

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**APLICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL  
SERVICIO DE QUIRÓFANO DE LA CAJA DE  
SALUD CORDES LA PAZ POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL  
SEGUNDO TRIMESTRE GESTION 2020.**

**POSTULANTE: Lic. Cristina Casablanca Siñani  
TUTORA: Lic. Paola Ticona Mamani**

**Trabajo de Grado para optar al título de especialista en  
Enfermería en Instrumentación Quirúrgica y Gestión en  
Central de Esterilización**

La Paz - Bolivia  
2021

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme Salud y fuerzas para salir adelante.

A mi familia que siempre confían en mí y me cubren con amor y apoyo incondicional entendiendo el esfuerzo que realizo siempre por ellos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a mi esposo Dennis y mis Hijas Cielo, Dayana Y Paolita Juanita por estar apoyándome siempre y más aún en este tiempo de pandemia que fue muy difícil seguir adelante.

Nunca deje de sentir su apoyo y su amor incondicional les agradezco por estar ahí para mí son mi VIDA ENTERA.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), define cirugía segura a través de su reto “Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo. Es un conjunto básico de normas que se aplican en el proceso quirúrgico para otorgar calidad y seguridad del paciente, en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. El listado de verificación de los procedimientos es una herramienta útil dentro de las estrategias para seguridad de las intervenciones quirúrgicas.

**Objetivo:** Identificar el cumplimiento de la Cirugía Segura en quirófano de la Caja de Salud CORDES La Paz por el personal de enfermería en el segundo trimestre gestión 2020.

**Lugar:** El estudio se realizara EN LA CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES, Servicio de QUIROFANO.

**Diseño:** Es un estudio observacional, descriptivo – deductivo, cuantitativo y cualitativo, de corte transversal donde se medirá la variable de aplicación de cirugía segura.

**Población:** Se trabaja con el total de la población del personal de quirófano, que son un total de 10 enfermeras divididas en turnos de 24 horas en cuatro grupos y un equipo de instrumentadora y circulante de apoyo en turno de la mañana de 8 horas.

**Resultados:** Aplicar El checklist o Lista de verificación de cirugía segura, es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Sólo con el firme compromiso de todo el equipo quirúrgico y de la parte administrativa se pueden trasladar las herramientas de seguridad del paciente de los despachos a consultas y quirófanos. La implantación del checklist no se agota en la exigencia a los profesionales de cumplimentar un Listado de Verificación de Cirugía Segura, mediante un instructivo que imponga su uso, a todos los profesionales implicados en el acto quirúrgico con el firme compromiso de realizarlo.

**Conclusión:** Se Identifica con las herramientas de cuestionario y ficha observacional analizando los datos que el cumplimiento de la Cirugía Segura en quirófano de la Caja de Salud CORDES La Paz se realiza algunos puntos relacionados con Cirugía Segura en base a los 10 objetivos que da la OMS (Organización Mundial de la Salud) por el personal de enfermería pero NO se cuenta con una herramienta de registro de lo que se realiza a veces, no quedando un registro que ayude a que esto quede como constancia en la historia clínica del paciente de todos los puntos evaluados en Cirugía Segura dejando de lado la seguridad del paciente y teniendo una gran probabilidad de error y daño al paciente quirúrgico en el segundo trimestre gestión 2020.

### Palabras clave:

**Cirugía** Práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico.

## SUMMARY

**Background:** The World Health Organization (WHO) defines safe surgery through its "Safe Life Saving Surgery" challenge, which aims to improve the safety of surgical care worldwide. It is a basic set of standards that are applied in the surgical process to provide quality and safety of the patient, in the prevention of surgical wound infections, safety of anesthesia, safety of surgical equipment and measurement of surgical services. The procedure verification list is a useful tool within strategies for the safety of surgical interventions.

**Objective:** To identify compliance with CORDES La Paz Safe Surgery in the operating room by nurses in the second trimester management 2020.

**Place:** The study will be conducted IN THE CLINIC OF THE CORDES HEALTH BOX, QUIROFANO Service.

**Design:** It is an observational, descriptive – deductive, quantitative and qualitative, cross-sectional study where the safe surgery application variable will be measured.

**Population:** It works with the total population of the operating room staff, which are a total of 10 nurses divided into 24-hour shifts into four groups and a team of implementer and support circulator in 8-hour morning shift.

**Results:** Applying The safe surgery checklist or checklist is synonymous with patient safety, but also legal certainty for healthcare professionals. Only with the firm commitment of the entire surgical team and the administrative part can the patient safety tools be transferred from the offices to consultations and operating rooms. The implementation of the checklist is not exhausted in the requirement of professionals to complete a Safe Surgery Checklist, through an instruction that imposes its use, on all professionals involved in the surgical act with the firm commitment to carry it out.

**Conclusion:** It is identified with the questionnaire tools and observational sheet analyzing the data that the compliance with safe surgery in the operating room of the CORDES La Paz Health Fund is made some points related to Safe Surgery based on the 10 objectives given by WHO (World Health Organization) by nursing personnel but there is NO tool to record what is sometimes performed, there is no record left to help this be recorded in the patient's medical history of all the points evaluated in Safe Surgery setting aside patient safety and having a high probability of error and damage to the surgical patient in the second trimester management 2020.

### Keywords

**Surgery** Medical practice consisting of the mechanical manipulation of anatomical structures by surgical instruments, in order to perform a treatment or diagnosis.

# INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	3
3. ANTECEDENTES .....	4
4. MARCO CONTEXTUAL.....	9
5. MARCO TEORICO .....	12
5.1. Definiciones .....	12
5.8. Personal de Enfermería .....	38
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	40
7. OBJETIVOS.....	42
7.1. OBJETIVO GENERAL.....	42
7.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	42
8. DISEÑO METODOLOGICO.....	43
8.1. Tipo de estudio .....	43
8.2. Área de estudio .....	44
8.3. Universo y Muestra.....	44
8.4. Criterios de Inclusión y Exclusión .....	44
8.5. Listado de Variables .....	45
8.7. Técnicas y procedimientos.....	49
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	50
10. RESULTADOS.....	51
11. CONCLUSIONES .....	63
12. RECOMENDACIONES .....	65
13. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	66
16. ANEXO-PROPUESTA DE INTERVENCION.....	69

## INDICE DE TABLAS

Página

TABLA 1: GENERO DEL PERSONAL DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020.....	51
TABLA 2: EL PERSONAL DE ENFERMERIA VIRIFICA QUE SE OPERA AL PACIENTE CORRECTO CONFIRMANDO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ .....	52
TABLA 3: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA QUE LA HISTORIA CLÍNICA TIENE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (RX, LAB., TAC, ETC.).....	53
TABLA 4: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA SI EL PACIENTE TIENE ALERGIAS.....	54
TABLA 5: CONFIRMA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁN PRESENTES, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020.....	55
TABLA 6: SE REALIZA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTE PRE OPERADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 .....	56
TABLA 7: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RECONOCE EL ÁREA DE MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO	57
TABLA 8 : EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL, ROPA QUIRÚRGICA, CON LOS RESULTADOS DE LOS CONTROLES QUÍMICOS .....	58
TABLA 9: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 CONFIRMA EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RECUENTO DE GASAS Y VERIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO .....	59
TABLA 10: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RESGUARDA LAS MUESTRAS DE LOS PACIENTES PARA LOS DIFERENTES ESTUDIOS CON EL ETIQUETADO CORRECTO.....	60
TABLA 11: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA EL ESTADO DEL PACIENTE POST ANESTESIA QUE NO ESTÉ AÚN BAJO EFECTOS DE LA MISMA .....	61
TABLA 12: PARA TODO LO ANTES MENCIONADO TIENE ALGÚN REGISTRO DE FÁCIL USO NORMADO Y CONOCIDO (QUE NO SEA EL REPORTE DE ENFERMERÍA); QUE LO APLIQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CLÍNICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ.....	62
TABLA 13: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020 QUE SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO DE MANERA DIRECTA E INDIRECTA, PASO ALGÚN CURSO SOBRE CIRUGÍA SEGURA O LES ENSEÑARON SOBRE LO QUE IMPLICA LA MISMA. ....	62

## INDICE DE GRAFICOS

	<u>Página</u>
GRAFICO 1: GENERO DEL PERSONAL DE QUIROFANO DE LA CLINICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020.....	51
GRAFICO 2: EL PERSONAL DE ENFERMERIA VIRIFICA QUE SE OPERA AL PACIENTE CORRECTO CONFIRMANDO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ .....	52
GRAFICO 3: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA QUE LA HISTORIA CLÍNICA TIENE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (RX, LAB., TAC, ETC.).....	53
GRAFICO 4: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA SI EL PACIENTE TIENE ALERGIAS.....	54
GRAFICO 5: CONFIRMA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁN PRESENTES, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 .....	55
GRAFICO 6: SE REALIZA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTE PRE OPERADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 .....	56
GRAFICA 7: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RECONOCE EL ÁREA DE MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO	57
GRAFICO 8: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL, ROPA QUIRÚRGICA, CON LOS RESULTADOS DE LOS CONTROLES QUÍMICOS .....	58
GRAFICO 9: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 CONFIRMA EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RECUENTO DE GASAS Y VERIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO .....	59
GRAFICO 10: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RESGUARDA LAS MUESTRAS DE LOS PACIENTES PARA LOS DIFERENTES ESTUDIOS CON EL ETIQUETADO CORRECTO.....	60
GRAFICO 11: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA EL ESTADO DEL PACIENTE POST ANESTESIA QUE NO ESTÉ AÚN BAJO EFECTOS DE LA MISMA .....	61



## 1. INTRODUCCIÓN

la Organización Mundial de la Salud (OMS) , define la Cirugía Segura – Salva Vidas es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura con una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico. (1)

La OMS implementa la cirugía segura al identificar los diez objetivos esenciales para cirugía segura que fueron las bases para ser condensados en un 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. El checklist se presenta generalmente en forma de preguntas que se responden de forma binaria. La lista de verificación es una de las formas más objetivas de valorar el estado de aquello que se somete a control.

Con el fin de reducir los eventos adversos evitables, el listado de verificación de seguridad quirúrgica es una herramienta útil dentro de las estrategias para dar seguridad a las intervenciones planteadas en la atención sanitaria en todo el mundo.

El hito inicial, que demostró los beneficios de utilizar la lista de verificación de seguridad quirúrgica, fue un estudio realizado por expertos de la OMS en ocho países. Se investigó un total de 7.688 pacientes, de los cuales 3.733 enfermeros fueron investigados antes de utilizar la lista de verificación y 3.955 después de llenar la lista de verificación, lo que evidenció una reducción del 36% en las complicaciones quirúrgicas, el 47% en la mortalidad, el 50% en las tasas de infección y el 25% en la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. (1)

Los cuerpos extraños olvidados en el paciente constituyen gran número de problemas deontológicos, legales y económicos, así como la presentación de un gran número de pleitos. La enfermera instrumentista, junto con la enfermera circulante y el cirujano responsable del quirófano en ese momento deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes e instrumental. Las medidas de seguridad a fin de evitar la pérdida de objetos quirúrgicos dentro de la cavidad abdominal incluyen ciertas reglas concernientes a su utilización. Estas reglas están casi universalmente aceptadas y deben ser seguidas con exactitud. Su infracción pone en peligro la vida del paciente, ya que se puede producir infección postoperatoria o una enfermedad si queda un objeto dentro de la herida quirúrgica. Las consecuencias de cualquier material perdido son serias, ya que el organismo responderá a cualquier cuerpo extraño. El incremento de la inflamación en la herida quirúrgica, la supuración, la fiebre y la infección son consecuencias posibles.

En un paciente anciano, pediátrico o con un estado de salud comprometido esta situación sería una carga añadida al gasto energético que supone una cirugía.

Por ello, para asegurarle al paciente la adecuada protección, los materiales se cuentan antes y después de su uso. Las cantidades y tipos de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes, instrumental varían en cada intervención quirúrgica.

Dado que los recuentos de material se consideran como algo esencial para la práctica segura, el equipo de quirófano que omita su recuento y el centro que no establece procedimientos para dicho recuento podrían estar en una posición legal difícil.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación es importante, dado que en la actualidad existe carencia de estudios sobre el presente tema tanto a nivel institucional, regional y nacional. Dada la relevancia del significado y su importancia, los beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión de cirugía segura de, como enfermera y personal de salud creo conveniente realizar un estudio sobre la aplicación cirugía segura, en la Clínica de la Caja de salud CORDES, para conocer su ejecución y su conocimiento y así determinar la necesidad de una herramienta para garantizar la Cirugía Segura. Los resultados nos permitirán, describir la necesidad de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, cuál es el rol de la enfermera, cuál su nivel de información y compromiso, así como analizar este aparente desinterés por la aplicación de la lista de chequeo, que ha demostrado ser tan valioso, identificando las falencias de los integrantes del equipo quirúrgico, acerca de la utilidad y aplicación del mismo y lo que este supone, sin predecir la exposición a que someten al paciente en relación a su seguridad física y a ellos en su responsabilidad administrativa y legal.

Esta investigación será de gran utilidad, ya que sus resultados beneficiaran a toda la población asegurada de la Clínica de la Caja de salud CORDES siendo un significativo número de personas que diariamente se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones que no se conocen, porque no hay registros. Permitirá implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano, de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro y por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema "Cirugía segura- salva vidas" Así mismo, la actualidad de este tema y los resultados que de él se obtengan, serán un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que profundice o amplíe las múltiples aristas que este interesante tema exhibe . Siendo a su vez una herramienta de fácil uso y si se adecua a la institución evitaría el riesgo médico legal que esta tan latente en este tiempo y tener el registro escrito y normado de datos tan importantes en el pre, trans y post-operatorio.

