



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO
REGISTRO DE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LAS
INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO

PRESENTADO POR:
ROXANA MILAGROS FLORES PÉREZ

ASESORA:
DRA. MARÍA DEL ROSARIO ORÉ RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento-No comercial-Sin obra derivada
CC BY-NC-ND³**

La autora solo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.³

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>³

¹ Esto se modificará de acuerdo a lo que usted señala en el Formato de autorización de obras.



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
REGISTRO DE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LAS
INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2017**

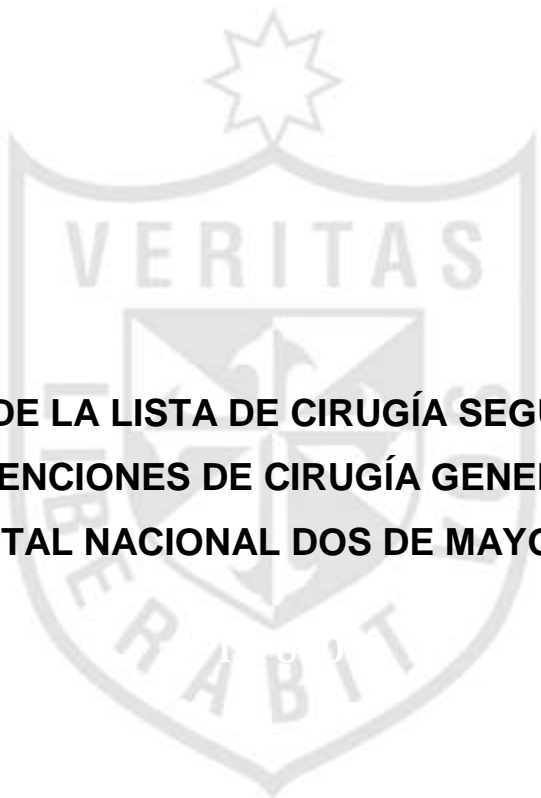
**PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

**PRESENTADO POR:
ROXANA MILAGROS FLORES PÉREZ**

**ASESORA:
DRA. MARÍA DEL ROSARIO ORÉ RODRIGUEZ**

LIMA, PERÚ

2018



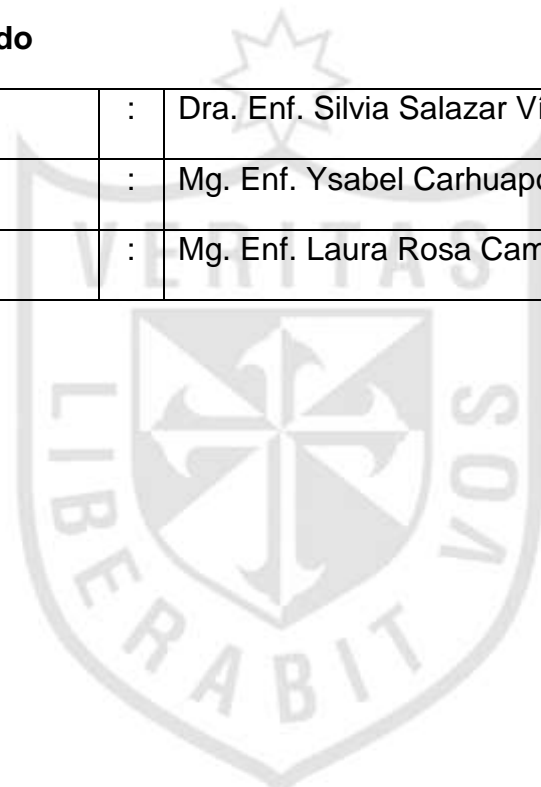
**REGISTRO DE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LAS
INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2017**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

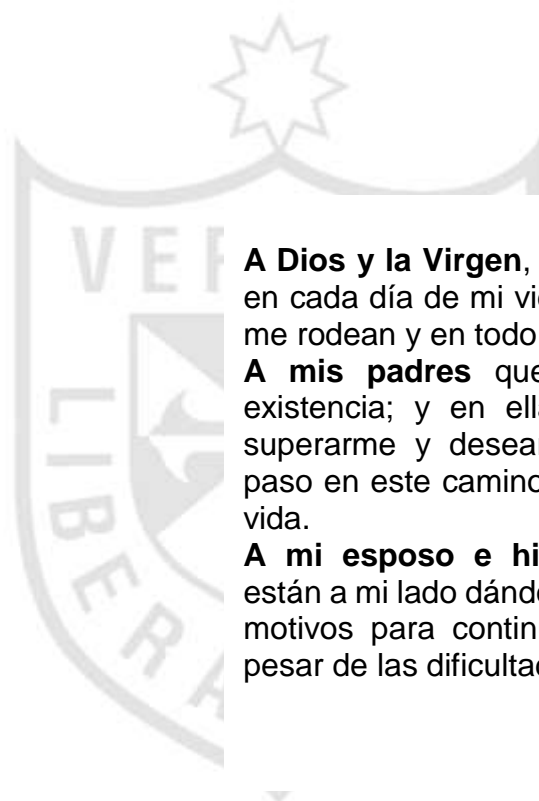
Asesor (a): María del Rosario Oré Rodríguez

