomendaciones se incluía un listado de verificación quirúrgica (check-list) con 19 ítems para que los profesionales revisasen en el quirófano en tres momentos diferentes.

A nivel de América Latina, se realizó el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), que ha sido el resultado de la colaboración entre la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, los Ministerios de Salud y 58 centros hospitalarios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú (2474 pacientes estudiados). En el Perú participaron 5 hospitales, entre ellos el Centro Médico Naval. El objetivo principal del estudio consistía en valorar cual es la situación de la seguridad del paciente en algunos hospitales de la región. Dentro de sus principales resultados se obtuvo que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Este riesgo se duplicaba si se consideraba todo el tiempo que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de la estancia en el hospital. (5)

En el Perú, en seguimiento con el lanzamiento de la campaña sectorial “Cirugía segura salva vidas” y en vinculación con el Programa OMS-Seguridad del Paciente, el Ministerio de Salud con la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA aprobaron los criterios mínimos de la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura” con la finalidad de cumplir los estándares de calidad y seguridad en la atención de pacientes visto por la Dirección de Calidad en Salud el 20 de abril del 2010.

Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA resuelve aprobar la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía “. Por la Dirección General de Salud con fecha Lima 30 de diciembre del 2010. (6)

En el Centro Quirúrgico del Centro Médico Naval Cirujano Mayor “Santiago Távara”, los profesionales de la salud están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el que los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. En el año 2007 el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico participó en el Proyecto IBEAS, con el cual se dio inicio a la Implementación de la LVSC.

Sin embargo, en el Centro Quirúrgico, se observa que la “LVCS” no está siendo aplicada según la guía de implementación y muchas veces los cirujanos y anestesiólogos se muestran renuentes a participar, argumentando que la LVCS no es necesaria y que su aplicación toma mucho tiempo, además se observa que muchas de los formatos de la LVCS no están completamente llenados, y no todos los miembros del equipo firman el formato al final de la cirugía como está estipulado en la guía. Por todo ello se deduce que el llenado de la lista no refleja el real cumplimiento de normas de seguridad y la real preparación de un entorno seguro para el paciente quirúrgico por consecuencia no se podría señalar que la Lista cumple su función de: Prevenir complicaciones quirúrgicas y que el proceso de implementación de la LVCS no se ha completado en la Institución.

Lo que podría ocasionar eventos adversos relacionados con el acto quirúrgico, lo cual incrementaría la estancia hospitalaria, el consecuente incremento de costos, una mayor demanda al personal médico, el incremento de la carga de trabajo, una mala comunicación; en consecuencia, generaría insatisfacción en paciente y familiares al encontrar un entorno inseguro en su atención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

AMAYA M, HERNÁNDEZ M. (2015). Realizaron un estudio titulado “Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el II semestre del año 2014”. Nicaragua. Dicho estudio tuvo como objetivo describir las posibles dificultades que se presentan en el llenado de la hoja de verificación de cirugía en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Fonseca. Metodología de enfoque cuantitativo. Concluyendo que solo en un 40% se está realizando un buen manejo de la hoja, lo que nos muestra que hay un déficit en el llenado de la hoja de verificación que la principal dificultad está al momento de hacer cumplir la lista de verificación de cirugía segura de manera verbal a como lo establece la organización mundial de la salud y que en la mayoría de los casos se observó que esta dificultad se da porque el personal da por hecho alguno de los ítems por la razón de tener el expediente en sus manos. (7)

POZO C. (2015). Realizó un estudio titulado “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”. Ecuador. Dicho estudio fue descriptivo, tuvo como objetivo verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, desde la perspectiva del paciente; se concluyó: La aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente en el Hospital Metropolitano de Quito, según la percepción de los pacientes. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el

79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre y función fueron el instrumentador quirúrgico (52%) y la enfermera circulante (32%). (8)

ASTUDILLO J, ESPINOSA K. (2015). Realizaron un estudio titulado “Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo, abril, septiembre, 2014”. Cuenca, Ecuador. Dicho estudio fue descriptivo, tuvo como objetivo verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014. Los resultados mostraron que la aplicación del manual de cirugía segura se la realiza de manera óptima en la mayoría de los casos con el 91.9%, con respecto al cumplimiento de las 3 fases: en el preoperatorio se cumple en el 91.05%, sin embargo, el marcado del sitio quirúrgico no se cumple en el 54.9% de casos, en el intraoperatorio se cumple en un 92.19% y no se administra antibioticoterapia profiláctica adecuada en el 52.7% de casos, el postquirúrgico se cumple en el 92.53% y no se verifica el instrumental en 71% de casos. Se concluyó que el manual fue fácilmente aplicable, nos permitió detectar las falencias para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos por lo que recomendamos su utilización. Los conocimientos de personal sanitario sobre el listado de cirugía segura de la OMS son medio para los especialistas y bajo para el resto del personal evaluado. Hay desconocimiento sobre: manejo correcto de hemorragias, profilaxis antibiótica, sobre eventos críticos y falta de criterios sobre recuperación. (9)

MORETA D. (2015). Realizaron un estudio titulado “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa”. Dicho estudio fue

descriptivo , tuvo como objetivo determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud, en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2015 a través de una encuesta directa. Se concluyó que el principal problema para su implementación es la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad del equipo quirúrgico. Existe un bajo porcentaje de cumplimiento completo de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Las enfermeras son las que mayormente la cumplen. El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. (10)

ANDRADE S, ESCALA C. (2016). Realizaron un estudio titulado “Impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi errores en colecistectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón”. Ciudad de Guayaquil, Ecuador. Dicho estudio tuvo como objetivo determinar el impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi errores. El estudio fue descriptivo, de diseño observacional transversal retrospectivo. Los resultados mostraron que de los 207 pacientes que fueron sometidos al procedimiento de cirugía se encontraron que tan solo en 148 de estas tenían los checklist de cirugía segura completos lo cual representa el 71.5%, los 59 restantes se encontraban incompletos lo cual representa el 28.5% esto indica un alto incumplimiento de la norma de seguridad. Sin embargo, únicamente seis pacientes a los que se les realizó la cirugía sufrieron una complicación post operatoria lo que representa 2.9%. Concluyendo que los pacientes a los que no se les realizó el checklist completo tienen 16.64 veces más probabilidades de presentar un efecto adverso que aquellos a los que sí se les completó. (11)

RODRÍGUEZ H. (2016). En su tesis “Descripción de la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el período de agosto 2014 – diciembre 2015”. Córdoba, Argentina. El objetivo fue analizar la aplicación de la Lista de Seguridad Quirúrgica en el servicio de cirugía. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptiva, retrospectivo, transversal. Los resultados mostraron que más del 40% del personal no considera la LVQ como herramienta útil, el 60% no dispone información sobre las consecuencias de la omisión del instrumento y consideran la necesidad de adaptar la lista de verificación utilizada en el nosocomio. Concluyendo que es necesaria la Lista de Verificación Quirúrgica, como herramienta orientada a formalizar el registro de la comunicación y verificación de los aspectos más relacionados con la seguridad del paciente. Es una herramienta indispensable en toda intervención quirúrgica, ya que asegura que la cirugía está enfocada a salvaguardar la vida del paciente, corrigiendo quirúrgicamente su problema de salud, en un marco de seguridad, porque se identifican oportunamente los riesgos. (12)