### **3. ANTECEDENTES**

Las investigaciones realizadas sobre el listado de verificación de cirugía segura, A nivel Bolivia, La Paz, Caja de Salud CORDES La Paz no se tienen estudios realizados sobre la implementación de la cirugía segura ni el listado de verificación de cirugía segura. Sin embargo, se han encontrado investigaciones similares a nivel internacional y Sud América.

**En Medellín, Colombia,** Hospital General de Medellín en el 2011; Collazos, Constanza, Bermúdez Liliana, Quintero, Álvaro y col., realizaron la investigación titulada “Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente” Introducción: La campaña «Cirugía segura salva vidas» de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basada en la lista de verificación, busca mejorar la seguridad de las cirugías. El Hospital General de Medellín (HGM) implementó la lista de chequeo en junio de 2009. 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 en el HGM (Colombia). Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes de cirugía mayor del HGM atendidos en febrero y marzo de 2011. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. Se comparó el número de eventos adversos en cirugía antes y después de la implementación de la lista de verificación. Resultados: Un total de 246 pacientes aceptaron participar en el estudio. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. El 97% de los pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación (7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010). Conclusiones: La aplicación de la lista de verificación de la OMS se cumple en el HGM. La incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación. (2)

**En Buenos Aires, Argentina,** Hospital de Clínicas José de San Martín en el 2012; Arribalzadga Eduardo, Lupica Liliana, Maris Stella y Ferraina Pedro, realizaron la investigación titulada “Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura” Antecedentes: El listado de verificación de los procedimientos es una herramienta útil dentro de las estrategias para seguridad de las intervenciones quirúrgicas. Objetivo: Utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas. Lugar: División Quirófanos de Hospital Universitario Estatal. Diseño: Observacional exploratorio prospectivo con análisis retrospectivo. Población: Operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12 meses. Método: Indicación a viva voz en distintos momentos operatorios de un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anestesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante. Resultados: Hubo 3680 operaciones programadas con implementación del listado de verificación en el 100% de los casos. Hubo 2116 fallas (57,5%): de ellas, atribuibles al factor humano el 98,12% y técnico-mecánicas sólo el 0,18%. En el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intraoperatorio, la falta de previsión de eventos críticos y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gasas. . Conclusión: La incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante. (3)

**En Guadalajara, Jalisco, México,** institución médica privada e el 2011; Arenas Humberto, Hernández Jaime, Carvajal José, Jiménez Jorge, Baltazar Itamar y Flores Martha, realizaron la investigación titulada “Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes” Objetivo: Evaluar los resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en todos los pacientes sometidos a cirugía por nuestro equipo de trabajo. Diseño: Estudio clínico prospectivo, transversal, observacional, descriptivo. Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas. Material y métodos: Se aplicó la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes sometidos a cirugía electiva y de urgencia en la especialidad de Cirugía General realizada por el mismo equipo quirúrgico. Se

clasificaron los eventos encontrados que alteraron el flujo de la cirugía relacionados con factores ambientales, de tecnología e insumos, trabajo en equipo, entrenamiento y procedimientos y otros. Resultados: En los 60 pacientes en los que se aplicó la lista de verificación se detectaron 36 eventos que alteraron el flujo normal de la cirugía sin impactar en el paciente y, de éstos, 13 fueron cuasifallas. Las cuasifallas detectadas fueron una fuga de Sevorane y fuga de oxígeno en máquinas de anestesia, falta de una aguja de sutura en el conteo final, que se encontró en cavidad, bultos de cirugía mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por mal manejo del personal, engrapadoras erróneas para procedimiento a realizar, paciente bajo bloqueo espinal al que no se le sujetaron los brazos y ocasionó contaminación del campo quirúrgico. Todos estos hechos ocasionaron una interrupción del flujo quirúrgico. Conclusión: La lista de verificación es una herramienta sumamente útil para la reducción de eventos adversos en un procedimiento quirúrgico. (4)

**En Curitiba, PR, Brasil**, Hospital público de enseñanza del Sur de Brasil en el 2017; Taporosky Francine, De Almeida Elaine, Dyniewicz Ana, De Fátima María, Bauer Ana y De Souza Gabriela, realizaron la investigación titulada “Cirugía Segura: Validación de Checklist pre y postoperatorio” Objetivo: desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica. Método: investigación metodológica llevada a cabo en un amplio hospital público de enseñanza del Sur de Brasil, con aplicación de los principios del Programa de Cirugía Segura Salva Vidas de la Organización Mundial de la Salud. El checklist se aplicó a 16 enfermeros de 8 unidades quirúrgicas y fue sometida a validación por ocho expertos utilizando el método Delphi en línea. Resultados: el instrumento fue validado y se logró una puntuación media  $\geq 1$ , grado de acuerdo  $\geq 75\%$  y alfa de Cronbach  $> 0.90$ . La versión final incluyó 97 indicadores de seguridad organizados en seis categorías: identificación, preoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio inmediato, otras complicaciones quirúrgicas y alta hospitalaria. Conclusión: el Checklist de Seguridad Quirúrgica en el Período Pre y Postoperatorio es otra estrategia más para promover la seguridad del paciente, ya que permite monitorear los signos y

síntomas predictivos de las complicaciones quirúrgicas y la detección temprana de eventos adversos. (5)

**En Murcia, España**, en 9 Hospitales Públicos en 2011, Soria Víctor, André ZeNewton, Saturno Pedro, Grau-Polan y Carrillo Andre, realizaron la investigación titulada “Dificultades en la implantación del Checklist en los Quirófanos de Cirugía”  
Objetivo: Valorar el grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) propuesto por la OMS, en los servicios de cirugía de los hospitales públicos de la región de Murcia.  
Metodología: Estudio transversal retrospectivo para el que se realizó un muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. El tamaño de la muestra se estableció en 10 casos por centro con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. El análisis de datos incluye el porcentaje de cumplimiento de las variables de interés (presencia del LVQ y la cumplimentación del mismo, completa, por apartados y por ítems) a nivel regional y según el hospital, grupos de hospitales según tamaño; el tipo de anestesia (local, regional o general); y el turno de trabajo (mañana o tarde); así como la edad y sexo de los pacientes intervenidos.  
Resultados: El listado se encontraba en la historia clínica en 75 casos (83,33%; IC 95%: 78,7- 87,5%), y cumplimentado en su totalidad en 25 casos (27,8%; IC 95%: 18,5-37,0%). El porcentaje de ítems cumplimentados fue del 70,1% (IC 95%: 67,9%-72,2%). El porcentaje de cumplimentación varía por hospital desde un 35,8 hasta un 98,9%. La regresión logística mostro´ como variables significativas el tamaño de hospital (en los hospitales pequeños y medianos es más probable cumplimentar el listado) y operaciones con anestesia local como factor predictor negativo de cumplimentación.  
Conclusiones: El LVQ se utiliza pero no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además existe una variabilidad importante entre los distintos hospitales públicos de la Región de Murcia. (6)

**En Lima, Perú,** Hospital Nacional Dos de Mayo en 2015, del Pilar Fabiola, realizo la investigación titulada “Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015” Objetivo. Determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Material y método. El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes postoperados inmediatos y la muestra fue 57 de las mismas. La técnica utilizada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. Resultados. Del 100% (57) Historias clínicas, un 68% (39) no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32%(18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) No Cumple. Conclusiones. La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo un porcentaje significativo cumple 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. (7)

En Bolivia si se implementó por algunas instituciones las cuales adaptaron a su realidad la cirugía segura, pero no existe aún la publicación de Algún artículo científico, pero se usa en Hospital obrero N°1, Hospital del Norte, Banca Privada, Clínicas privadas.

#### **4. MARCO CONTEXTUAL**

CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ: De acuerdo a los antecedentes históricos y documentales, la Caja de Salud que actualmente se denomina Caja de Salud CORDES, fue creada por Resolución Suprema N° 170488 de fecha 11 de septiembre de 1973, bajo el nombre y denominativo de Seguro Social de Corporación Boliviana de Fomento-CBF. La Caja de Salud CORDES, es una Institución descentralizada de derecho público con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio propio, encargada de la administración de seguros de salud para los trabajadores asegurados y beneficiarios afiliados a la entidad por la vía del Seguro Social Obligatorio y Voluntario.

Su personalidad jurídica emerge de la Ley 0924 de 15 de abril de 1987, Decreto Supremo 21637 del 25 de junio de 1987, Resolución Administrativa N° 03-026-93 de fecha 6 de julio de 1993, expedida por el Instituto Boliviano de Seguridad Social, Ley 1788 de 16 de septiembre de 1997 y Decreto Supremo 24855 del 22 de septiembre de 1997. (8)

Oficina Central: La Paz. Av. Arce No 2419. Teléfono: (591)-2-2441611 - 2442192

#### **Unidad Quirúrgica**

El área de quirófano se encuentra en el subsuelo del edificio, Próximo a las unidades de recuperación, unidad de Esterilización almacén de equipos, unidad de neonatología.

#### **Misión del Área Quirúrgica:**

Brindar atención de enfermería de calidad durante el desarrollo de los procesos quirúrgicos en las etapas de: preoperatorio; transoperatorio y postoperatorio, contribuyendo en forma oportuna a la calidad y seguridad en la atención de los usuarios internos y externos

#### **Misión del Área Quirúrgica:**

Ser la unidad quirúrgica de excelencia con recurso humano calificado que garantice los procesos de atención con calidad y seguridad a los usuarios internos y externos.

El área quirúrgica es un área restringida con las respectivas zonas delimitadas:

- Área negra: cuenta con vestuario , área de descanso, pasillo , baño , circulación libre
- Área gris: delimitada para el personal vestido con uniforme quirúrgico donde se encuentran almacén de equipos e insumos médicos , lavamanos
- Área blanca: los quirófanos donde se realizan las cirugías son de acceso únicamente personal del equipo quirúrgico son tres quirófanos.

#### **Descripción del área quirúrgica:**

- Los quirófanos son de forma circular con revestimiento lavable desde el piso hasta el techo.
- Iluminación adecuada natural y artificial en pasillos y quirófanos.
- Lámparas cialíticas en mal estado
- Sistema de aire en mal estado
- Sistema de regulación de temperatura y humedad no cuenta
- Agua potable
- Cuneta con desagües y lava Bobos
- Oxígeno , aspiración centralizado
- Piletas de lavado de manos de fosa profunda
- Teléfono interno
- Almacén intermedio para residuos sólidos generados en quirófano

Gestión de residuos según normativa ya que se produce según clasificación: Clase A, Clase B y C todos estos identificados y también un área para el almacenamiento de patologías identificadas para el traslado a patología.

#### **Recursos Humanos**

Cinco técnicas de enfermería instrumentadoras turnos de 24 horas cada cuarto día, que cumplen funciones múltiples como ser en el área de la central de esterilización, área quirúrgica y recuperación (en caso de que no suba personal para que se haga cargo)

Cinco circulantes de quirófano auxiliares de enfermería en turnos de 24 horas cada cuarto turno.

#### Horarios de Trabajo

Grupo A-24 horas	Grupo B-24 horas	Grupo C-24 horas	Grupo D-24 horas
GRUPO APOYO TURNO MAÑANA 7:30 A 15:00			

Uniforme: pijama, gorro, Barbijo, Calzado quirúrgico o botas

#### **Organización Administrativa del Área Quirúrgica**

Cuenta con:

- Jefe del departamento de enfermería- EXTERNA.
- Supervisoras de turnos- EXTERNA.
- Responsable de quirófano- INTERNA.
- Técnicas de enfermería instrumentadoras turnos 24 horas.
- Auxiliar de enfermería circulantes turnos 24 horas.
- Una instrumentadora y circulante de apoyo en el turno de la mañana de 8 horas de lunes a viernes.
- Personal de limpieza exclusivo del área.

## 5. MARCO TEORICO

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. (9)

Aporte personal: se reconoce hace muchos años atrás la implementación de cirugía segura pero en la actualidad en la revisión detallada a nivel nacional no se evidencia una normativa con las especificaciones de la OMS haciendo difícil ligarnos a la normativa NACIONAL por el contrario como se cuenta con la normativa internacional es una base para el conocimiento y desempeño de mi trabajo.

Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS. (4)

### 5.1. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define cirugía segura a través de su reto “Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo. Es un conjunto básico de normas que se aplican en el proceso quirúrgico para otorgar calidad y seguridad del paciente, en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. (10)

La Revista Colombiana de Anestesiología define Cirugía Segura como la seguridad del paciente que constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. (11)

La Especialista en Centro Quirúrgico Dra. Fabiola del Pilar Izquierdo Baca de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Define Cirugía Segura como garantía el principal fin es la seguridad del paciente, evita las complicaciones previsibles y promueve la seguridad de ambos. (12)

## **5.2. LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ES UNA PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA**

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo-eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150

operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

### **5.3. Cirugía Segura**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve una cirugía segura a través de su reto “Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo. Es un conjunto básico de normas que se aplican en el proceso quirúrgico para otorgar calidad y seguridad del paciente, en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. (10)

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. (13).

### **5.4. Lista de verificación quirúrgica (chek list)**

La OMS creó en el año 2009 el **checklist** o lista de verificación quirúrgica (LVQ), una sencilla herramienta que tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras y a su vez los cuidados de calidad para garantizar la seguridad del paciente en quirófano.

La lista de verificación de seguridad quirúrgica o checklist tiene como objetivos reforzar las prácticas seguras, reducir los daños del paciente, registrar cualquier tipo de acontecimiento adverso para su posterior estudio, fomentar una mejor

comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas e introducir una cultura que valore estos objetivos. (1)

La implantación de la lista de verificación quirúrgica (LVQ), en centros hospitalarios es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para el éxito de una medida de este tipo es que los profesionales la consideren útil y se impliquen en el proceso de implantación, cumplimiento y posterior seguimiento de la medida para evaluar sus efectos. (14)

El valor del *Checklist* quirúrgico no se puede establecer de forma aislada e independiente del conjunto de medidas transversales que supone el desarrollo e implantación de una cultura de seguridad en un centro. De esta forma, la LVQ será más efectiva cuanto mayor sea la cultura de seguridad del centro o servicio en el que se haya implantado.

Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas Sanitarios.

Entre las prácticas recomendadas para la prevención de eventos adversos, destaca la LVQ, un breve cuestionario que, sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros hospitalarios, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos y permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o, por el contrario, obedece a fallos técnico-sistémicos. (14)

### **5.5. Aplicación del checklist en la cirugía según la OMS**

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. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o

inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. (15)

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación. (15)

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de

intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. (15)

En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (15)

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, intra-operatorios o post-operatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista (15)

## **5.6. Cinco datos sobre la seguridad de la cirugía**

1. Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
2. La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%.
3. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
4. El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
5. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo.

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.

- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

### **5.7. Los diez objetivos esenciales para cirugía segura**

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes y potencialmente mortales que conlleva una atención quirúrgica poco segura.

Los cuatro grupos de trabajo definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica.

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.

Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.

Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.

Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.

Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.

Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.

Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.

Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Esos objetivos se condensaron en una lista de verificación de una página que los profesionales sanitarios podrán utilizar para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad. Esa lista, denominada Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, está siendo evaluada en centros piloto para comprobar que es robusta, ampliamente aplicable y capaz de mejorar la seguridad y la calidad de la atención quirúrgica en diversos entornos. La experiencia adquirida en los centros piloto se aplicará en el marco del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente cuando se fomente el uso de la Lista de verificación en los quirófanos de todo el mundo. (9)

### **5.7. La lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía**

La Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente colaboró con numerosas personas de todas las regiones de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, anestesia , enfermería, enfermedades infecciosas, epidemiología, ingeniería biomédica, sistemas de salud, mejora de la calidad y otros campos conexos, además de

pacientes y grupos de defensa de la seguridad del paciente. Entre todos identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. El resultado es la Lista de verificación, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para lo clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios. El primero fue la simplicidad. Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

La Lista de verificación ayudará a garantizar que los equipos sigan 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.

Instrucciones breves sobre cómo utilizar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

Es fundamental que el proceso de verificación de la Lista lo dirija una sola persona.

Por lo general el responsable de marcar las casillas de la Lista será una enfermera, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el

periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Antes de la inducción de la anestesia (Entrada), el encargado de rellenar la Lista de verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (Pausa quirúrgica) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la Salida, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (1)

La lista de verificación es un instrumento práctico que nos sirve para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos prevenibles, la seguridad del Paciente de la OMS —con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeras, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo— ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Esta Lista de verificación tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. (16)

**Alianza mundial OMS para la seguridad del paciente lista de verificación de la seguridad de la cirugía la cirugía segura salva vidas.**

### **Aplicación**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa

La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado

una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación 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.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

**La Lista de Verificación no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.**

En el presente manual, por “equipo quirúrgico” se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. El equipo quirúrgico al que se hace referencia en el presente manual se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación.

El presente manual presenta propuestas para la aplicación de la Lista de verificación, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias. La inclusión de cada medida de control en la Lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. La Lista de verificación también se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la Lista de verificación y

a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal.

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

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.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador.

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “**Entrada**”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador

de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.

Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

En la **“Pausa quirúrgica”**, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la **“Salida”**, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que 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. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación.

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

La fase de **“Entrada”** requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación se explican pormenorizadamente los distintos apartados de la “Entrada”:

### **El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento**

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es

esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omite este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

### **Demarcación del sitio/no procede**

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

### **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

### **Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento**

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal

es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

### **¿Tiene el paciente alergias conocidas?**

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

### **¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración?**

El Coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del

equipo de enfermería— deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

### **¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en los niños)?**

En este punto, el Coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la “Pausa quirúrgica” el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

## **EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA FASE DE “ENTRADA” Y PUEDE PROCEDERSE A LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.**

### **Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función**

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

### **Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento**

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación nacionales e internacionales. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

## **Previsión de eventos críticos**

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

## **El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista**

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o imprevistos” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

## **El equipo de anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico**

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende

que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: “Este caso no presenta problemas especiales”.

**El equipo de enfermería revisa si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos**

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”

**¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?**

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos

antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo.

### **¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?**

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la “pausa quirúrgica”, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

### **EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA “PAUSA QUIRÚRGICA” Y EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACIÓN.**

La fase de “**Salida**” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesiista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida. Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

### **El enfermero confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado**

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta:

“¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”

**El enfermero confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)**

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

**El enfermero confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras (incluido el nombre del paciente)**

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

**El enfermero confirma verbalmente con el equipo si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos**

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

## **El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente**

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

**Con esta última medida se completa la lista de verificación de la seguridad. si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente o archivarla para fines de control de la calidad.**

## **FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD**

“Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.”

### **Modificación de la lista**

La Lista de verificación puede modificarse teniendo en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizaren el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.

Por razones de brevedad, la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretendió ser exhaustiva. Es posible que los diferentes centros quieran añadir otras medidas a esa Lista. Los equipos deberían considerar la posibilidad de añadir controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las

medidas de seguridad fundamentales. Como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o Warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que sean fundamentales antes de la operación. Se recomienda que cada centro reformatee, reordene o revise la Lista de verificación para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el cumplimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. No obstante, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar.

### **Introducción de la lista en el quirófano**

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la Lista de verificación. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La aplicación exitosa de la Lista de verificación requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla

realidad. Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición. Las listas de verificación han sido útiles en entornos muy distintos, entre ellos los asistenciales. Esta Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía se ha utilizado satisfactoriamente en una amplia gama de centros sanitarios con diferentes recursos. La experiencia demuestra que los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la Lista de verificación son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica.

### **5.8. Personal de Enfermería en Quirófano**

La enfermera de quirófano proporciona cuidados al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica. Este tipo de asistencia suele realizarse en un medio particular, con equipo especial y requiere que la enfermera tenga un buen adiestramiento. Esta debe contar con conocimientos sobre técnicas asépticas, métodos de esterilización y desinfección, tipos de anestesia, posiciones del enfermo anestesiado y ayuda al cirujano, anesthesiólogo, asiste al paciente en la unidad de recuperación post anestésica en el post operatorio inmediato, brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor. La sala de recuperación post anestésica debe ser siempre un medio seguro y aceptable en el que pueda realizarse la recuperación post anestésica. Esto es de mayor importancia, y para lograr que este medio sea, el personal de enfermería debe tener conocimientos completos de su trabajo y sus responsabilidades.

Calidad de los servicios de enfermería.- En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que este mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, amén de que interactúa con todos los subsistemas de las unidades

de atención. Por ello adquiere gran importancia su integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos. (17)

La garantía de la calidad en enfermería atañe al proceso mediante el cual se establecen una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos. (18)

La OPS propone la ampliación del rol de enfermeros y enfermeras de práctica avanzada, como una respuesta a las crecientes necesidades de salud de la población, considerando al enfermero y enfermera de práctica avanzada como un profesional con formación de posgrado que, integrado al equipo interprofesional de los servicios de APS, contribuye a la gestión de los cuidados de las personas con factores de riesgo, enfermedades agudas leves y trastornos crónicos diagnosticados según los protocolos. El ejercicio profesional es amplio y está bien diferenciado de aquel que desempeña el enfermero general en servicios de primer nivel, sobre todo en el grado de autonomía en la toma de decisiones según el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de los pacientes (6). En un futuro cercano, la presencia de enfermeros con roles ampliados, con formación en niveles avanzados y participación en los equipos interprofesionales de salud, puede convertirse en una realidad en todos los países y no sólo en aquellos con mayor desarrollo económico donde ese profesional ya es reconocido, valorado y está incluido en el modelo de atención de salud. (7)

## **6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La caja de salud CORDES La Paz, actualmente cuenta con tres quirófanos en los que se realiza cirugías de las diversas especialidades (traumatología, cirugía adultos y pediátricos, urología, ginecología, otorrinolaringología, maxilofacial ya siendo estas de gran magnitud como de mínima invasión como es por vía laparoscópica), se realizan entre 8 a 10 cirugías diarias sin contar cirugías de emergencias mensualmente entre unas 120 cirugías mensuales y más de 1000 cirugías anuales teniendo un número aproximado de 20.000 asegurados con un equivalente a una cirugía por cada 45 asegurados. (1)

Para todas estas cirugías que se van realizando y practicando de manera no escrita ni fundamentada con una lista de verificación de la cirugía segura, la misma que sea normada durante todo el proceso quirúrgico, siendo que la OMS ya nos habla de cirugía segura desde el 2008 y fue aprobada e implementada en el mundo, además que es reconocida que su uso puede mejorar la seguridad de la cirugía. Por lo anterior se reconoce la necesidad de la concientización y el compromiso de todo el personal para que esta misma tenga éxito si se utilizara, hay que respaldar públicamente la idea de que la SEGURIDAD es la prioridad y la implementación del listado de verificación de la cirugía segura hará más seguras las intervenciones quirúrgicas cumpliendo los diez objetivos esenciales de cirugía segura y por ende la mejora de la atención de los pacientes de la institución. Todo se sigue con el ejemplo y enfermería es el mejor ejemplo de trabajo, y así evitar que nuestros asegurados sufran algún daño en su salud que es prevenible. El listado de verificación de cirugía segura es una herramienta necesaria y de gran demanda.

Al no existir una evidencia de Cirugía Segura, limita las responsabilidades rutinarias de los profesionales importantes detalles que pueden, finalmente dañar a los pacientes. (1)

El paciente tiene derecho a una atención clínica de calidad calidez y segura que permita modificar la planificación de la asistencia sanitaria a fin de eliminar los errores y eventos adversos que se producen durante el proceso de atención en pacientes quirúrgicos de nuestra institución. (7)

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES LA APLICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE GESTION 2020?

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la aplicación de Cirugía Segura en el servicio de quirófano de la Caja de Salud CORDES La Paz por el personal de enfermería en el segundo trimestre gestión 2020.

### **7.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

- Definir datos socio- demográficos del personal de enfermería que trabaja en quirófano.
- Describir el conocimiento que tiene el personal de quirófano sobre cirugía segura.
- Conocer como llevan a cabo la cirugía segura en acto quirúrgico y su registro.
- Proponer la aplicación de una herramienta estándar para la cirugía segura (listado de verificación o chek list)

## **8. DISEÑO METODOLOGICO**

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

Es un estudio observacional, descriptivo, deductivo y cuantitativo, de corte transversal donde se medirá la variable de aplicación de cirugía segura.

#### **Cuantitativo**

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas

#### **Descriptivo**

La investigación descriptiva es la que se utiliza para describir la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos o comunidades que es este abordando y que se pretenden analizar.

#### **Deductivo**

El método cuando se emplea como instrumento de trabajo, es un procedimiento en el que, comenzando por los datos, se acaba llegando a la teoría. Por tanto, se asciende de lo particular a lo general.

#### **Corte transversal**

El estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. Este tipo de estudio también se conoce como estudio de corte transversal, estudio transversal y estudio de prevalencia.

#### **Observacional**

Los estudios observacionales corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. (11)

## **8.2. Área de estudio**

El estudio se realizó en la clínica de la caja de salud CORDES, servicio de quirófano, cuenta con 3 quirófanos una sala de recuperación con 2 camas, una UMCCI con tres camas, servicio de esterilización. El horario de atención es durante las 24 horas del día y está conformada por especialistas en el área y/o profesionales altamente capacitados para la atención al usuario.

## **8.3. Universo y Muestra**

Se trabajo con el total de la población del personal de quirófano, que llegan a 10 enfermeras divididas en turnos de 24 horas en cuatro grupos y un equipo de instrumentadora y circulante de apoyo en turno de la mañana de 8 horas.

### **Muestra**

La muestra fue censal, se consideró censal por que se seleccionó el 100 % de la población al considerarla un numero manejable de sujetos.10 enfermeras del área quirúrgica.