Miembros del jurado

Presidente	:	Dra. Enf. Silvia Salazar Vílchez
Vocal	:	Mg. Enf. Ysabel Carhuapoma Acosta
Secretaria	:	Mg. Enf. Laura Rosa Campos



DEDICATORIA



A Dios y la Virgen, siento su presencia en cada día de mi vida, en los seres que me rodean y en todo lo que hago.

A mis padres que me han dado la existencia; y en ella la capacidad por superarme y desear lo mejor en cada paso en este camino difícil y arduo de la vida.

A mi esposo e hijo amado, quienes están a mi lado dándome ánimo, alegría y motivos para continuar superándome a pesar de las dificultades.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
III. RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSIÓN.....	17
V. CONCLUSIONES.....	23
VI. RECOMENDACIONES.....	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25
VII. ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS

N° de la tabla	Nombre de la tabla	N° de pagina
TABLA N° 1	Registro de verificación de cirugía segura en la fase de entrada en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo– 2017	11
TABLA N° 2	Registro de verificación de cirugía segura en la fase de pausa en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017	13
TABLA N° 3	Registro de verificación de cirugía segura en la fase de salida en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017	14
TABLA N° 4	Registro de observaciones en las lista de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017	15
TABLA N° 5	Registro de observaciones más frecuentes en las lista de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017	16

RESUMEN

Objetivo: Determinar el registro de la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo, en el 2017. **Material y métodos:** La investigación siguió un enfoque cuantitativo, retrospectivo de alcance descriptivo, nivel transversal para lo cual se aplicó una ficha de recolección de información en función de la lista de verificación de cirugía segura del hospital nacional Dos de Mayo los datos fueron ordenados y trabajados en SPSS V. 24.0. **Resultados:** Se obtuvo un registro completo en el 92.3% de las listas de verificación de cirugía segura; teniendo en la fase de entrada, pausa y salida un registro de 87.5%, 97.3% y 92.3% respectivamente de las listas de cirugía segura, siendo los ítems con menor porcentaje de registro: imágenes diagnósticas (55.6%), riesgo de pérdida de sangre en (61.1%), problemas con los equipos (32.5%) e informe del equipo quirúrgico (19.8%). Asimismo, se tiene un 38.9% de lista de verificación de cirugía segura que contienen registro de observaciones y un 61.1%, no registran.

Palabras clave: Cirugía segura, lista de verificación de cirugía segura, registro

ABSTRACT

Objective: To determinate the registry of the Verification Checklist of safe surgery in the general surgery interventions of the national hospital Dos de Mayo, in 2017. **Material and methods:** The research followed a quantitative, retrospective approach of descriptive scope, transversal level so which was applied a data collection card based on the Safe Surgery Verification Checklist of the national hospital Dos de Mayo, the data was ordered and worked on in SPSS V. 24.0. **Results:** A complete record was obtained in 92.3% of the Safe Surgery Verification Lists; having in the phase of entry, pause and exit a record of 87.5%, 97.3% and 92.3% respectively of the list of safe surgery, being the items with lower percentage of registration: diagnostic images (55.6%), risk of blood loss in (61.1%), problems with the equipment (32.5%) and report of the surgical team (19.8%). Likewise, there is 38.9% of LVCS that contain record of observations and 61.1% do not register.