LÓPEZ E, ARROYO J. (2016). En su estudio “La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad y mortalidad”. México. El objetivo fue comparar la incidencia de eventos adversos y mortalidad tras aplicar una estrategia de seguridad en el paciente quirúrgico. Se implementó la lista de verificación a 255 individuos llevados a cirugía no ambulatoria, programados electivamente o de urgencia en el Hospital Naval de Mazatlán, con un total de 535 sujetos incluidos. Los resultados mostraron que las complicaciones disminuyeron de 11.4% a 4.3% ($p = 0.02$), con un RR de (0.377), protegiendo contra complicaciones potencialmente prevenibles en un 66.3%. El tipo de complicaciones donde se encontró una mayor relevancia estadística fueron la infección postquirúrgica y la hemorragia mayor, con 77% ($p = 0.03$) y 59.7% ($p = 0.02$) menos complicaciones. Concluyendo que se observó una reducción de más del 60% de las complicaciones tras aplicar la lista de verificación de cirugía segura. (13)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

IZQUIERDO F. (2016). Realizaron un estudio titulado “Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015” dicho estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, se concluyó: La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de 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 equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de 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. (14)

VILLOGAS A, BRICEÑO L, MOQUILLAZA K. (2017). Realizaron la tesis “Conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital Nacional”, teniendo como objetivo determinar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de Centro Quirúrgico del hospital Santa Rosa 2017. El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, se utilizó una encuesta y se aplicó dos instrumentos, para la primera variable se aplicó un cuestionario la que permitió determinar el conocimiento sobre la lista de

verificación de cirugía segura, la segunda variable una guía de observación para verificar la aplicación correcta de la lista de verificación de cirugía segura. (15)

COSSIO S, MARTICORENA S. (2017). Desarrollaron la tesis titulada “Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo”, con el objetivo de determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico. Estudio cuantitativo, cuyo diseño de investigación fue no experimental, transversal de tipo descriptivo. La población está formada por un total de 25 licenciados en enfermería que laboran en sala de operaciones, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de la entrevista y como instrumento la lista de verificación de la cirugía segura. Los hallazgos se presentarán en tablas y gráficos estadísticos. Concluyendo que la mayoría de enfermeras aplica adecuadamente la lista de verificación de cirugía segura. (16)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Modelo de Enfermería de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

A. Postulados

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. (17)

- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que

han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad. (17)

B. Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

C. Conceptos

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.
- **Rol de la enfermera:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.
- **Fuentes de dificultad:** Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.
- **Intervenciones:** El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.
- **Consecuencias deseadas:** son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales. (17)

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

D. Metaparadigmas

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

D1. Salud

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

D2. El Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad (17).

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

D3. Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

D4. Enfermería

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (17)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Seguridad de la cirugía

A. Definición

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. (18)

Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

2.3.2 Lista de verificación

A. Definición

Una lista de verificación, en inglés: checklist, es una herramienta que se utiliza en diversos ámbitos de la gestión de las

organizaciones para extraer una serie de propiedades de aquello que se somete a estudio. Es una lista donde registramos acciones a llevar a cabo cuando queremos conseguir un propósito determinado. Podemos encontrarlas bajo diferentes nombres: lista de control, Checklist u hoja de verificación. (19)

La lista de verificación es muy importante en acciones en la que un olvido puede tener consecuencias nefastas y en situaciones nuevas o recientes. El checklist se presenta generalmente en forma de preguntas que se responden de forma binaria: lo tiene o no lo tiene, está presente o no está presente, aunque también se pueden dar más de dos opciones de respuesta, pero siempre de forma cerrada, es decir, salvo que se quiera habilitar un apartado de comentarios, las respuestas son sí o no.

La lista de verificación es una de las formas más objetivas de valorar el estado de aquello que se somete a control. El carácter cerrado de las respuestas proporciona esta objetividad, pero también elimina información que puede ser útil porque no recoge todos los matices, detalles, y singularidades.

Un checklist, se puede utilizar con finalidades de evaluación, de control, de análisis, y cómo no, de verificación. Del resultado de un checklist se puede deducir el valor de un indicador, o lo podemos utilizar para comparar entre varias opciones, o establecer una foto fija de la situación actual. (19)

B. Lista de Verificación de Cirugía Segura

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

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró

para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención. (20)

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades. (20)

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. (15)

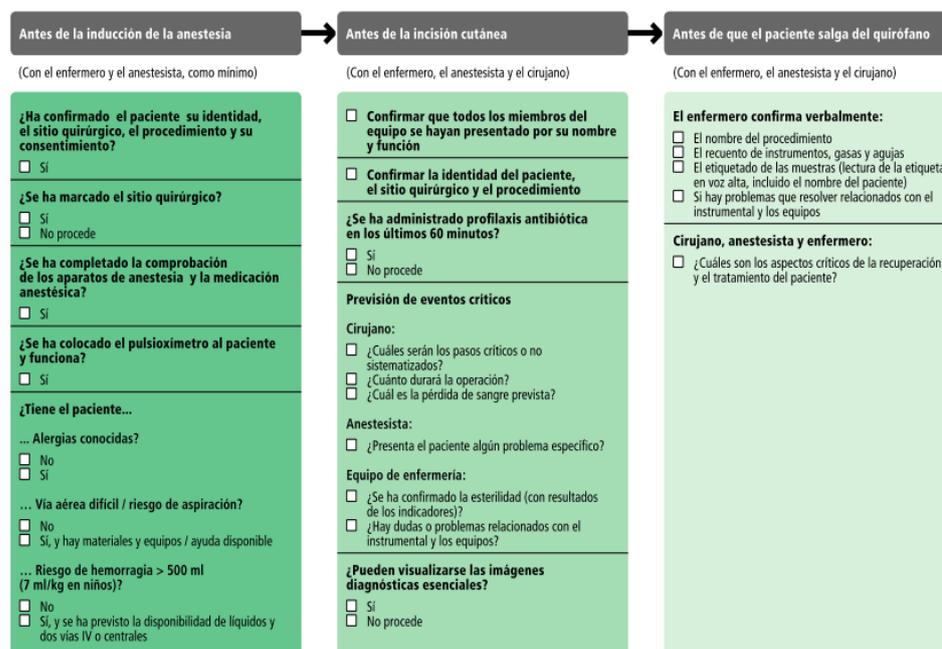


Figura 1. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Fuente: Woodman (18)

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como: Las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas. Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano. (21)

Chequeo de cirugía segura

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades. (21)

Objetivos del llenado de cirugía segura

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como: Las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas.

Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano. (22)

C. Dimensiones de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía

Cada fase, considera lo siguiente:

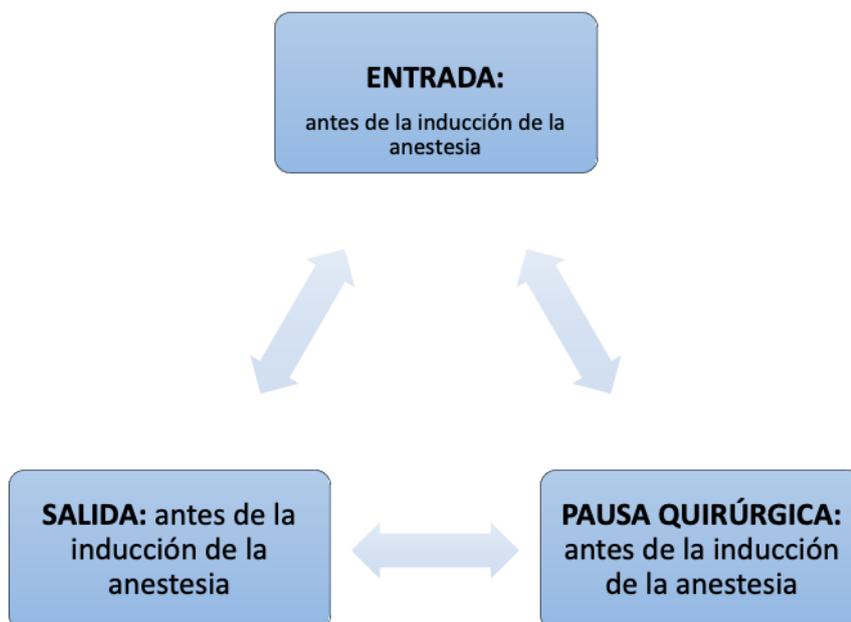


Figura 2. Fases de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Fuente: Elaboración propia

La Primera Fase: Antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada)

Antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea y las alergias; así como la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia. (23)

La Segunda Fase: Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica)

El equipo confirmará que todos los miembros se presenten por su nombre y su función, confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, se realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía. (23)

La Tercera Fase: Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida)

El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento

realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental. Mediante la designación de una única persona para confirmar que se cumpla cada ítem de la lista de chequeo, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención. La lista de verificación reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y ayudará a garantizar que el equipo quirúrgico siga de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos. (17)

Es importante el manejo adecuado del checklist teniendo en cuenta las tres fases de su proceso para permitir seguridad en el paciente mejorando las intervenciones quirúrgicas y la aparición de eventos adversos.

Parte de introducir y promover la cultura de la seguridad dentro de las unidades hospitalarias, radica en el interés de la propia institución por implementar, promover e incentivar a los equipos de trabajo a desarrollar un pensamiento que permita integrar la calidad de atención y la seguridad del paciente.

El proceso de atención sanitaria, así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio. Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria.

Importancia del check.list.

Son instrumentos que permiten verificar o corroborar ciertos aspectos que son necesarios para realizar un procedimiento o proceso, y con ello prevenir errores médicos y eventos adversos que

perjudiquen directamente la salud del paciente, afectando su seguridad y la calidad de la atención de la institución como tal e incluso la confianza que el usuario mantiene en ella. (24)

El proceso de atención sanitaria, así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio. Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria, pueden precisar procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional, pueden ser reversibles o no y están relacionadas con éxitus o incapacidad al alta. (24)

La preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria no es un problema nuevo. A partir de los años 90 se empezaron a aportar pruebas científicas en relación con la seguridad del paciente. El estudio Harvard Medical Practice Study 8 en 1991, concluyó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de afectación en el hospital, El 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, y el 14% de los incidentes son mortales. (25)

E. Enfermera quirúrgica

En el hospital moderno la enfermera se ha convertido en un elemento imprescindible debido a que coordina y dirige tiempos y movimientos de toda la estructura hospitalaria. En específico tiene a su cargo no sólo el control de una diversidad de personal profesional, técnico y administrativo con importantes funciones alrededor del paciente; es ella quien interviene respecto de su manejo, ya sea de manera directa o indirecta durante estos tres momentos fundamentales; es la encargada de cuidar de manera continua y permanente al individuo que se somete a cirugía. En

consecuencia, son las acciones e intervenciones de la enfermera las que determinan el correcto curso de una intervención quirúrgica y de esta manera se convierte en garante de una atención de calidad. (26)

Es posible entonces definir que una enfermera quirúrgica forma parte del personal de salud profesional con progresiva exigencia de estudios de especialización, que recibió una instrucción académica concreta del área en cuestión. Es una profesional que tiene como primordial responsabilidad ejercer un criterio analítico y propositivo para poder proyectar las observaciones que considere convenientes al respecto de sus funciones dependientes e interdependientes, mantiene una continua inquietud intelectual, de investigación y participación en diversas actividades científicas; debe estar siempre consciente de que su desempeño, su estricta disciplina y conciencia quirúrgica son la clave del éxito y, sobre todo, de la seguridad en una cirugía. Es un área de la enfermería que comprende la asistencia antes, durante y después de la cirugía (perioperatorio) en la que se aplican y realizan técnicas y procedimientos específicos diferentes especialidades (cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, entre otras). (26)

Características de la enfermera quirúrgica

- Gran resistencia física y mental.
- Buena salud.
- Saber trabajar bajo presión.
- Debe ser abierta y flexible.
- Sólida formación.
- Capacidad de juicio crítico y analítico.
- Habilidad y destreza técnica.
- Alto nivel ético.
- Capaz de brindar buen trato y de estar consciente de las necesidades inmediatas del paciente.

- Conocer a la perfección las normas de seguridad.
- Conocer aspectos legales que implica el trabajo en un quirófano.
- Trabajo en equipo.
- Buenas relaciones interpersonales. (26)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

Para la identificación de la oportunidad de mejora se utilizaron las fuentes de información disponibles que nos pudieran proporcionar datos de la situación actual de la institución.

Entre los que podemos mencionar: muestreos de los registros (por ejemplo: registros de enfermería, registros de listas de verificación, reportes de auditoría, Informe mensual de IIH, matriz de hallazgos de las Rondas de Seguridad, monitorización de indicadores, análisis de reclamos, resultados de encuestas SERQUAL modificada.

o Listado de problemas

1. Registros en Historia Clínica deficientes
2. Alta Tasa de Infecciones del Tracto Urinario asociada a Catéter Urinario Permanente
3. Baja notificación de Eventos Adversos
4. No se realiza evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínicas
5. Llenado incompleto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

○ **Priorización de los problemas**

Una vez identificadas las oportunidades de mejora y como eran diversos procesos, la información obtenida se colocó en una matriz de priorización con la finalidad de valorar nuestra capacidad de intervención, sabiendo que no todos los problemas tienen la misma importancia y que no siempre se cuenta con los recursos suficientes para intervenir todos los problemas encontrados.

Se ponderó bajo los criterios de importancia, frecuencia y factibilidad. Cada uno de los miembros del equipo de mejora para cada problema asignó un puntaje a cada criterio (del 1 al 5), luego se sumaron las cifras obtenidas en todos los criterios por cada oportunidad de mejora y la alternativa con mayor puntaje fue la seleccionada en este caso “Llenado incompleto de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.

a) MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

N°	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CRITERIOS			PUNTAJE TOTAL
		Importancia	Frecuencia	Factibilidad	
1	Registros en Historia Clínica deficientes	10 3 + 3 + 1 + 3	14 3 + 3 + 3 + 5	6 1 + 1 + 1 + 3	30
2	Alta Tasa de Infecciones del Tracto Urinario asociada a Catéter Urinario Permanente	16 5 + 3 + 5 + 3	12 5 + 3 + 3 + 1	16 5 + 5 + 3 + 3	44
3	Baja notificación de Eventos Adversos	16 5 + 3 + 3 + 5	10 3 + 3 + 3 + 1	10 3 + 3 + 1 + 3	36
4	No se realiza evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínicas	8 3 + 1 + 3 + 1	6 3 + 1 + 1 + 1	6 1 + 1 + 1 + 3	20
5	Llenado incompleto de las lista de verificación de la seguridad de la cirugía	18 5 + 5 + 3 + 5	20 5 + 5 + 5 + 5	18 5 + 3 + 5 + 5	56

Identificándose como proceso crítico a intervenir el “Llenado incompleto de las Listas de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico”.