## **8.4. Criterios de Inclusión y Exclusión**

### **Inclusión**

- Personal de quirófano que quiera participar de la investigación
- Enfermeras del área quirúrgica clínica de la CAJA CORDES La Paz

### **Exclusión**

- Personal de quirófano que no desee participar en el estudio
- Enfermeras de otras áreas o remplazos

## 8.5. Listado de Variables

1.	Genero
2.	Edad
3.	Años que ejerce la profesión en quirófano
4.	contacto con paciente quirúrgico
5.	Socializa con el paciente para proporcionar seguridad para el acto quirúrgico
6.	Conoce los diez objetivos esenciales para una cirugía segura
7.	Alguien le enseñó sobre lo que implica una cirugía segura
8.	Paso algún curso sobre cirugía segura
9.	Verificar que se opera al paciente correcto, consentimiento informado y sitio quirúrgico correcto
10.	Verificar si el paciente tiene alergias
11.	Confirmar la identidad del paciente y sitio quirúrgico antes de la cirugía
12.	Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes
13.	Realiza profilaxis antibiótica en pacientes pre operados
14.	Reconoce el área de marcado del sitio quirúrgico correcto
15.	Verifica que la historia clínica tiene exámenes complementarios (Rx., lab. TAC, etc.)
16.	Confirma el nombre del procedimiento, recuento de gasas y verificación del instrumental escrito después del acto quirúrgico
17.	Verifica la esterilidad del instrumental, ropa quirúrgica, con los resultados de los controles químicos
18.	Resguarda las muestras de los pacientes para los diferentes estudios con el etiquetado correcto
19.	Se verifica el estado del paciente post anestesia que no esté aún bajo efectos de la misma
20.	Para todo lo antes mencionado tiene algún registro de fácil uso normado y conocido (Que no sea el reporte de enfermería)

## 8.6. Operacionalización de Variables

Variable	Escala	Descripción	Indicador	ITEM	Instrumento de recolección de datos
Genero	Nominal	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino	Ser vivo que tiene órganos para ser fecundado	Nominal	Encuesta
	Ordinal		Ser vivo que posee órganos para fecundar	pregunta N°1	Encuesta
Edad	Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Fecha desde que salió del útero	pregunta N°2	Encuesta
Experiencia Laboral	Ordinal	Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo ha adquirido a partir de realizar la actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado	Fecha de ejercer la profesión	pregunta N°3	Encuesta
Cirugía segura	Ordinal	Procedimiento realizado en quirófano, mediante tratamiento	Verificar que se opera al paciente correcto, consentimiento informado y sitio quirúrgico correcto	pregunta N°4	Encuesta / ficha de observación

	Ordinal	quirúrgico, reduciendo el daño al paciente y asegurando el bienestar de la persona que está siendo intervenida	Verificar si el paciente tiene alergias	pregunta N°5	Encuesta / ficha de observación
Manejo individual sobre los diez objetivos esenciales para cirugía segura	Ordinal	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje	Confirmar la identidad del paciente y sitio quirúrgico antes de la cirugía	pregunta N°6	Encuesta / ficha de observación
	Ordinal		Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes	pregunta N°7 y 8	Encuesta / ficha de observación
Registros de los objetivos condensados en la Lista de verificación		Herramienta útil y fácil de usar para ayudar al equipo quirúrgico a reducir el daño al paciente resultado de la identificación de una serie de controles de seguridad antes de la inducción anestésica, incisión quirúrgica y antes de salir del quirófano	Realiza profilaxis antibiótica en pacientes pre operados Reconoce el área de marcado del sitio quirúrgico correcto	pregunta N°9 N°10	Encuesta / ficha de observación
			Verifica que la historia clínica tiene exámenes complementarios (Rx, lab. TAC, etc) Confirma el nombre del procedimiento, recuento de gasas y		Encuesta / ficha de observación
					pregunta N°11

			verificación del instrumental escrito después del acto quirúrgico		
			Verifica la esterilidad del instrumental, ropa quirúrgica, con los resultados de los controles químicos	Pregunta N°12	Encuesta / ficha de observación
			Resguarda las muestras de los pacientes para los diferentes estudios con el etiquetado correcto	Pregunta N°13	Encuesta / ficha de observación
			Se verifica el estado del paciente post anestesia que no esté aún bajo efectos de la misma	Pregunta N°15	Encuesta / ficha de observación
			Para todo lo antes mencionado tiene algún registro de fácil uso normado y conocido (Que no sea el reporte de enfermería)	Pregunta N°16	Encuesta / ficha de observación

## 8.7. Técnicas y procedimientos

### a. Obtención de información

TÉCNICA	INSTRUMENTO
ENCUESTA	CUESTIONARIO
OBSERVACIONAL	FICHA OBSERVACIONAL

La técnica utilizada es un método de cuestionario y ficha de observación como instrumento para establecer lo estudiado previa autorización del encuestado, para obtener la información sociodemográfica y laboral, como base de la cirugía segura de la OMS (Organización Mundial De La Salud), está construido por ítems en forma de la escala de Likert la cual es una herramienta de medición que, a diferencia de preguntas dicotómicas con respuestas de si/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos, como la cirugía segura se basa en objetivos planteados se verifica la realización de ellos.

### b. Procesamiento y análisis

Luego de la aplicación de la encuesta y ficha observacional, se organiza los datos recolectados para construir cuadros estadísticos y gráficos, para hacer los gráficos y tablas se emplean paquetes de computadora como ser Excel y Programa estadístico informático.

### c. Síntesis

Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos entendibles para todo aquel que vea el trabajo realizado.

## **9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El desarrollo de la presente investigación contempla los aspectos éticos de confidencialidad de la información otorgada manteniendo el anonimato del personal que fue encuestado, no atenta contra ningún principio de la institución ni vulnera ningún derecho.

Se realiza las respectivas cartas de solicitud de permiso para realizar el estudio a autoridades de la institución, consentimiento informado y validación del instrumento de recolección de datos, con apoyo de la institución ante el estudio realizado.

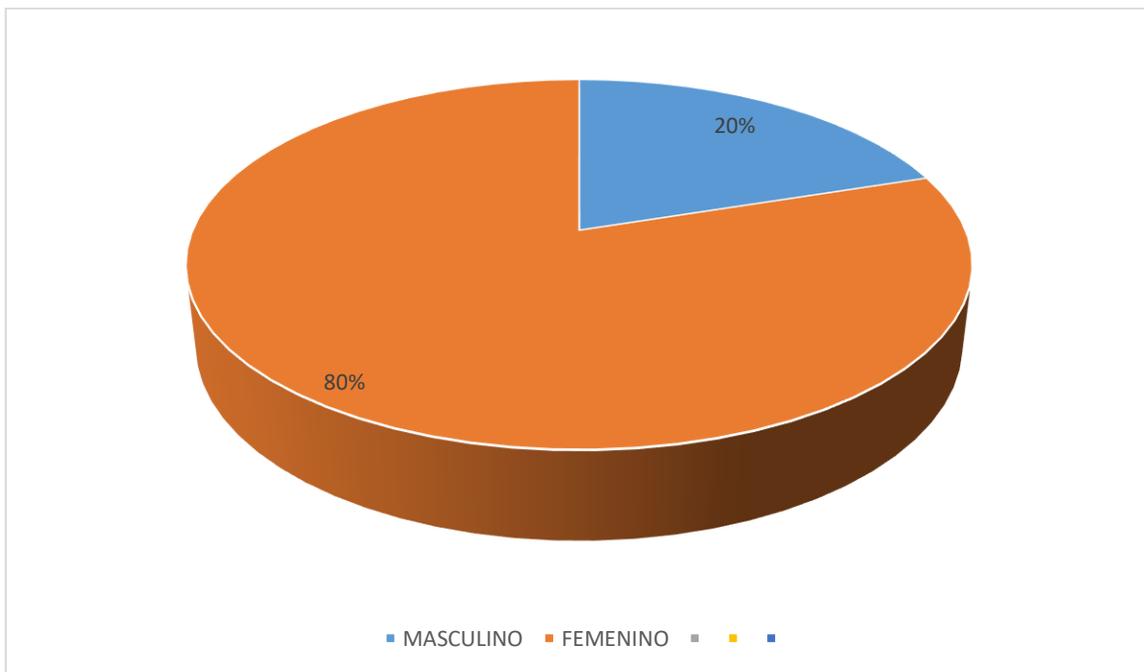
## 10. RESULTADOS

**TABLA 1: GENERO DEL PERSONAL DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020**

GENERO	N°	%
FEMENINO	8	80 %
MASCULINO	2	20 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 1: GENERO DEL PERSONAL DE QUIROFANO DE LA CLINICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

Análisis:

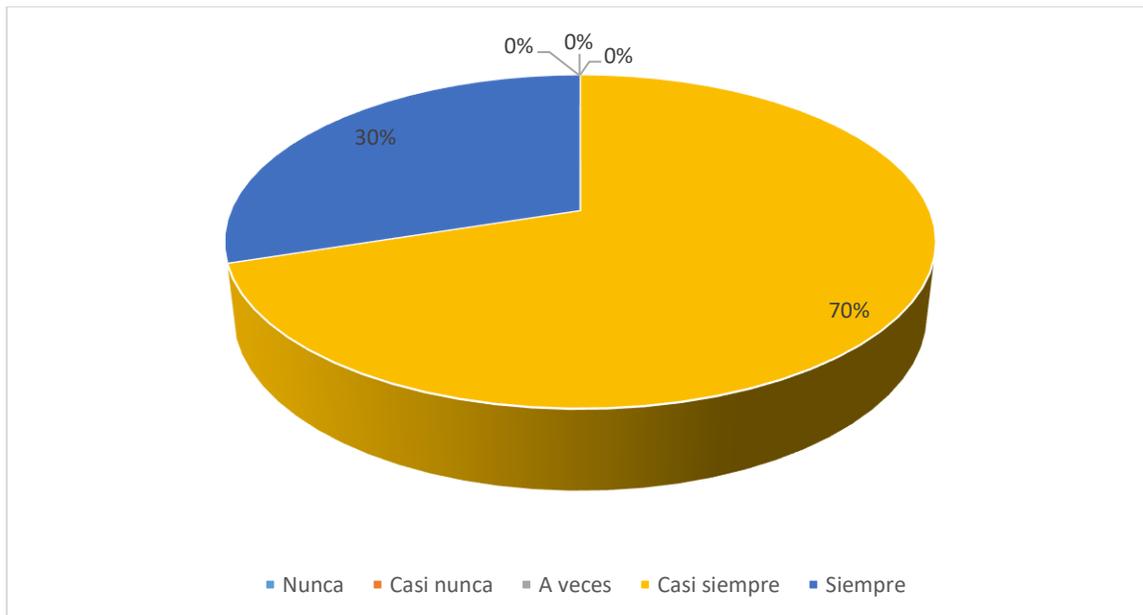
El personal de enfermería que trabaja en quirófano de la caja de salud CORDES son el 80% (8 personas) del género femenino y el 20 % (2 personas) del género masculino.

**TABLA 2: EL PERSONAL DE ENFERMERIA VIRIFICA QUE SE OPERA AL PACIENTE CORRECTO CONFIRMANDO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	0	0 %
Casi siempre	7	70 %
Siempre	3	30 %
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 2: EL PERSONAL DE ENFERMERIA VIRIFICA QUE SE OPERA AL PACIENTE CORRECTO CONFIRMANDO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

Análisis:

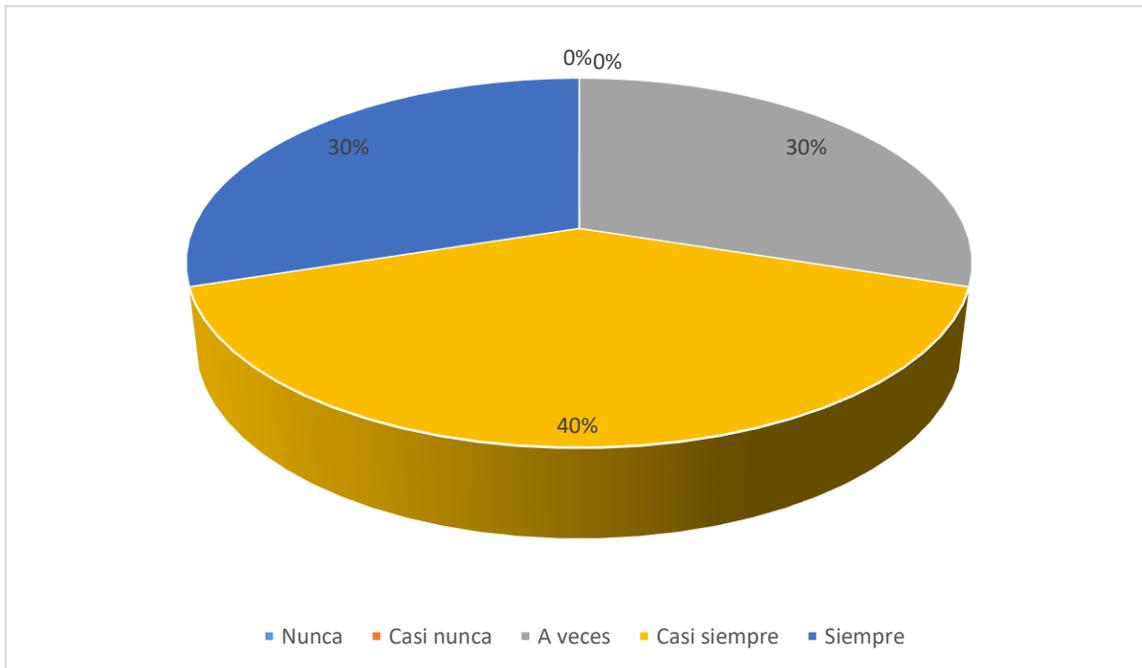
El personal de enfermería de quirófano un porcentaje del 70 % a veces Verifica que se opera al paciente correcto, confirma la identidad del paciente, consentimiento informado y 30 % casi siempre lo verifica.

**TABLA 3: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA QUE LA HISTORIA CLÍNICA TIENE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (RX, LAB., TAC, ETC.)**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	3	30 %
Casi siempre	4	40 %
Siempre	3	30 %
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 3: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA QUE LA HISTORIA CLÍNICA TIENE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (RX, LAB., TAC, ETC.)**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

Análisis:

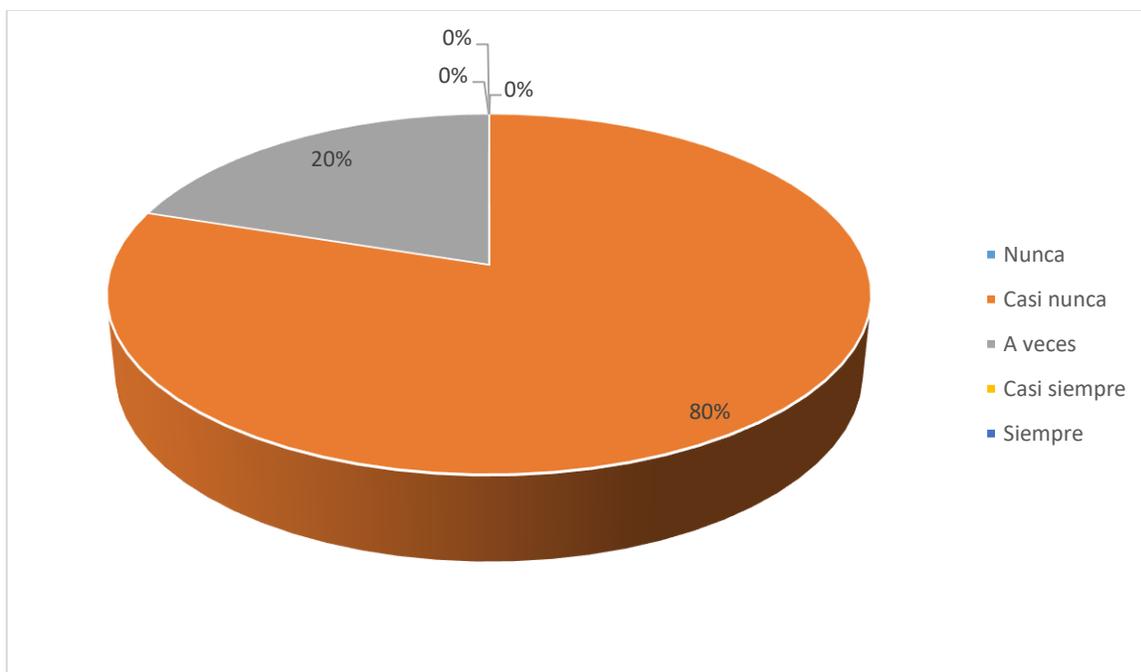
El personal de quirófano a la llegada del paciente a quirófano lo receptiona y revisa la historia clínica tiene exámenes complementarios (Rx, lab. TAC, etc.) Los que realizan esto nunca el 30 %, a veces el 30%, casi siempre el 40 %.