Keywords: Safe surgery, safe surgery checklist, registration

I. INTRODUCCIÓN

La cirugía es 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.¹

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 así se tiene que: hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias, la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%. 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 y en los países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor.¹

Según la Superintendencia Nacional de Salud, en el Perú se realizaron 613,396 cirugías (mayores y menores) en 31'151,643 habitantes, lo que representó una tasa de 1.969 cirugías por 100.000 habitantes en 2015. La Comisión Lancet sobre Cirugía Global propuso que para el 2030 los países deberían ejecutar un mínimo de 5.000 cirugías mayores por 100,000 habitantes por año, pues este volumen quirúrgico se correlaciona con varios resultados sanitarios deseables, tales como una expectativa de vida de 74-75 años, una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) menor de 100 mujeres por 100,000 nacidos vivos y los 143 millones de cirugías adicionales que se necesitarían mundialmente para salvar vidas y prevenir la discapacidad.²

Por lo tanto, se crearon estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado una lista de verificación de cirugía segura (LVCS) simple y breve, de bajo costo y alto impacto a nivel social, que define el entorno de seguridad del paciente durante la cirugía, la cual se puede adaptar y modificar de acuerdo con las necesidades de cada institución. Esta lista está constituida por tres momentos: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión cutánea y antes de salir del quirófano.

La OMS en el año 2008 propone la verificación a partir de 19 ítems, por parte del personal quirúrgico de una serie de prácticas seguras en tres momentos críticos de la atención pre-operatoria: 1) antes de la administración de la anestesia; 2) antes de la incisión de la piel; y 3) antes de que el paciente abandone el quirófano.

A partir de ello en nuestro país se elabora la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía según R.M.- No. 1021 – 2010/MINSA.³

Sin embargo, la adherencia al registro de la lista de verificación de cirugía segura, aun no es uniforme y óptimo en todas las instituciones de salud donde se realizan intervenciones quirúrgicas, pues según reporte de estudios de investigación, hay hospitales que tienen un nivel de cumplimiento por debajo del 50%, otros de un 70% a más, así tenemos dos trabajos internacionales en diferentes países que tienen resultados opuestos, el primero realizado por Freitas M. (2013), en Brasil, quien realizó un estudio en dos hospitales universitarios, con el objetivo de evaluar la adherencia a la lista de verificación de la OMS, en cirugías de las especialidades Urología y Ginecología, de las cuales se detectó que el 61% tenía la lista de chequeo pero solo el 4% estaba completamente diligenciada.⁴ y el segundo reportado por Astudillo, K. (2015), quien realiza un estudio para verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el hospital Moreno Vázquez, Gualaceo – Ecuador, obteniendo que: la aplicación del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%.²²

Por otro lado, en un estudio nacional Torres, A. (2016), determinó el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura en el servicio del centro quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo en agosto 2016. Obteniendo como resultado que sólo el 0.7% de los casos cumple de forma excelente, 0.7% de forma parcial, 2.2% de forma mínima y el 96.4% no cumple con la lista de verificación de cirugía segura.²³

Asimismo el llenado refleja la participación activa del equipo quirúrgico en la intervención y su grado de adherencia según su especialidad, por ello hay ítems que corresponden al cirujano específicamente, otros al anestesiólogo y a la enfermera, por ello una evaluación del registro ayudara a identificar si hay una participación activa y comprometida, tal como lo describe Tornero, E. (2017), quien realizó un estudio para determinar la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo. Encontrando que el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,468$; Sig. = 0,000) entre las variables de estudio Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, es estadísticamente significativo al nivel de p .¹¹

El llenado de la lista segura está dentro de las funciones de la enfermera circulante, quien lidera la aplicación y registro correcto de este instrumento validado y elaborado por un equipo multidisciplinario a nivel mundial, sensibilizando y buscando la participación de todo el equipo quirúrgico a fin de identificar oportunamente factores que puedan modificarse oportunamente y evitar daños al paciente, asimismo a partir de un correcto

llenado del instrumento se va a llegar a realizar un proceso de atención de enfermería adecuado.

El profesional de enfermería cumple un rol muy importante en el cumplimiento de la aplicación y correcto llenado de la hoja de cirugía segura en las tres etapas de la intervención, pues de su labor y empatía depende que el equipo quirúrgico cumpla con la verificación de todos los ítems propuestos en la lista de verificación de cirugía segura, asimismo es responsabilidad del profesional de enfermería un correcto llenado de este instrumento, de allí la importancia de describir, analizar y evaluar luego de 7 años, si este instrumento es llenado correcta y completamente, para desde allí, tomar medidas dirigidas a reforzar, felicitar o sensibilizar respecto al registro correcto del documento, y de esa manera ir generando una cultura de seguridad dentro del equipo quirúrgico, asimismo la investigación al respecto es limitada y poco actualizada, por ese motivo también se cree conveniente continuar evaluando en el tiempo este aspecto, para que a partir de allí se continúen planteando otros estudios de investigación al respecto, se proponga un plan para mejorar aquellos aspectos aún débiles y se asegure la participación de todo el personal involucrado en la intervención quirúrgica, quizás también se puede lograr a través de este estudio que los actores que deciden y dirigen una institución pueden ayudarse de los resultados de esta investigación para tomar acciones para corregir o mejorar el llenado de este instrumento.