Por lo que se procedió a realizar la evaluación del cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía.

CONSOLIDADO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

ÁREA: CENTRO QUIRURGICO

MES: ENERO- JUNIO 2019

Nº	Fecha Cirugía	¿Ha sido llenada en forma completa?		¿Es el formato oficial de Lista?		¿La lista corresponde al paciente dueño de la Historia Clínica?		Se encuentra la lista en la HC?		¿Se completa la lista en el momento oportuno?			¿Es legible?		¿Cuenta con todas las firmas y sellos?	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NV	SI	NO	SI	NO
1	Enero	4	1	5	0	5	0	5	0	3	0	2	5	0	5	0
2	Febrero	3	2	5	0	5	0	5	0	3	0	2	4	1	4	1
3	Marzo	2	3	5	0	5	0	5	0	0	0	5	3	2	4	1
4	Abril	2	3	5	0	5	0	5	0	2	2	1	5	0	3	2
5	Mayo	2	3	5	0	5	0	5	0	0	0	5	4	1	3	2
6	Junio	3	2	5	0	5	0	5	0	0	0	5	3	2	5	0
TOTAL		16	14	30	0	30	0	30	0	8	2	20	24	6	24	6
%		53%	47%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	27%	7%	66%	80%	20%	80%	20%

Los resultados muestran que existe un 53% de cumplimiento del llenado completo de la Lista de Verificación, sin embargo, se constató que aún existe un 47% de incumplimiento, hay problemas de legibilidad (20%) y no se cumple al 100% con las firmas y sellos en la LVSC.

b) Diagrama de Ishikawa

Para identificar las causas del problema se aplicaron encuestas de opinión tanto al usuario externo como al usuario interno, lo que nos permitió la construcción del Diagrama de Ishikawa (Causa-efecto), en base a las categorías diferentes categorías y factores contribuyentes.

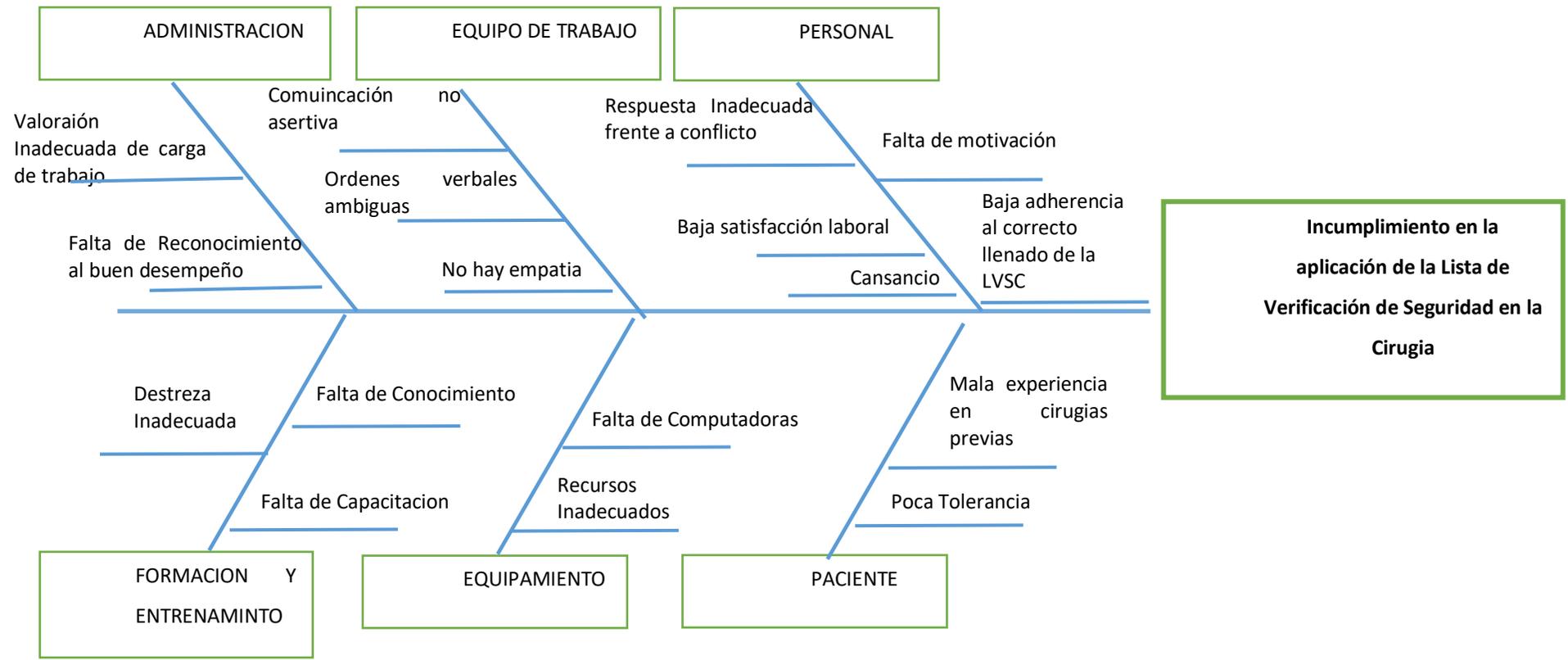


Figura 3. Diagrama de Ishikawa (causa-efecto)

Fuente: Elaboración propia

II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

2.1 Justificación

Los profesionales de la salud están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el que los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad y más aún en el centro quirúrgico. Por ello, en el año 2007 el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico participó en el Proyecto IBEAS, con el cual se dio inicio a la Implementación de la LVSC.

Considerando que toda asistencia sanitaria implica un riesgo para el paciente. Ese riesgo se expresa en diferentes fenómenos producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema. (7) La seguridad del paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos (EAs) era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño, en la organización y la implementación más que en la actuación individual de los proveedores o productos.

La mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales y herramientas como la Lista de Verificación.

2.2 Objetivos

Objetivo general

Mejora de la seguridad del paciente, fomentando una cultura de seguridad relacionada con la cirugía y mejorando la comunicación entre los profesionales.

Garantizar que los equipos quirúrgicos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales a través del Fortalecimiento de la Implementación de la LVSC.

Objetivos específicos

- Lograr el cumplimiento de todos los pasos de la LVSC sin omitir ninguno.
- Lograr que las estrategias para la aplicación de la LVSC sean constantes.
- Medir el cumplimiento de los estándares de calidad y de la seguridad en la atención de los pacientes en Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Lograr que las estrategias para la aplicación de la LVSC se conviertan en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el Centro Quirúrgico.
- Disminuir la presencia de Eventos Adversos relacionados al acto quirúrgico.

2.3 Metas

- La LVSC es llenada en forma completa.
- 100% en formato oficial.
- Se realizan monitoreo in situ para verificar su llenado en forma oportuna.
- Los formatos incluyen todas las firmas.