**TABLA 4: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA SI EL PACIENTE TIENE ALERGIAS**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	8	80 %
A veces	2	20 %
Casi siempre	0	0 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 4: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES VERIFICA SI EL PACIENTE TIENE ALERGIAS**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

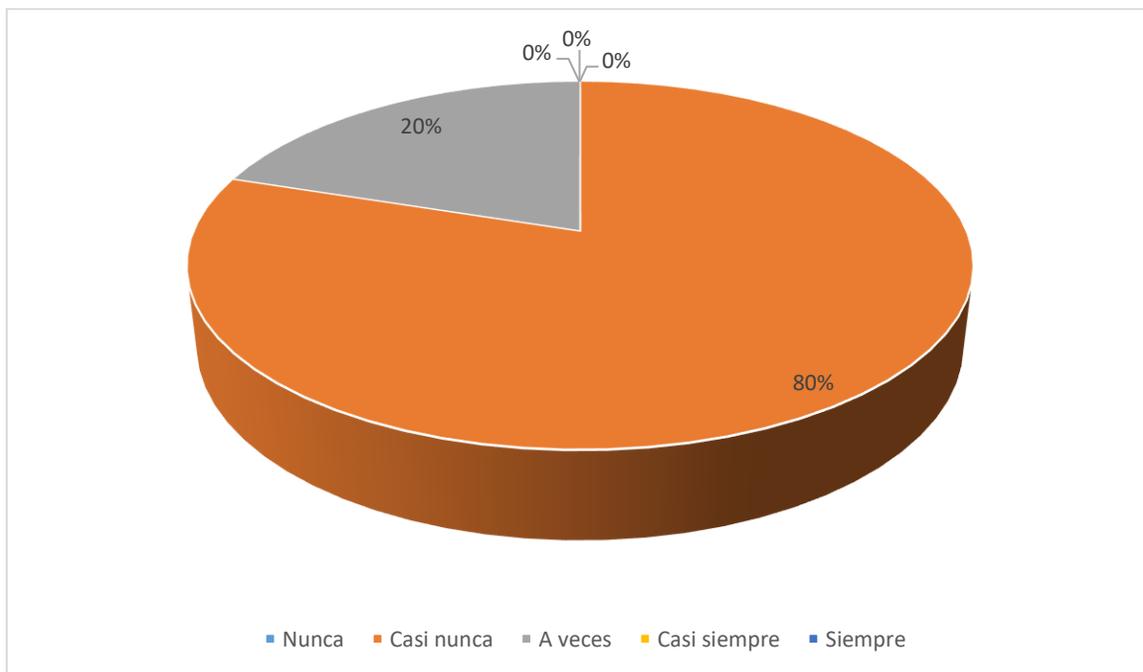
El personal antes de la cirugía el 80 % casi nunca confirma el nombre del procedimiento, confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes si el paciente tiene alergias y su profilaxis antibiótica y el 20 % a veces lo realiza.

**TABLA 5: CONFIRMA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁN PRESENTES, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	8	80 %
A veces	2	20 %
Casi siempre	0	0 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 5: CONFIRMA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁN PRESENTES, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

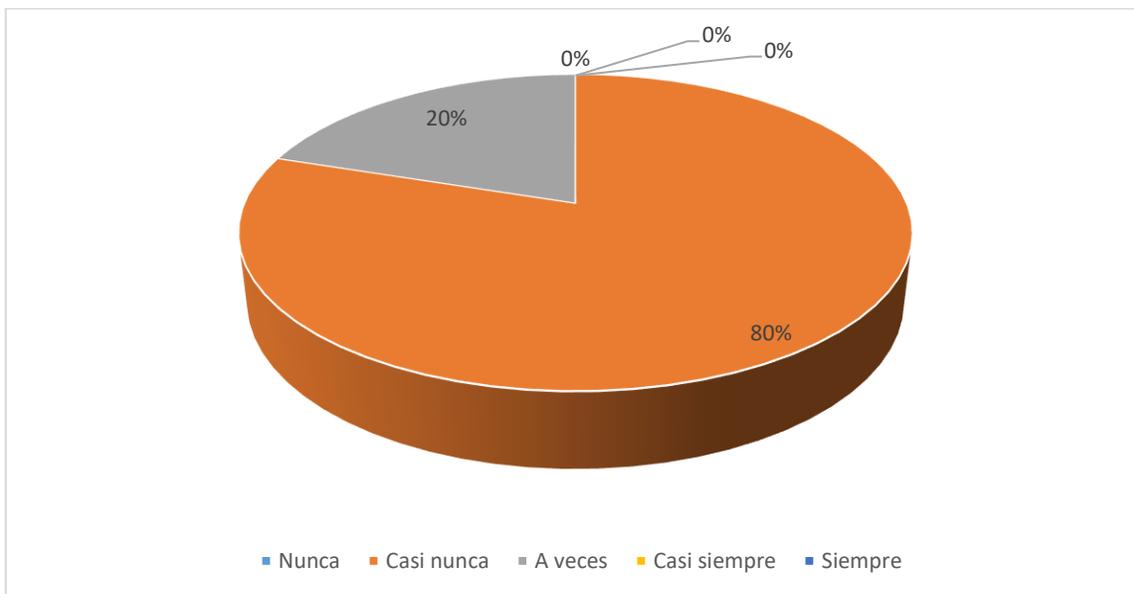
El personal antes de la cirugía el 80 % casi nunca confirma el nombre del procedimiento, confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes si el paciente tiene alergias y su profilaxis antibiótica y el 20 % a veces lo realiza.

**TABLA 6: SE REALIZA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTE PRE OPERADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	8	80 %
A veces	2	20 %
Casi siempre	0	0 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 6: SE REALIZA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTE PRE OPERADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

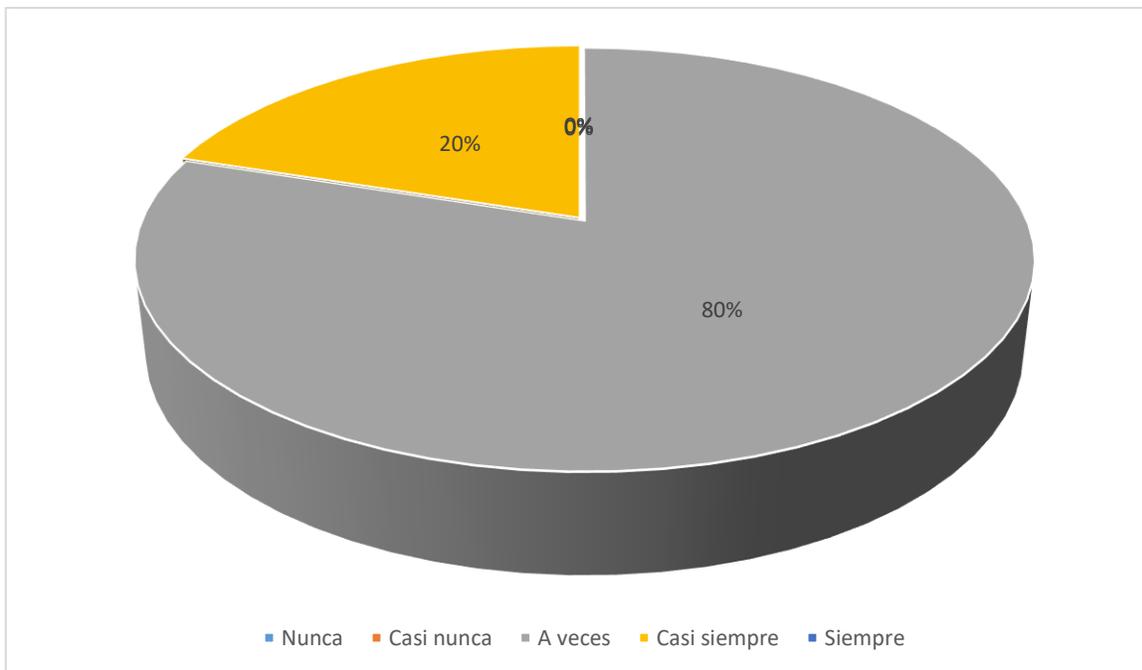
El personal antes de la cirugía el 80 % casi nunca confirma el nombre del procedimiento, confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes si el paciente tiene alergias y su profilaxis antibiótica y el 20 % a veces lo realiza.

**TABLA 7: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RECONOCE EL ÁREA DE MERCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	8	80 %
Casi siempre	2	20 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICA 7: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RECONOCE EL ÁREA DE MERCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**Análisis**

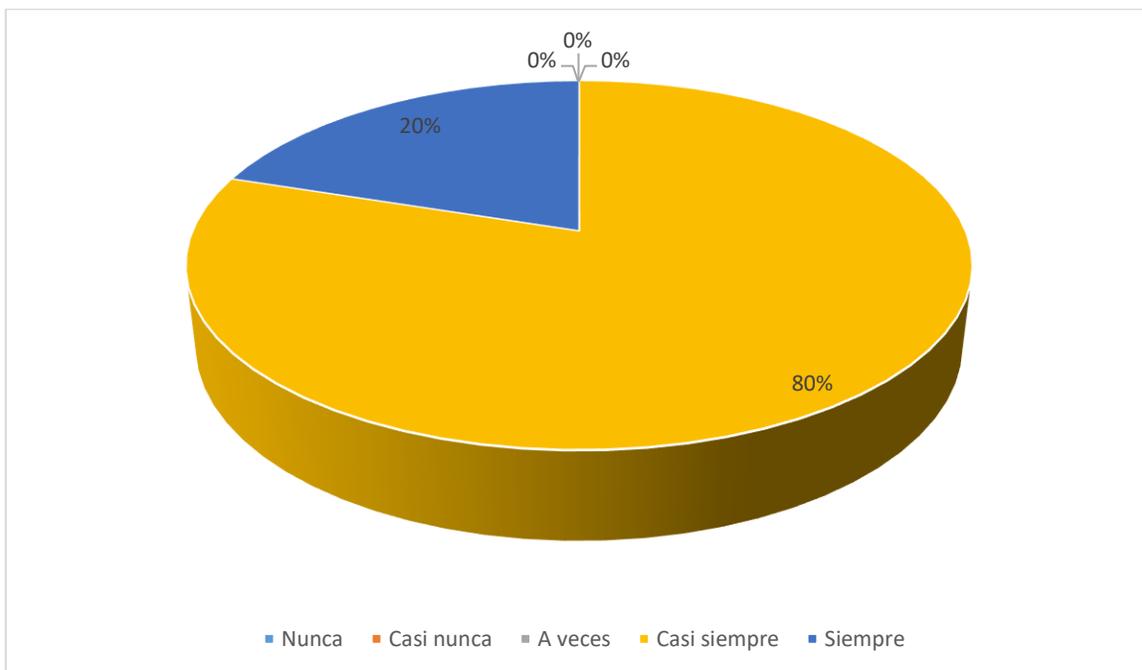
El personal antes de la cirugía el 80 % a veces realiza el marcado del sitio quirúrgico correcto y el 20 % a casi siempre lo realiza.

**TABLA 8 EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL, ROPA QUIRÚRGICA, CON LOS RESULTADOS DE LOS CONTROLES QUÍMICOS**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	0	0 %
Casi siempre	8	80 %
Siempre	2	20 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 8: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL, ROPA QUIRÚRGICA, CON LOS RESULTADOS DE LOS CONTROLES QUÍMICOS**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

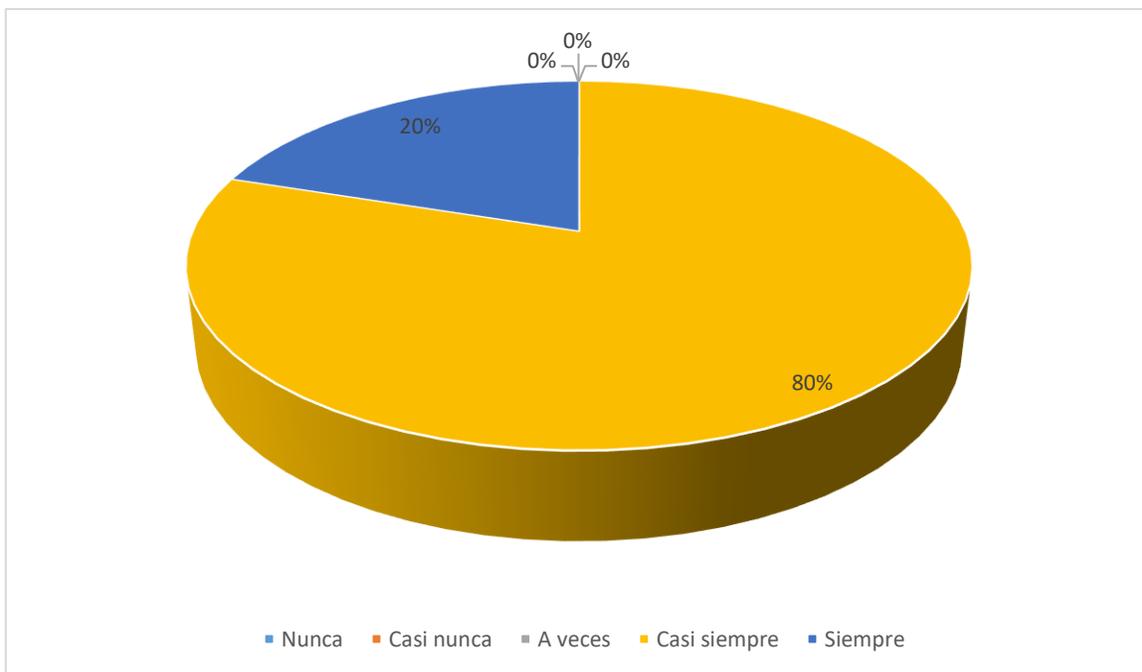
El 80 % del personal de quirófano casi siempre verifica la esterilidad del instrumental, ropa quirúrgica con los resultados de controles de esterilidad y el 20% siempre lo realiza.

**TABLA 9: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 CONFIRMA EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RECUENTO DE GASAS Y VERIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	0	0 %
Casi siempre	8	80 %
Siempre	2	20 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 9: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 CONFIRMA EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RECUENTO DE GASAS Y VERIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

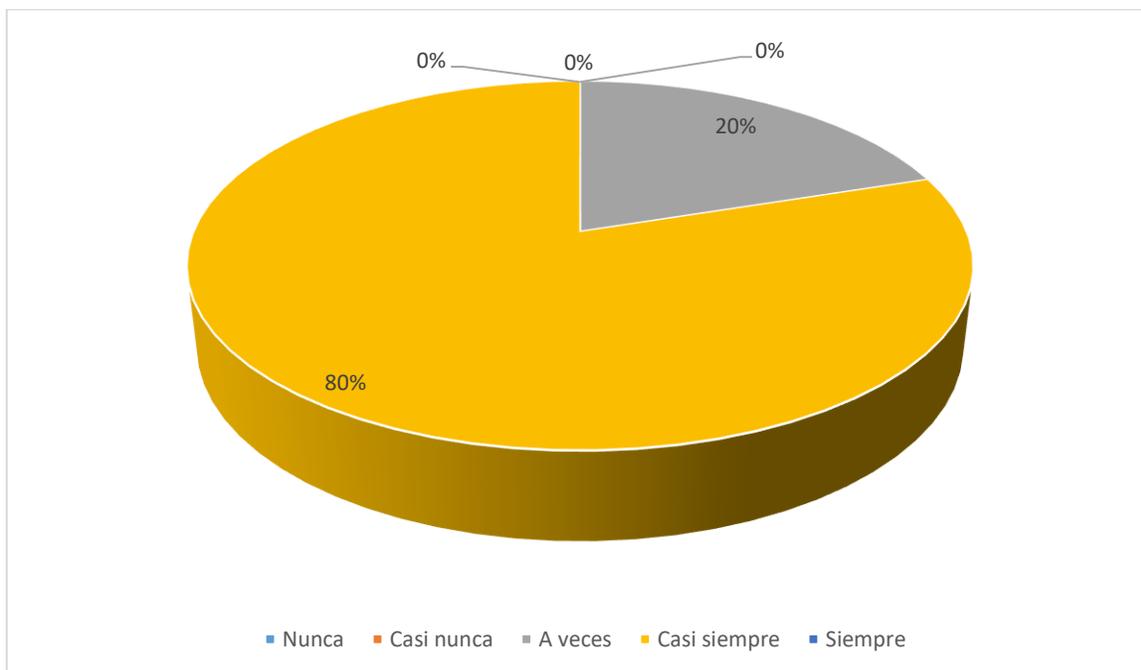
El 80 % del personal de quirófano durante la cirugía confirma el nombre del procedimiento el recuento de gasas verificación del instrumental antes durante y después del acto quirúrgico y el 20% siempre lo realiza.

**TABLA 10: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RESGUARDA LAS MUESTRAS DE LOS PACIENTES PARA LOS DIFERENTES ESTUDIOS CON EL ETIQUETADO CORRECTO**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	2	20 %
Casi siempre	8	80 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 10: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 RESGUARDA LAS MUESTRAS DE LOS PACIENTES PARA LOS DIFERENTES ESTUDIOS CON EL ETIQUETADO CORRECTO**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

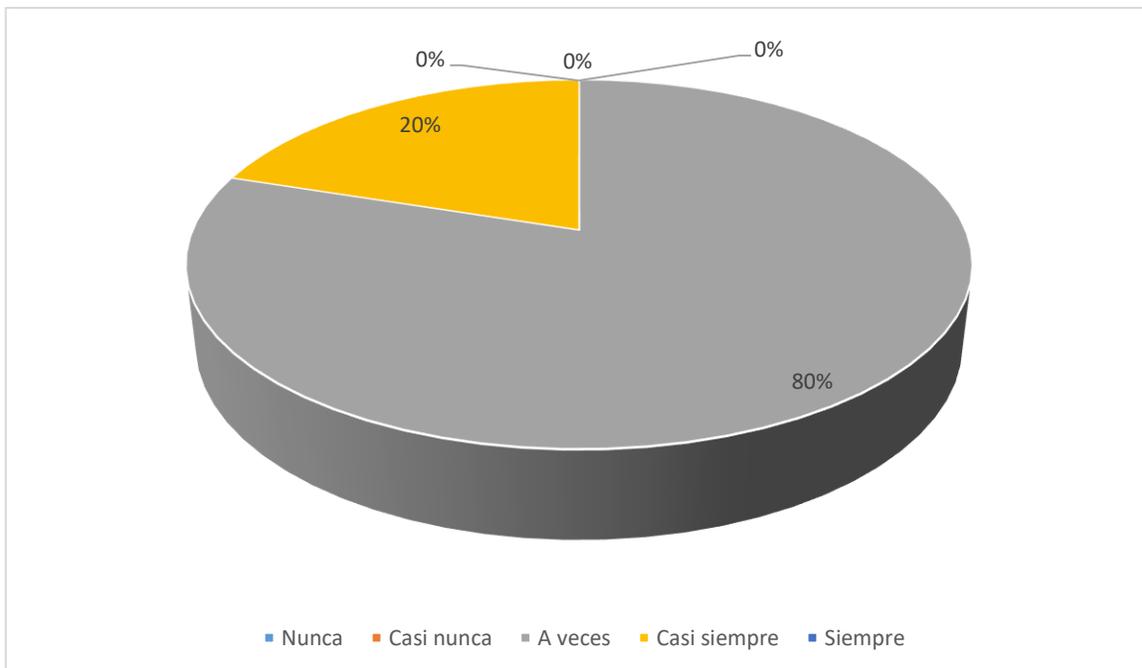
Del personal de enfermería el 20 % a veces, resguarda las patologías e identifica y el 80 % casi siempre lo realiza.

**TABLA 11: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA EL ESTADO DEL PACIENTE POST ANESTESIA QUE NO ESTÉ AÚN BAJO EFECTOS DE LA MISMA**

Escala de likert	N°	%
Nunca	0	0 %
Casi nunca	0	0 %
A veces	8	80 %
Casi siempre	2	20 %
Siempre	0	0 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

**GRAFICO 11: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE QUIROFANO CLINICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES 2020 VERIFICA EL ESTADO DEL PACIENTE POST ANESTESIA QUE NO ESTÉ AÚN BAJO EFECTOS DE LA MISMA**



Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

#### Análisis

Del personal de enfermería el 80% a veces verifica el estado del paciente post anestesia que no esté aún bajo efectos del mismo y el 20 % casi siempre lo realiza.

**TABLA 12 PARA TODO LO ANTES MENCIONADO TIENE ALGÚN REGISTRO DE FÁCIL USO NORMADO Y CONOCIDO (QUE NO SEA EL REPORTE DE ENFERMERÍA); QUE LO APLIQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CLÍNICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ**

<b>Escala</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	0	0 %
NO	10	100 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

Análisis:

Para todos estos pasos tan importantes de la cirugía segura si bien de alguna manera se realiza no existe algún registro de fácil uso normado y conocido, solo llenan en una parte del protocolo algunos puntos de la cirugía segura pero no todos los puntos que debería reflejarse dejando de lado nuestro trabajo tan minucioso realizado si no hay el registro es como si no se realizara y quedamos expuestos a tener errores en el pre- operatorio, trans operatorio y post operatorio.

**TABLA 13: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DE LA CAJA CORDES LA PAZ 2020 QUE SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO DE MANERA DIRECTA E INDIRECTA, PASO ALGÚN CURSO SOBRE CIRUGÍA SEGURA O LES ENSEÑARON SOBRE LO QUE IMPLICA LA MISMA.**

<b>Escala</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	0	0 %
NO	10	100 %
<b>Total</b>	10	100 %

Fuente: Cuestionario, Caja de Salud CORDES, La Paz 2020.

Análisis: El personal de enfermería el 100 % está en contacto con el paciente quirúrgico de manera directa e indirecta del total de enfermeras. El 100% del personal de enfermería de quirófano no paso ningún curso sobre cirugía segura ni les enseñaron sobre lo que implica la misma.

## 11. CONCLUSIONES

- Se Identifica con las herramientas de cuestionario y ficha observacional analizando los datos que la aplicación de Cirugía Segura Enel servicio de quirófano de la Caja de Salud CORDES La Paz se realiza algunos puntos relacionados con Cirugía Segura en base a los 10 objetivos que da la OMS (Organización Mundial de la Salud) por el personal de enfermería pero NO se cuenta con una herramienta de registro de lo que se realiza a veces, no quedando un registro que ayude a que esto quede como constancia en la historia clínica del paciente de todos los puntos evaluados en Cirugía Segura dejando de lado la seguridad del paciente y teniendo una gran probabilidad de error y daño al paciente quirúrgico en el segundo trimestre gestión 2020.
- El personal de enfermería que trabaja en quirófano de la caja de salud CORDES son el 80% (8 personas) del género femenino y el 20 %(2 personas) del género masculino.
- El personal de enfermería el 100 % está en contacto con el paciente quirúrgico de manera directa e indirecta del total de enfermeras el 80% del personal no conoce los 10 objetivos de la cirugía segura ya que esa es la base de la herramienta de trabajo como la lista de verificación el 20 % del personal de quirófano no conoce lo que es cirugía segura.
- El 100% del personal de enfermería de quirófano no paso ningún curso sobre cirugía segura ni les enseñaron sobre lo que implica la misma.
- el personal de enfermería de quirófano un porcentaje del 70 % a veces Verifica que se opera al paciente correcto, confirma la identidad del paciente, consentimiento informado y 30 % casi siempre lo verifica.
- El personal de quirófano a la llegada del paciente a quirófano lo recepciona y revisa la historia clínica tiene exámenes complementarios (Rx, lab. TAC, etc.) los que realizan esto casi nunca el 20 %, a veces el 30%, casi siempre el 40 %, y siempre el 30 %.
- El personal antes de la cirugía el 80 % casi nunca confirma el nombre del procedimiento, confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están

presentes si el paciente tiene alergias y su profilaxis antibiótica y el 20 % a veces lo realiza.

- El personal antes de la cirugía el 80 % a veces realizan el marcado del sitio quirúrgico correcto y el 20 % a casi siempre lo realiza.
- El 80 % del personal de quirófano casi siempre verifica la esterilidad del instrumental, ropa quirúrgica con los resultados de controles de esterilidad y también durante la cirugía confirma el nombre del procedimiento el recuento de gasas verificación del instrumental antes durante y después del acto quirúrgico y el 20% siempre lo realiza.
- Del personal de enfermería el 20 % a veces, resguarda las patologías e identifica y el 80 % casi siempre lo realiza.
- Del personal de enfermería el 80% a veces verifica el estado del paciente post anestesia que no esté aún bajo efectos del mismo y el 20 % casi siempre lo realiza.
- Para todos estos pasos tan importantes de la cirugía segura si bien de alguna manera se realiza no existe algún registro de fácil uso normado y conocido, solo llenan en una parte del protocolo algunos puntos de la cirugía segura pero no todos los puntos que debería reflejarse dejando de lado nuestro trabajo tan minucioso realizado si no hay el registro es como si no se realizara y quedamos expuestos a tener errores en el pre- operatorio, trans operatorio y post operatorio.

## 12. RECOMENDACIONES

- Aplicar El checklist o Lista de verificación de cirugía segura, es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios.
- Sólo con el firme compromiso de todo el equipo quirúrgico y de la parte administrativa se pueden trasladar las herramientas de seguridad del paciente de los despachos a consultas y quirófanos.
- La implantación del checklist no se agota en la exigencia a los profesionales de cumplimentar un Listado de Verificación de Cirugía Segura, mediante un instructivo que imponga su uso, a todos los profesionales implicados en el acto quirúrgico con el firme compromiso de realizarlo.
- Es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica con capacitaciones constantes de los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta a implementar.
- compromiso firme de los profesionales sanitarios, podría afectar negativamente a la responsabilidad de la Administración y de los propios profesionales, pues la mera ausencia del Listado de Verificación de Cirugía Segura podría llegar a generar responsabilidad para la institución y/o los profesionales.
- El presente estudio constituye un estímulo para realizar nuevas investigaciones que midan los efectos de la implementación de la lista de chequeo y de las políticas de seguridad del paciente en los hospitales peruanos y así contribuir a mejorar la atención brindada al paciente quirúrgico.