Planificación estratégica y operativa

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE
PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN	Involucrar a la Alta Dirección en los procesos de implementación de la Lista de verificación	Reunión con los Directivos, jefes de Departamentos y Servicios	Realizar presentación enfocada en: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la Lista • Evidenciar su uso en el ambiente hospitalario • Beneficios en la reducción de las tasas de complicaciones (costos) 	Oct/16	OGC
	Contar con un grupo multidisciplinario y proactivo familiarizado con las LVCS que conduzca el proceso	Conformar el Equipo Conductor	Proponer a los integrantes del Equipo Conductor.	Ene/16	OGC, Jefes Dptos y Servicios
			Aprobar mediante OI integrantes del Equipo Conductor	Abr/16	DICEMENA
Incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y de la seguridad en la atención de los pacientes	Revisar la LVCS para de ser necesario adicionar otros criterios y adaptarla a la realidad del CEMENA.	Realizar reunión con el personal de Centro Quirúrgico para recibir sus opiniones	Abr/16	Equipo Conductor	

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE
PLANEAMIENTO Y ORGANIZACION	Contar con un equipo de mejora oficializado y capacitado	Nombrar y oficializar y capacitar al equipo de mejora	Proponer a los integrantes del equipo de mejora		Jefe Área
			Capacitar al equipo de mejora en herramientas de calidad		Director
	Contar con personal capacitado	Identificar a los actores involucrados en el proceso y Capacitarlos	Contenido Temático: <ul style="list-style-type: none"> • Evidencias de la aplicación de la LVCS • Presentación de la LVCS • Revisión del contenido de la lista. • Utilización de la Lista • Monitoreo de la aplicación de la LVCS 	Abr- Ago/16	
Contar con una LVSC validada de acuerdo a la realidad institucional	Validar y definir como se aplicará la LVSC	Realizar simulaciones entorno a una mesa. Realizar un piloto por un equipo quirúrgico Realizar modificaciones necesarias. Volverla a probar en caso de modificaciones o cambios del proceso	Enero/17	Equipo de Mejora	

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE
IMPLEMENTACION DE LA LVSC	Concientizar a los Directivos, personal que labora en Centro Quirúrgico de la importancia del uso de la LVSC.	Realizar Campaña de difusión	Confeccionar afiches, gigantografías, videos Programar Charlas de difusión.	Ene-Feb/17	Equipo de Mejora
	Lograr el cumplimiento de todos los pasos de la LVSC sin omitir ninguno	Nombrar un responsable por turno como coordinador de la LVCS	Designar a la Enfermera Circulante (preferentemente), Médico o personal de salud.	Ene-Mar/17	Equipo Conductor
		Impedir que el equipo avance a la siguiente fase si el paso previo no ha sido cumplido satisfactoriamente.	Corroborar el cumplimiento del paso y detener la cirugía hasta su cumplimiento.		Coordinador de la LVSC
	Identificar Oportunidades de Mejora	Identificar los problemas que se presentaron con el uso de la LVSC	Identificar no conformidades. Realizar análisis de las causas de las no conformidades encontradas.	May/16– Abr/17	
	Contar con un Plan de Acción	Elaborar Plan de acción	Elaborar objetivos ambiciosos pero factibles.	May/16	Equipo de Mejora

	Conocer los resultados de la implementación de la LVSC	Continuar la recopilación de datos	Designar un responsable de la recolección de datos Asegurar que el recojo de datos esté en marcha. Realizar un gráfico de progreso semanal.	May/16 – Abr/17	
FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE
EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	Determinar la repercusión a corto y mediano plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de esta estrategia	Realizar actualizaciones sobre los progresos del establecimiento.	Informar al personal de salud involucrados en el tema los progresos del proceso y los resultados disponibles	Junio/ 16 - Abr/ 17	
			Realizar la medición basal del grado de cumplimiento de la LVSC.	Ene/16	OGC-Div. Mejora Continua
	Determinar la repercusión a corto y mediano plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de esta estrategia	Realizar actualizaciones sobre los progresos del establecimiento.	Realizar la medición trimestral del grado de cumplimiento de la LVSC	Junio/ 16 - Abr/ 17	Equipo de Mejora
			Informar al personal del Centro Médico Naval los logros obtenidos.		

		Determinar prioridades a seguir según resultados	Identificar barreras para progresar		
			Implementar medidas para revertir las barreras		

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE
SOSTENIBILIDAD	Lograr que las estrategias para la aplicación de la LVSC sean constantes y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el centro quirúrgico.	Consolidar la experiencia ganada	Incorporar las mejoras que han demostrado cambios positivos dentro del proceso y estandarizarlo. Anunciar públicamente los éxitos de la LVSC	Abr/17	Equipo Conductor
			Revisar los datos periódicamente	Continuo	
		Identificar otras áreas para implementar procesos de mejora	Feb-Mar/17		
	Lograr que las estrategias para la aplicación de la LVSC sean constantes y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el centro quirúrgico.	Difundir experiencias	Compartir entre los diferentes departamentos y servicios las experiencias positivas encontradas con el uso de la LVSC	Nov/ 16 - Abr/ 17	Equipo Conductor
			Felicitar a las áreas y personas exitosas	Celebrar los éxitos de los que han tenido un papel clave en el proceso.	
		Realizar reconocimiento público al departamento o servicio con el mayor porcentaje obtenido en el cumplimiento de los objetivos.	Mar/17- Abr/17		

III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

La **implementación y seguimiento**, es muy importante en toda nueva medida para su posterior desarrollo, por ello se ha realizado una revisión bibliográfica de los pasos necesarios para superar las barreras iniciales y realizar una correcta implementación de la LVSC.

Paso 1 Formación del Equipo multidisciplinario:

Según la bibliografía revisada las recomendaciones para una correcta implementación de la LVSC comienzan con la formación de un equipo multidisciplinar, integrado por miembros de todas las disciplinas (cirujanos, enfermeros, anestesistas...), al menos uno de cada una, con interés y entusiasmo por la seguridad e implementación de la lista. Los directivos de las diferentes especialidades y disciplinas deberían estar involucrados. Con la creación de este grupo se simulará la aplicación de la LVSC, lo que permitirá plantearse la adaptación de la misma al servicio y generar observaciones para la futura formación. La adaptación debe estar justificada y siempre garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad esenciales. El equipo también diseñará un plan formativo para el resto de profesionales, se encargará de su difusión y fijará los criterios de evaluación.

Paso 2 Formación: El inicio del plan formativo:

Deberá comenzar con una presentación de la iniciativa a todos los profesionales que muestren interés a través de una charla formativa, en la que se muestren las nociones básicas de la LVSC y se destaquen sus beneficios, promocionando una cultura de seguridad. La representación de un ejemplo de la aplicación ante el resto de profesionales o el uso de material como videos o folletos puede ser útil. Durante todo el periodo de la implantación la actitud debe ser abierta y con disposición, haciendo frente a las reticencias o dudas. Al final de este se evaluará los conocimientos adquiridos por los profesionales mediante test, evaluando también la formación impartida.

Paso 3 Difusión. Para la difusión:

Se recomienda la creación de posters que aconsejen y recuerden el uso de la lista o el uso de correo electrónicos y la inclusión de la recomendación de seguridad en la intranet del hospital.

Paso 4 Puesta en marcha de la LVSC:

Para una buena aceptación del uso de la LVSC las recomendaciones afirman comenzar con uno o muy pocos quirófanos en los que se encuentren miembros del equipo multidisciplinar inicial. Cuando los equipos quirúrgicos dominen y se encuentren cómodos con la LVSC, se puede extender a otros quirófanos. Debe evaluarse su uso y si fuera necesario estos equipos deberían demostrar y ayudar en la implantación, de manera que sus experiencias se transmitan al resto.

Paso 5 Seguimiento de los cambios y mejoras introducidas:

En esta fase se va a hacer un seguimiento de los progresos de la mejora estableciendo un sistema de monitorización y registro. Deberá registrarse la aparición de EA lo que permitirá analizar si los resultados son óptimos. Resultados buenos, ayudaran a que se asiente el uso de la LVSC.

Paso 6 Análisis de las mejoras alcanzadas:

A partir de los registros realizados se realizará un análisis de las medidas implementadas y de los EA derivados de la cirugía, a su vez se comprobará el nivel de cumplimiento.

IV. EVALUACION

En este paso se procederá con la evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto.

El objetivo de este paso es determinar la repercusión a corto y mediano plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de esta estrategia, esto nos proporcionará información que servirá para la toma de decisiones y acciones de mejora futuras.

En esta fase se va a hacer un seguimiento de los progresos de la mejora estableciendo un sistema de monitorización y registro. Deberá registrarse la aparición de EA lo que permitirá analizar si los resultados son óptimos. Resultados buenos, ayudaran a que se asiente el uso de la LVSC.

Actualización sobre los progresos del establecimiento de salud:

- Realizar la medición trimestral del grado de cumplimiento de la LVSC
- Informar al personal de salud del establecimiento involucrados en el tema, sobre los progresos del proceso y los resultados disponibles a fin de que puedan ser testigos de la mejora.
- Medición basal del grado de cumplimiento de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía: Realizar la evaluación trimestral.
- Informar al personal del establecimiento de salud sobre lo que las diferentes instancias (hospital, departamento, servicio) están haciendo con respecto a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Usar un calendario para la actualización de los progresos en el establecimiento de salud en forma quincenal o mensual.

Determinar prioridades a seguir según resultados:

- Identificar barreras para progresar.
- Implementar medidas para revertir las barreras.

Indicadores:

- Porcentaje de llenado en forma completa de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).
- Porcentaje de uso del formato oficial de LVSV.
- Porcentaje de LVSV por cada paciente.
- Porcentaje de LVSV incluida en Historia clínica.
- Porcentaje de LVSV completa en el momento oportuno.
- Porcentaje de LVSV legible.
- Porcentaje de LVSV con firmas y sellos.

CONCLUSIONES

1. La implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está basada en documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud y pretende estandarizar y facilitar el uso de la referida Lista en el Centro Quirúrgico del Centro Médico Naval.
2. La implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se ha desarrollado teniendo en cuenta las particularidades del Centro Quirúrgico del Centro Médico Naval, buscando mejorar sus intervenciones y, de esa manera garantizar la seguridad del paciente.
3. La implementación de esta propuesta ha sido el punto de partida de varios proyectos de mejora a nivel institucional.
4. La lista de verificación debe entenderse no sólo como una lista de elementos que deben ser comprobados, sino como un instrumento para mejorar la comunicación y la cultura de seguridad en el quirófano y debe implementarse en consecuencia. Además, el efecto beneficioso de la lista de verificación de la OMS sobre las tasas de complicaciones operativas indica que una comunicación más intensa con la ayuda de listas de verificación podría mejorar los resultados en otros campos médicos.

RECOMENDACIONES

1. Establecer una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos a partir de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
2. Realizar el seguimiento de los cambios tanto durante el proceso como de los resultados, porcentaje de operaciones en que se suministran antibióticos a la hora correcta, pacientes que presentaron infecciones del sitio quirúrgico.
3. Registrar los problemas encontrados en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
4. Lograr que las estrategias para la aplicación de la LVSC sean constantes y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el centro quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 20. Available from: HYPERLINK "https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety" <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 26. Available from: HYPERLINK "https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety" <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
3. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Acreditación Joint Commission International. [Online].; 2016 [cited 2020 Julio 25. Available from: HYPERLINK "https://www.clinicaangloamericana.pe/joint-commission-international/" <https://www.clinicaangloamericana.pe/joint-commission-international/>.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente Versión 1.1. Informe Técnico. [Online].; 2009 [cited 2020 Julio 25. Available from: HYPERLINK "https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf" [https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps technical report es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf).
5. IBEAS. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Online].; 2010 [cited 2020 Julio 24. Available from: HYPERLINK "https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf" [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).
6. MINISTERIO DE SALUD (MINSA). Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N° 1021-

2010/MINSA. Dirección General de Salud de las personas, Lima, Perú. [Online].; 2011 [cited 2020 Julio 24. Available from: HYPERLINK "<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descarg>" <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descarg> .

7. AMAYA M, HERNÁNDEZ M. Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el II semestre del año 2014. Nicaragua;; 2015.
8. POZO C. "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. Ecuador;; 2015.
9. ASTUDILLO J, ESPINOZA K. Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo, abril, septiembre, 2014. Cuenca, Ecuador;; 2015.
10. MORETA. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo. ; 2015.
11. ANDRADE S, ESCALA C. Impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi errores en colecistectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón. Universidad Católica de Guayaquil. [Online].; 2016 [cited 2020 Julio 24. Available from: HYPERLINK "<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6546>" <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6546> .
12. RODRÍGUEZ H. Descripción de la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el período de Agosto 2014 – Diciembre 2015. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Córdoba. [Online].; 2016 [cited 2020 Julio

24. Available from: HYPERLINK
"http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf"
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf.
13. LÓPEZ E, ARROYO J. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano General*. 2016 Enero-Marzo; 38(1): p. 12-18. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>.
14. IZQUIERDO F. 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;; 2016.
15. VILLOGAS A, BRICEÑO L, MOQUILLAZA K. Conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital Nacional. Lima;; 2017.
16. COSSIO S, MARTICORENA S. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo. Huancayo;; 2017.
17. RODRIGO M. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Barcelona: Elsevier; 2008.
18. Woodman N. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 18. Available from: HYPERLINK
"https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/1fbdfc24e92f9911d7b74c879d9af2ca-325-Lista-de-chequeo-para-la-seguridad-quirurgica-de-la-Organizacio--n-Mundial-de-la-Salud.pdf"
https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/1fbdfc24e92f9911d7b74c879d9af2ca-325-Lista-de-chequeo-para-la-seguridad-quirurgica-de-la-Organizacio--n-Mundial-de-la-Salud.pdf.

ANEXOS

Anexo 2. Verificando el llenado de la lista y el cumplimiento de las fases de la cirugía