### 13. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. (OMS). OMdIS. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS. [Online].; 2008 [cited 2020 septiembre 03. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf).
2. Mirian Moncayo1 NO. GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN. academia de maestrias especialidades. 2014 enero; 1.
3. Agustino EP. CHEKLIST QUIRÚRGICO. UNA HERRAMIENTA PARA LA. revista enfermeria Cy L. 2009 octubre; ISSN 1989/3884.
4. Francine Taporosky Alpendre EDdACyc. cirugía segura: validacion de checklist pre y post operatorio. revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017 enero; 25.
5. Rivero D NAMLCG. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Revista Mexicana de enfermería cardiológica.. 2012.
6. Arribalzagaa\* IEB. IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. revista de cirugía 1212. 2012 Dec; 2(53).
7. Salud OPdl. orientacion Estrategica de la enfermera en la Region de las Americas Washington DC: Organizacion Mundial de la Salud; 2019.
8. Paz CdscL. cordes@org.bo. [Online].; 2015 [cited 2020 agosto 15. Available from: <http://www.cajacordes.org.bo/>.
9. salud omdl. la cirugía segura salva vidas-segundo reto mundial por la seguridad del paciente. OMS ed. Suiza: OMS; 2008.
10. Organización panamericana de la salud "Seguridad de los pacientes Opdls". "Seguridad de los pacientes, Organización panamericana de la salud ". [Online].; 2017 [cited 2020 julio 06. Available from: [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=398](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=398).
11. R Hernández Sampieri CF. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico D.F.; 2003.

- <sup>1</sup> Ma.Carolina Ortega Vargas MGSVMdCJyV. Manual de evaluacion del servicio de calidad en  
<sup>2</sup> enfermeria mexico: Panamericana; 2006.
- <sup>1</sup> OMS/OPS Lcssv. CIRUGIA SEGURA. 2017..  
<sup>3</sup>
- <sup>1</sup> Dr. Ariel Solor Muñoz LLPB. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad  
<sup>4</sup> al paciente quirúrgico. scielo versión On-line ISSN 1726-6718. 2015 abril.
- <sup>1</sup> OMS/OPS ©OMdIS. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. In LISTA  
<sup>5</sup> OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACION.  
Ginebra , Suiza; 20081ra Edicion. p. 9, 10, 11, 12.
- <sup>1</sup> Baca FdPI. nivel de cumplimiento de la lista de verificacion de cirugia segura por el personal  
<sup>6</sup> de centro quirurgico del hospital nacional 2 de mayo 2015. trabajo de investigacion. peru:  
hospital nacional 2 de mayo, lima; 2016.
- <sup>1</sup> Araya JAG. coleccion Medicina con Exelencia Mexicana A, editor. Mexico: Instituto Mexicano  
<sup>7</sup> de Seguro social; 2014.
- <sup>1</sup> Zegarra JP. SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS EN EL FONDO  
<sup>8</sup> ROTATORIO” CASO: HOSPITAL OBRERO N° 1. Trabajo Investigacion. La Paz: UMSA, La  
Paz; 2012.
- <sup>1</sup> Dr.Eduardo B. Arribalzaga LLL,Md. implementacion del listado de verificacion de cirugia  
<sup>9</sup> segura. rev.argent,cirug.. 2012 enero-marzo; 102.
- <sup>2</sup> Salud OMdl. Manual de aplicacion de la lista OMS de verificacion de la seguridad de la cirugia  
<sup>0</sup> 2009. OMS ed. Suiza-Ginebra: OMS ; 2009.
- <sup>2</sup> Ministerio de Sanidad SSeIgdE. Programa de Cirugia Segura del Sistema Nacional de Salud  
<sup>1</sup> Madrid\_España: Mijan-Industrias graficas Abulenses; 2015.
- <sup>2</sup> contributivos Pdf. Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical  
<sup>2</sup> incidents: the London. [Online].; 2000 [cited 2020 abril 20. Available from:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf).

<sup>2</sup> Salud IdDGGOMdl. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

<sup>3</sup>. [Online].; 2019 [cited 2020 septiembre 5. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf).

<sup>2</sup> Salud GOMdl, 2009. OMS/OPS.Corporacion. [Online].; 2006 [cited 2020 agosto 23. Available

<sup>4</sup>. from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf).

<sup>2</sup> SICME Pdsdp. SEGURIDAD DEL PACIENTE. [Online].; 2017 [cited 2020 JUNIO 2020.

<sup>5</sup>. Available from: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**

<sup>2</sup> Ruth Condor Rios AVCVHCP. Factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la lista

<sup>6</sup>. de chequeo de cirugía segura en el Hospital San Juan de Lurigancho. Tesis de grado. Lima: U N I V E R S I D A D MARIA AUXILLADORA, Peru; 2017.

## 16. ANEXOS

### ANEXO 1.- CONSIDERACIONES ETICAS

#### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO

He aceptado en participar en el estudio titulado **“CIRUGÍA SEGURA EN QUIRÓFANO DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE GESTION 2020..”**, dirigido por la Licenciada en enfermería Cristina Casablanca Siñani, cursante de la Especialidad de Instrumentación Quirúrgica y Gestión en Central de Esterilización en la unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés Declaro haber sido informado verbalmente de los objetivos y procedimientos de la investigación y del tipo de participación. En relación a ello acepto responder al cuestionario proporcionado.

Declaro haber sido informado que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, ni recibirá ninguna remuneración, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrá identificar las respuestas y opiniones de cada auxiliar de enfermera y Licenciada en enfermería, de modo personal, serán identificadas por códigos.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, los datos estarán disponibles solo para el personal de la investigación y se mantendrá completamente confidencial.

He accedido a participar en este estudio ya que se me ha informado sobre lo que se espera de mi participación. Declaro que firmo este documento voluntariamente, sin ser forzada a hacerlo.

## ANEXO 2.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO

### FICHA OBSERVACIONAL

POR LIC. CRISTINA CASABLANCA SIÑANI – INVESTIGADORA

<b>Instrucciones</b>	Estimado profesional de salud, se está realizando un estudio cirugía segura en quirófano de la caja de salud CORDES la paz por el personal de enfermería en el segundo trimestre gestión 2020., para todo el personal de enfermería y así lograr la prevención oportuna de los pacientes que ingresan a quirófano. La información de este trabajo será de manera anónima y confidencial. Si contamos con su participación se logrará llegar a un fin beneficiando a los profesionales de la salud, pacientes y la institución.					
<b>Fecha</b> / /	Agradezco su colaboración.					
<b>N°</b>	<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>					
<b>1</b>	<b>Sexo</b>	Varón ( )	Mujer ( )			
<b>N°</b>	<b>Observar</b>				<b>si</b>	<b>no</b>
<b>2</b>	La instrumentadora y el circulante Se cercioran que el paciente quirúrgico es el correcto, confirmando la identidad y el consentimiento informado firmado.					
<b>3</b>	Revisa la historia clínica del paciente que este completa con exámenes complementarios (Rx, lab. TAC, etc.) y pregunta al paciente si tiene alergias o reacciones adversas a fármacos.					
<b>4</b>	Pregunta en voz alta si todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes.					
<b>5</b>	pregunta y verifica la profilaxis antibiótica si se realizara antes o durante al acto quirúrgico					
<b>6</b>	La enfermera se preparará para el marcado del sitio quirúrgico y reconoce el mismo.					
<b>7</b>	Verifica los indicadores de esterilización externos e internos del instrumental y ropa a utilizar y comunica.					
<b>8</b>	Realiza en voz alta el recuento de gasas e instrumental (realiza mínimo tres recuentos de forma clara y comunica al equipo quirúrgico)					
<b>9</b>	Guarda e identifica con precisión todas las muestras quirúrgicas					
<b>10</b>	Al concluir la cirugía verifica el estado del paciente antes del traslado a URPA					
<b>11</b>	Registra todo lo antecedido lo firma y sella junto con el equipo quirúrgico					

## ENCUESTA

CODIGO

POR LIC. CRISTINA CASABLANCA SIÑANI – INVESTIGADORA

<b>Instrucciones</b>	Estimado usuario se está realizando un estudio sobre la cirugía segura en quirófano de la caja de salud CORDES la paz por el personal de enfermería., La información de este trabajo será de manera anónima y confidencial. Si contamos con su participación: Marque con una X a la respuesta que crea correcta, dentro los casilleros y no deje ninguna pregunta en blanco y responda:					
<b>Fecha:</b> / /						
<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>						
<b>Genero</b>	M ( )	F ( )				
<b>Edad</b>						
<b>Años que ejerce la profesión en quirófano</b>						
<b>CUESTIONARIO</b>						
<b>PREGUNTA</b>					<b>RESPUESTA</b>	
<b>1</b>	¿Está en contacto con paciente quirúrgico?				SI	NO
<b>2</b>	¿Socializa con el paciente para proporcionar seguridad en el acto quirúrgico?				SI	NO
<b>3</b>	¿Conoce los diez objetivos esenciales para una cirugía segura?				SI	NO
<b>4</b>	¿Alguien le enseñó sobre lo que implica una cirugía segura?				SI	NO
<b>5</b>	¿Paso algún curso sobre cirugía segura?				SI	NO
			NUN CA	CASI NUNC A	A VECES	CASI SIEMPRE
<b>6</b>	¿Verifica usted que se opera al paciente correcto, confirmando la identidad del paciente y el consentimiento informado?					
<b>7</b>	¿Verifica que la historia clínica tiene exámenes complementarios? (Rx, lab. TAC, etc.)					
<b>8</b>	¿Verifica si el paciente tiene alergias?					
<b>9</b>	¿Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes?					
<b>10</b>	¿Se realiza profilaxis antibiótica en paciente pre operado?					
<b>11</b>	¿Reconoce el área de marcado del sitio quirúrgico correcto?					
<b>12</b>	¿Verifica la esterilidad del instrumental, ropa quirúrgica, con los resultados de los controles químicos?					
<b>13</b>	¿Confirma el nombre del procedimiento, recuento de gasas y verificación del instrumental antes y después del acto quirúrgico?					
<b>14</b>	¿Resguarda las muestras de los pacientes para los diferentes estudios con el etiquetado correcto?					
<b>15</b>	¿Se verifica el estado del paciente post anestesia que no esté aún bajo efectos de la misma?					
<b>16</b>	¿Para todo lo antes mencionado tiene algún registro de fácil uso normado y conocido? (Que no sea el reporte de enfermería)				SI	NO

Anexo 3.- Cronograma de Ganntt

N° ITEM	Actividades/2020	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1.	Diagnóstico de problema						
2.	Revisión bibliográfica						
3.	Planteamiento del Problema						
4.	Justificación y Objetivos						
5.	Elaboración de instrumento de recolección de datos						
6.	Aprobación y desarrollo del trabajo.						
7.	Validación del instrumento de recolección de datos (encuesta)						
8.	Elaboración de base de datos						
9.	Elaboración de tablas y gráficos.						
10.	Análisis de los resultados, conclusiones recomendaciones						
11.	Defensa del trabajo final.						

Anexo 4.- Propuesta de aplicación

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN**  
**Y TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**



**IMPLEMENTACION LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA  
SEGURA, EN EL AREA QUIRUGICA CLINICA DE LA CAJA DE  
SALUD CORDES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2020.**

**POSTULANTE: Lic. Cristina Casablanca Siñani**

**TUTOR: Mgs. Lic. Paola Ticona Mamani**

**PROPUETA DE INTERVENCION PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN EN  
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

**LA PAZ- BOLIVIA**

**2020**

## TEORIA



# MANUAL DE USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA CLÍNICA DE LA CAJA DE SALUD CORDES LA PAZ

## INTRODUCCIÓN

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Existe evidencia científica que ha puesto de manifiesto que su uso reduce de forma muy significativa tanto la mortalidad, como las complicaciones mayores asociadas a la cirugía. Se enmarca en el Reto “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, otros profesionales sanitarios y con pacientes de todo el mundo, se han identificado un conjunto de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

Cada uno de los puntos de verificación incluidos se basa en la evidencia científica, o en la opinión de expertos con la finalidad de reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que su utilización origine daños o costes significativos. El listado de verificación se ha diseñado asimismo para que sea simple y breve.

Muchos de sus pasos ya están aceptados como parte de la rutina que se practica en los quirófanos de todo el mundo. El Listado de Verificación de Cirugía Segura diseñado por la Lic. Cristina Casablanca Siñani, se ha elaborado en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social y contiene todos los ítems que han demostrado su eficacia en su empleo en la práctica.

## **Objetivo General**

Promover la cirugía segura del paciente quirúrgico, monitoreando signos y síntomas descritos en una herramienta (Lista de Verificación de cirugía segura) ayudando a la detección temprana de eventos adversos por el personal de enfermería de quirófano clínica de la CAJA DE SALUD CORDES La Paz.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Evitar el daño asociado a la atención sanitaria
- Comprender las causas que pueden originar un daño a los pacientes quirúrgicos
- Identificar las soluciones para evitar eventos adversos
- Evaluar el impacto del daño si no ha podido ser evitado
- Impulsar el cambio para que los cuidados sean más seguros con educación continua.

## **ÁMBITO DE APLICACIÓN EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA**

Se aplicará en todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), independientemente del tipo de anestesia, ya sea general, locorregional, sedación o local. En los casos de urgencia vital su realización queda supeditada a la gravedad del paciente.

## **NORMAS DE FUNCIONAMIENTO**

El coordinador del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica suele ser la enfermera circulante, que será la encargada de realizar las preguntas y cumplimentar las marcas en las casillas; en caso de imposibilidad podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento; el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica

(“Pausa quirúrgica” ) y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (Salida).

## **ENTRADA**

La ENTRADA ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anesthesiólogo/a y del personal de enfermería, siendo aconsejable que esté también el cirujano. El coordinador del listado puede completar esta sección de una vez o de forma secuencial, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los controles en la Entrada son los siguientes: El paciente ha confirmado su identidad, localización quirúrgica, procedimiento y consentimiento. El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía, así como si ha sido informado y ha firmado el consentimiento.

A pesar de 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 un procedimiento erróneo. Su identificación se realizará verbalmente y confirmando los datos de su pulsera identificativa (si la hubiera), comprobando asimismo que existe concordancia con los datos de la historia clínica

. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente como en niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol. Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha sido informado y ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia. Lugar del cuerpo.