Anexo 3. Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

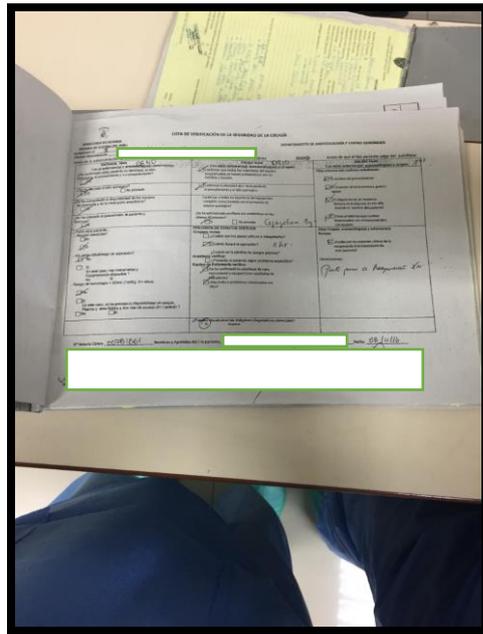
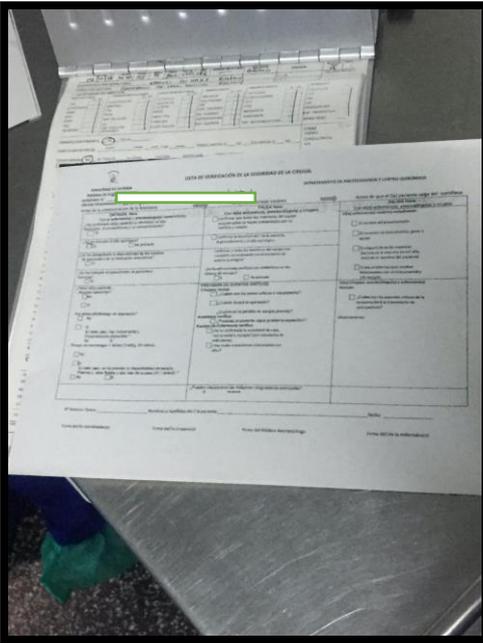
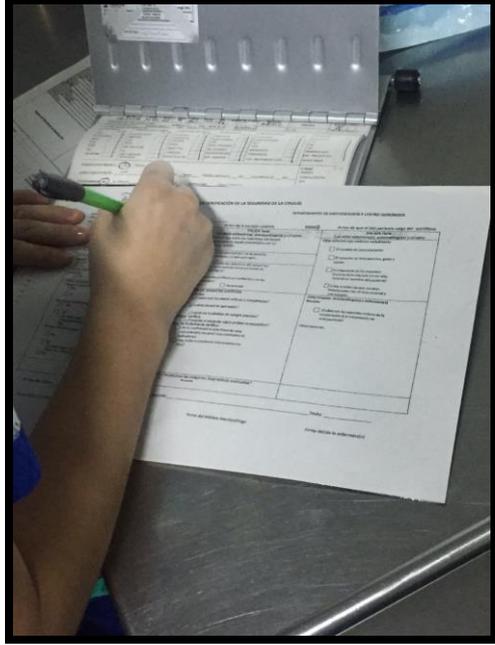
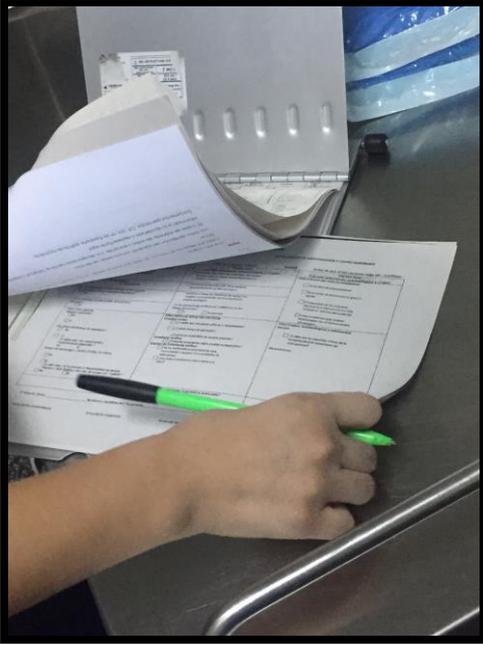
MINISTERIO DE DEFENSA
MARINA DE GUERRA
QUIROFANO N° [REDACTED]
CIRUGÍA PROGRAMADA: [REDACTED]

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

Antes de la administración de la Anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el (la) paciente salga del quirófano
ENTRADA Hora: 0800 Con el enfermero(a) y anestesiólogo(a) como mínimo. ¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI	PAUSA Hora: 0912 Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano. <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función.	SALIDA Hora: 1140 Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano. El (la) enfermero(a) confirma verbalmente:
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No procede	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.	<input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento CINDIA ANESTESIA + HUIJOPEN
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input checked="" type="checkbox"/> SI	Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica?	<input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
¿Se ha colocado el pulsómetro al paciente y funciona? <input checked="" type="checkbox"/> SI	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No procede <i>CG/BIOM 2gr</i>	<input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.
¿Tiene el (la) paciente... ...Alergias conocidas? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	PREVISION DE EVENTOS CRITICOS Cirujano revisa: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <i>2 horas</i>	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) Revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
...Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> SI	¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? <i>20cc</i> Anestesia verifica: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <i>HTA</i>	Observaciones:
En este caso, ¿hay instrumental y Equipos/ayuda disponible? No <input checked="" type="checkbox"/> SI	Equipo de Enfermería verifica: <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de indicadores) <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con...	
...Riesgo de hemorragia > 500ml (7ml/Kg, En niños) <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? SI <input type="checkbox"/> No procede	
En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, Plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central). <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> SI	Art. No.: 102 HECHO EN PERÚ La tira cambia de celeste a rosado luego de la esterilización	

Fecha: 05-11-16

N° Historia Clínica: 03796292 Nombres y Apellidos: [REDACTED]



**MINISTERIO DE DEFENSA
MARINA DE GUERRA DEL PERU**

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

QUIRÓFANO N°: 11
CIRUGÍA PROGRAMADA: [REDACTED]
Antes de la administración: [REDACTED]

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

ENTRADA	PAUSA Hora:	SALIDA Hora:
<p>Con el enfermero(a) y anestesiólogo(a) como mismo Quirófano, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p>¿Se ha mandado el sitio quirúrgico?</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?</p> <p>¿Se ha colocado el pulsómetro al paciente y funciona?</p> <p>¿Tiene el/la paciente... ...Alergias conocidas?</p> <p>... Via aérea difícil/riesgo de aspiración?</p> <p>... Riesgo de hemorragia > 50ml (7ml/Kg. En niños)</p> <p>... En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, Plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)?</p>	<p>Con el/la enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano programados se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p>Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.</p> <p>Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ... ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ... ¿Cuánto durará la operación? ... ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesiólogo verifica: ... ¿Presencia del paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: ... ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de indicadores) ... ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p>	<p>Con el/la enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>El/la enfermero(a) confirma verbalmente:</p> <p>... El nombre del procedimiento</p> <p>... El recuento de instrumentos, gases y agujas</p> <p>... El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p>... Si hay problemas que resolver Relacionados con el instrumental y Los reagentes.</p> <p>El/la Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) Revisan: ... ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p> <p>Observaciones:</p>
<p>N° Historia Clínica: [REDACTED] Nombres y Apellidos del / la paciente: [REDACTED] Fecha: _____</p> <p>Firma del/la coordinador(a) Firma del/la cirujano(a) Firma del Médico Anestesiólogo Firma del/de la enfermero(a)</p>		

Algunas Observaciones

QUIROFANO 8

LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Nombre y Apellidos del Paciente: [Redacted]

Nombre de Cirujano Programada: [Redacted]

Fecha: 29-4-19

QUIROFANO: VIII

Antes de la Inducción Anestésica

Entrada Hora: 08:20

Antes del Inicio de la Cirugía

Pausa Hora: 09:00

Antes que el Paciente abandone Quirófano

Salida Hora: [Redacted]

Nombre del Procedimiento: [Redacted]

Presencia de Instrumentos, gases y aguja completa

Disponible de material (Identificación de muestra en una alta incluido el nombre del paciente)

Antes de abandonar Quirófano y Enfermería

Los acetos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente

Ordenes del Paciente

Prescripción

UCI Médica

UCI Quirúrgica

UCI Pedriátrica

UCI Inten.

Cuidados Intermedios

Reevaluación

OBSERVACIONES

Cirujano

Nombre de Instrumentos

8

ESPECIALIDAD: Ncx.

NOMBRES Y APELLIDOS: [Redacted]

GRADO: T2

ALERGIA: Niega

QUIROFANO 8

LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Nombre y Apellidos del Paciente: [Redacted]

Nombre de Cirujano Programada: [Redacted]

Fecha: 29-4-19

QUIROFANO: VIII

Antes de la Inducción Anestésica

Entrada Hora: 08:20

Antes del Inicio de la Cirugía

Pausa Hora: 09:00

Antes que el Paciente abandone Quirófano

Salida Hora: [Redacted]

Nombre del Procedimiento: [Redacted]

Presencia de Instrumentos, gases y aguja completa

Disponible de material (Identificación de muestra en una alta incluido el nombre del paciente)

Antes de abandonar Quirófano y Enfermería

Los acetos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente

Ordenes del Paciente

Prescripción

UCI Médica

UCI Quirúrgica

UCI Pedriátrica

UCI Inten.

Cuidados Intermedios

Reevaluación

OBSERVACIONES

Cirujano

Nombre de Instrumentos

1842

LOT 6408488 EDI: 0059001501 REF: 8996-15-01
 Neoflex Complete Knee Solution
 Legacy Knee Proximal Stabilizer (LPS)
 Femoral Component - Qson
 Size E - Left
 2025-09-30

100741 EDI: 00590003701 REF: 5980-37-01
 Implants Knee Solution
 Tibial Component - Precut
 2026-07-31

LOT 62556490 EDI: 000996403212 REF: 8964-32-12
 Neoflex Complete Knee Solution
 Legacy Knee Proximal Stabilizer
 LPS Fem - Anterior Surface
 Size F - Right
 2021-12

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: [Redacted] H. CLINICA: [Redacted] FECHA: 24/11/2024 QUIRÓFANO: VII

NOMBRE DE CIRUGIA PROGRAMADA: Artroscopia Total de Rodilla Izq.

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA		ANTES DEL INICIO DE LA CIRUGIA		ANTES QUE EL PACIENTE ABANDONE QUIRÓFANO	
ENTRADA HORA: 04:50		PAUSA HORA: 05:10		SALIDA HORA: 05:50	
ANESTESIOLOGO, ENFERMERO Y QUIRÓFANO		CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE		CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA COMPLETAN LOS SIGUIENTES CAMPOS ENFERMERIA VERIFICA VERBALMENTE CON EL EQUIPO	
EL PACIENTE CONFIRMA: Su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento, consentimiento informado quirúrgico y anestésico SE HA MARCADO EL SITIO QUIRÚRGICO VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS VERIFICACIÓN DE EQUIPOS Y MEDICACIÓN ANESTÉSICA Equipos de anestesia funcionando Pulsoximetro instalado, funcionando Farmacos disponibles y preparados Farmacos de emergencia disponibles TIENE EL PACIENTE ALERGIAS: <u>Penicilinas</u> VÍA AEREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACION En caso de ser SI, cuenta con los equipos de ayuda disponibles RIESGO DE HEMORRAGIA EN CIRUGIA ADULTOS >500ML (7ML/KG EN NIÑOS) En caso de ser SI, ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos, y vías de acceso ENFERMERIA VERIFICA Operatividad de equipos Indicadores externos de insumos, instrumental y ropa virid Instrumental y equipos disponibles		CONFIRMAR Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento CONFIRMAR Que todos los miembros del equipo se hayan presentado por nombre y función CONFIRMAR que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente (lavado y asepsia de zona operatoria) SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS: CIRUJANO HA IDENTIFICADO Y COMUNICADO ¿Las posibles complicaciones durante la cirugía? ¿Tiempo operatorio previsto? ¿Presión de sangre prevista? ANESTESIOLOGO VERIFICA: Si paciente presenta algún problema específico EQUIPO DE ENFERMERIA VERIFICA: Entidad con resultado de indicadores internos Contaje de instrumentales, gases y apósitos IMÁGENES DIAGNÓSTICAS INSTALADAS		Nombre de procedimiento Recuento de instrumentos, gases y apósitos completos Equipado de muestras (Identificación de muestras en voz alta incluido el nombre del paciente) Factores problemáticos que resolver (Relacionado con el instrumental y los equipos) CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA REVISAN Y COMUNICAN Los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente SISTEMA DEL PACIENTE: Recuperación UCI Médica UCI Quirúrgica UCI Post-quirúrgica Cuidados Intermedios Hospitalización OBSERVACIONES: <u>Se descartó neural de</u> <u>antes de salir 2024</u>	

Firma de Cirujano: [Redacted]
 Firma de Instrumentista: [Redacted]

9747

LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: [Redacted] H. CLINICA: [Redacted] FECHA: 17/06/18 QUIRÓFANO: I

NOMBRE DE CIRUGIA PROGRAMADA: Apandectomía Laparoscópica

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA		ANTES DEL INICIO DE LA CIRUGIA		ANTES QUE EL PACIENTE ABANDONE QUIRÓFANO	
ENTRADA HORA: 04:50		PAUSA HORA: 05:10		SALIDA HORA: 05:50	
ANESTESIOLOGO, ENFERMERO Y QUIRÓFANO		CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE		CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA COMPLETAN LOS SIGUIENTES CAMPOS ENFERMERIA VERIFICA VERBALMENTE CON EL EQUIPO	
EL PACIENTE CONFIRMA: Su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento, consentimiento informado quirúrgico y anestésico SE HA MARCADO EL SITIO QUIRÚRGICO VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS VERIFICACIÓN DE EQUIPOS Y MEDICACIÓN ANESTÉSICA Equipos de anestesia funcionando Pulsoximetro instalado, funcionando Farmacos disponibles y preparados Farmacos de emergencia disponibles TIENE EL PACIENTE ALERGIAS: <u>Penicilinas</u> VÍA AEREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACION En caso de ser SI, cuenta con los equipos de ayuda disponibles RIESGO DE HEMORRAGIA EN CIRUGIA ADULTOS >500ML (7ML/KG EN NIÑOS) En caso de ser SI, ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos, y vías de acceso ENFERMERIA VERIFICA Operatividad de equipos Indicadores externos de insumos, instrumental y ropa virid Instrumental y equipos disponibles		CONFIRMAR Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento CONFIRMAR Que todos los miembros del equipo se hayan presentado por nombre y función CONFIRMAR que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente (lavado y asepsia de zona operatoria) SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS: CIRUJANO HA IDENTIFICADO Y COMUNICADO ¿Las posibles complicaciones durante la cirugía? ¿Tiempo operatorio previsto? ¿Presión de sangre prevista? ANESTESIOLOGO VERIFICA: Si paciente presenta algún problema específico EQUIPO DE ENFERMERIA VERIFICA: Entidad con resultado de indicadores internos Contaje de instrumentales, gases y apósitos IMÁGENES DIAGNÓSTICAS INSTALADAS		Nombre de procedimiento Recuento de instrumentos, gases y apósitos completos Equipado de muestras (Identificación de muestras en voz alta incluido el nombre del paciente) Factores problemáticos que resolver (Relacionado con el instrumental y los equipos) CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA REVISAN Y COMUNICAN Los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente SISTEMA DEL PACIENTE: Recuperación UCI Médica UCI Quirúrgica UCI Post-quirúrgica Cuidados Intermedios Hospitalización OBSERVACIONES: <u>Se descartó neural de</u> <u>antes de salir 2024</u>	

Firma de Cirujano: [Redacted]
 Firma de Instrumentista: [Redacted]