Marcado No procede El coordinador del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica ha de confirmar que el cirujano/a que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador indeleble), fundamentalmente 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). Verificado equipo y medicación de anestesia. El coordinador rellenará este paso preguntando al anesthesiólogo/a 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.

Una regla nemotécnica útil es realizar un ABCDE – un examen del equipo para la vía aérea

- Respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios).
- aspiración
- drogas y dispositivos
- medicación de emergencias
- equipamiento confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

Verificado instrumental, equipo quirúrgico y prótesis. El coordinador del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica confirmará que el instrumental y equipo quirúrgico necesario (cámara laparoscopia, compresor sierra, etc.). están en orden para su funcionamiento correcto. Así mismo que hay disponibilidad de prótesis, por si ésta fuese necesaria. La/el enfermera/o instrumentista debería confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente. 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 la/el enfermera/o instrumentista o la/el enfermera/o circulante puedan tener, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano/a o el anestesiólogo/a. Si no existen precauciones especiales, la/el enfermera/o instrumentista puede decir “Esterilización verificado.

No hay precauciones especiales”. Pulsioxímetro en el paciente y funcionando: El coordinador del LVSQ confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debería estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno.

¿TIENE EL PACIENTE? ¿Alergias conocidas? El coordinador del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, realizará ésta y las siguientes dos preguntas al anestesiólogo/a.

Primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así cuál. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesiólogo/a está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente, igualmente es recomendable informar al cirujano que será el responsable de prescribir el tratamiento postoperatorio.

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador preguntará al equipo si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse en ese momento, antes de la incisión, ya que en otro caso pierde su efectividad.

- Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis; la casilla debe dejarse en blanco si no se proporciona dosis adicional. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (p.e. en casos en los que no hay incisión de la piel, o en casos de contaminación en los que se da tratamiento antibiótico), puede marcarse la casilla de “No procede” una vez que el equipo confirma esto verbalmente.

¿Dificultad en la vía aérea / riesgo de aspiración? Aquí el coordinador confirmará verbalmente con el anestesiólogo/a que ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Existen varios modos de clasificar la vía aérea (tales como la escala de Mallampati, la distancia tiro-mentoniana y la clasificación de Bellhouse-Doré –extensión atlanto-occipital-).

- Una evaluación objetiva de la vía aérea utilizando un método validado es más importante que el tipo de método en sí.
- Asimismo, se preguntará al paciente si ha ingerido alimentos en las últimas cuatro horas. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea,

ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (p.e. una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado –un segundo anestesiólogo/a, el/la cirujano/a, o un miembro del equipo de enfermería-, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.

- En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla debería marcarse sólo (empezada la inducción anestésica) una vez que el anestesiólogo/a confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente (necesidad de intubación mediante fibroscopio).

¿Puede precisar de concentrados de hematíes? Si el paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. 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 con una pérdida de sangre >1000cc (ó 15cc/Kg. En el caso de niños), el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica está diseñado 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. Es conveniente evitar la expresión

- “Pérdida de sangre mayor de...” con el paciente despierto, ya que esto puede aumentar su angustia o preocupación acerca de la intervención. Llegados a este punto se completa la Entrada, y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

“PAUSA QUIRÚRGICA” La “PAUSA QUIRÚRGICA” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales. Todos los miembros del equipo están presentes y preparados. Confirmar que todos los miembros del equipo (enfermería, anestesiólogo/a y cirujanos) están dentro del quirófano y preparados para comenzar la intervención. En caso de precisar colaboración de otros especialistas (urólogos, ginecólogos, cirujano vascular, digestivo

endoscopista, etc.) se confirmará que estos están presentes o localizados para su inmediata incorporación cuando sea preciso. Cirujano/a, enfermera/o y anestesiólogo/a confirman verbalmente el paciente, la localización, el procedimiento, posición y sondaje. Justo antes de que el cirujano/a realice la incisión en la piel, la persona que coordina el Listado de verificación de cirugía segura u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que paren y confirma verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma, la posición del paciente y si precisa sondaje vesical o nasogástrico, a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “Vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “

- ¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?” Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesiólogo, el cirujano/a y la enfermera/o circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo.

**ANTICIPACIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS** La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. Para asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la “Pausa quirúrgica” el coordinador del LVSQ solicitará al equipo (cirujano/a, anestesiólogo/a y del personal de enfermería) que haga un análisis rápido de los puntos críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las consideraciones (o preocupaciones) específicas de cada miembro del equipo. El orden de la discusión no importa, 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 anestesiólogo/a y a la enfermera/o si tienen alguna preocupación o consideración especial. El/la cirujano/a repasa: ¿cuáles son los pasos críticos inesperados, la duración de la intervención, la pérdida de sangre esperada? Informa 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. p. ej. “Se va realizar una colescistectomía laparoscópica, duración aproximada una hora salvo reconversión abierta por dificultades técnicas y se prevé pérdida de sangre < 500ml”. El/la anestesiólogo/a repasa: ¿presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación? 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 anestesiólogo/a puede simplemente decir “No hay ninguna precaución especial en este caso”.

Otras verificaciones 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. Antes de iniciar la incisión es conveniente comprobar que todos los miembros del equipo se encuentran presentes y preparados para la intervención. Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial y/o medidas médicas, como la heparina cuando estén indicadas; la disponibilidad de los implantes esenciales (como una malla o una prótesis); y la revisión de los resultados de una biopsia preoperatoria, resultados de laboratorio, o tipo de sangre.

¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales? Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la “Pausa quirúrgica”, el coordinador preguntará al cirujano/a si son necesarias las imágenes en este caso.

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. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de “No procede”. Llegados a este punto la Pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención. SALIDA La Salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la/el enfermera/o circulante, cirujano/a o anestesiólogo/a, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano/a abandone el quirófano. El/la cirujano/a, el/la anestesiólogo/a y la/el enfermera/o deberían 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 de las biopsias y el recuento de gasas, compresas 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

La/el enfermera/o confirma verbalmente con el equipo: Registrado el nombre del procedimiento. Qué el procedimiento se ha realizado exactamente, a veces puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas. Contaje de gasas, agujas e instrumental correcto. La/el enfermera/o instrumentista o la circulante deben confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de compresas, gasas, agujas e instrumental, y que este es correcto. Identificación y gestión de las muestras biológicas (nombre/ fn) No procede. La/el enfermera/o debe confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa (nombre, fecha de nacimiento, historia clínica). Se hará constar si la muestra se remite en fresco o con algún tipo de conservante o fijador. Si en la intervención no se realiza toma de muestra se marcará “no procede”

¿Hay algún problema con el material o los equipos? sí no La/el enfermera/o comentará en voz cualquier problema que puede existir con el material y equipos, para prevenir y resolver posibles incidentes en intervenciones posteriores en los que se use de nuevo este equipo. Este tipo de problemas se pueden describir en la casilla inferior del listado “Observaciones”. Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermera/o revisan las preocupaciones claves en la recuperación y atención del paciente. El cirujano repasa con todo el equipo: A fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente, la persona que coordina el listado pedirá al cirujano que revise tres cosas en voz alta: (1) Qué procedimiento se ha realizado, si ha sido el previsto inicialmente o hay variaciones sobre éste.

Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis).

El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar “Este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”. El/la anestesiólogo/a revisa con todo el equipo: El coordinador debería pedir al anestesiólogo/a que revise en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca y dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesiólogo/a debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.

- Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesista puede simplemente afirmar “La anestesia ha sido

rutinaria y no hay precauciones especiales”. La/el enfermera/o revisa con todo el equipo: La/el enfermera/o circulante y/o instrumentista deben revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo. Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo del estado de sondas, catéteres, drenajes, apósitos, tracciones y permeabilidad de vías periféricas y centrales, medicación y fluidos.

- ¿Necesita profilaxis tromboembólica? Se confirmará que el paciente ha iniciado la profilaxis de la enfermedad tromboembólica antes de la intervención (si esta estuviese indicada) , si no es así se prescribirá la próxima dosis de heparina según indicación médica en las siguientes seis horas. En el recuadro inferior:

OBSERVACIONES: su finalidad es describir aquellos hechos, incidentes o dudas de relevancia que puedan servir para mejorar el Listado Verificación Cirugía Quirúrgica en posteriores valoraciones. Finalmente el Listado Verificación Cirugía Quirúrgica será completado con la etiqueta identificativa del paciente, el procedimiento realizado, la fecha, la especialidad o siglas de ésta según se especifica en el siguiente listado (p.ej. CCV , CG, CD , ORL.) así como la firma del cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermera/o circulante. Abreviatura de especialidades quirúrgicas: AN: Anestesia, CD: Cirugía Digestiva, CG: Cirugía General, CT: Cirugía torácica, CCV: Cirugía cardiovascular, CP: Cirugía Pediátrica, CPI: Cirugía plástica, DERM: Dermatología, GIN: Ginecología, MXF: Cirugía Maxilofacial, NRC: Neurocirugía, ORL: Otorrinolaringología , OFT: Oftalmología, TR: Traumatología, URO: Urología. El documento se adjuntará a la historia clínica del paciente, puede considerarse de utilidad al comienzo de la aplicación dejar una copia para posteriores controles de calidad en archivadores que habrá para tal cometido en cada quirófano. Cada tres meses durante el primer año se realizarán controles con los responsables de cada Servicio para realizar un seguimiento de la implantación del listado de verificación quirúrgico en todos los quirófanos. Para el apoyo

metodológico y logístico el coordinador debería contar con el responsable de Calidad hospitalario.

SITUACIONES ESPECIALES - Cuando se incorporen nuevos miembros al equipo quirúrgico serán informados por los responsables del listado de cada Servicio o de Enfermería acerca de cómo se realiza el Listado Verificación Cirugía Quirúrgica. En caso de que por la prontitud o aleatoriedad de la incorporación esto no sea posible el Listado Verificación Cirugía Quirúrgica será cumplimentado por el miembro del equipo más antiguo. - En caso de negativa por alguno de los miembros a realizar el Listado Verificación Cirugía Quirúrgica, éste no firmará en el recuadro inferior derecha (firmas). - En casos de extrema urgencia primará la vida del paciente, sin que ello signifique que no se realicen los controles mínimos rutinarios (identificación, sitio quirúrgico, alergias medicamentos, prevenir riesgos de la intubación, anestesia, pérdidas hemáticas y evitar la retención de gases e instrumental)

En los quirófanos donde se realice cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor existe una versión simplificada específica del Listado Verificación Cirugía Quirúrgica.

El/la supervisor/a de quirófano será el/la responsable de que siempre existan formularios del Listado Verificación Cirugía Quirúrgica en todos los quirófanos.

En caso de producirse un cambio de turno durante el procedimiento quirúrgico, al menos el recuento de compresas debe quedar realizado y firmado por el equipo saliente y comenzar de “cero” por el entrante.





## PRACTICA

### INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN

#### PRACTICA QUIRURGICA SEGURA

El listado de verificación practica segura quirúrgica es una herramienta para optimizar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables para ello se divide el acto quirúrgico en tres periodos, el periodo previo a la inducción anestésica (INCIO), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (PRE INCISIONAL) y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (CONCLUSION).

Instrucciones generales: este instrumento será aplicado por la instrumentadora quirúrgica (CORDINADOR) durante cada cirugía marcando con una x en las tres casillas (si, no o no aplica, según el caso) marcado de una opción a verificarse. Al finalizar el control de toda la lista debe contar con el respectivo marcado de una opción.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: El coordinador verificara los siguientes puntos:

INCIO. Antes de la inducción anestésica.

- Confirmara verbalmente con el paciente su identidad
- Corroborara que el paciente cuente con las firmas en los consentimientos para la cirugía y la anestesia
- Confirmara la presencia física del expediente clínico completo del paciente al momento de su ingreso a quirófano
- El encargado confirmara visualmente que el sitio de cirugía este marcado
- Consultara con el anesthesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección de los equipos anestésicos
- Corroborara que el paciente tenga colocado el oxímetro de pulso y su funcionamiento

- Consultara con el anestesiólogo si el paciente tiene o no alergias conocidas y si es así especificar cuáles son
- Confirmara con el paciente si se halla en ayunas corroborara con el anestesiólogo si el paciente presenta o no dificultades en la vía aérea
- Indagara si el paciente tiene riesgo de más de un litro de sangre durante de la cirugía
- Confirmara la existencia del instrumental quirúrgico y material de acuerdo al tipo de cirugía programada
- Verificara el cumplimiento de los indicadores de esterilización
- Verificara la presencia física de todo el equipo quirúrgico antes de iniciar la inducción

#### PRE INCISIONAL. Antes de realizar la incisión

- Pedirá a todo el equipo quirúrgico confirmar verbalmente el nombre del paciente, la localización de la misma y el procedimiento a realizar
- Realiza una rápida consulta al cirujano, al anestesiólogo y al personal de quirófano acerca de sucesos críticos, de planes de la intervención, disponibilidad de material, equipo y personal de poyo
- Indagara si se administró profilaxis antibiótica
- Preguntara al cirujano si son necesaria las imágenes de gabinete con la cirugía

#### CONCLUSION. Antes que el paciente abandone el quirófano

- Confirmara con el equipo el nombre del procedimiento efectuado
- El recuento de gasa, agujas e instrumental completo, así como la identificación de las muestras obtenidas.
- Consultara con el equipo quirúrgica si existió algún problema relacionado con el material, los equipos o el recurso humano
- Verificara que el equipo quirúrgico reporte antecedentes pre trans operatorios en recuperación

- Por último, constatará el manejo post operatorio inmediato del paciente por parte del equipo quirúrgico

NOTA: cada LISTA DE VERIFICACION aplicada, llevará los datos del paciente intervenido, el número de afiliación, el nombre del establecimiento, lugar y fecha de la cirugía, además del nombre, firma y sello del responsable de llevar a cabo el control.