Así mismo la presente investigación contribuye con la mejora continua en el registro de este instrumento orientado a prevenir daños a la persona, familia y sociedad, y será de utilidad, pues los resultados beneficiaran a un

significativo número de personas que diariamente se someten a una intervención quirúrgica y también facilitara tener una base para realizar procesos de atención de enfermería, basados en un adecuado registro.

Los resultados permiten describir el registro correcto de la lista de cirugía segura, según ítems ya establecidos por la Organización Mundial de la Salud y adaptados a nuestra realidad por el Ministerio de Salud, los mismos que pueden ser usados para establecer estrategias de sensibilización si el caso lo amerita o demostrar que existe un compromiso y concientización en la aplicación adecuada de este instrumento, cuya finalidad es la participación activa de todo el equipo quirúrgico, importante para minimizar riesgos y favorecer un restablecimiento oportuno de la persona y evitar complicaciones que generan mayor estancia hospitalaria e incremento de gasto económico.

El hospital nacional Dos de Mayo por ser una institución de referencia a nivel nacional y haber incrementado su jurisdicción, tiene una gran afluencia de pacientes, especialmente quirúrgicos, para diferentes especialidades, especialmente para cirugía general, distribuidos en cuatro servicios y con número a veces restringido de camas debido a que la demanda es mayor que la oferta, probablemente por el crecimiento demográfico y concentración de la población en zonas urbanas, esto genera que haya incremento de intervenciones y por tanto conlleva a mayor exigencia respecto a la seguridad del paciente y por supuesto del personal de salud, siendo la lista de verificación de cirugía segura un instrumento importante en la prevención de eventos adversos.

Un trabajo y comunicación conjunta del equipo quirúrgico, es muy relevante para que la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura sea correcta y tenga éxito, constituyéndose en el instrumento para evitar complicaciones y evitar daños producto de errores humanos, ya que los ítems facilitan que el equipo quirúrgico, verifique aspectos básicos y que a veces parecen rutinarios los mismos que pueden evitar errores que repercutan en la estancia hospitalaria o incluso en la calidad de vida de la persona que acude buscando solucionar su dolencia.

El problema investigado en este trabajo es: ¿Cómo es el registro de la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo, en el 2017?, para lo cual se tuvo como objetivo general: Determinar el registro de la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo, en el 2017, siendo los objetivos específicos:

- Determinar el registro de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de entrada de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo en el 2017.
- Determinar el registro de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de pausa de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo en el 2017.
- Determinar el registro de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de salida de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo en el 2017.

- Analizar otros registros consignados en la lista de verificación de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo en el 2017.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño Metodológico

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, retrospectivo de tipo descriptivo y corte transversal.

2.2. Diseño Muestral

El estudio se llevó a cabo en el hospital nacional Dos de Mayo, donde se realizaron 1453 intervenciones quirúrgicas de cirugía general programadas durante el año 2017.

Muestra: Para determinar el tamaño adecuado de la muestra con población finita se hizo uso del muestreo aleatorio simple utilizando la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

donde:

N= 1453 (Total de la población)

Z²= 1.96² (ya que el nivel de confianza es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 0.9)

q= 1-p (en este caso 0.1)

d= precisión (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando valores

$$n = \frac{1453(1.96)^2 \times 0.9 \times 0.1}{(0.05)^2 \times (1452) + (1.96)^2 \times 0.9 \times 0.1}$$

$$n = 126$$

2.3. Técnicas de recolección de datos

Como técnicas se empleó la revisión documental de Listas de Cirugía Segura, las mismas que se ubicaron dentro de Historias Clínicas, y se usó como instrumento una ficha de registro, en función a la lista de verificación de cirugía segura oficial del hospital nacional Dos de Mayo, la cual se ajusta a la establecida por el Ministerio de Salud, la misma que está detallada en la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía según R.M.- No. 1021 – 2010/MINSA³

La ficha de registro, la misma que está estructurada en 3 fases, la primera fase (fase de entrada) contiene 13 ítems, la segunda 06 ítems y la tercera incluye 09 ítems.

2.4. Procesamiento y análisis de datos

Luego de la recolección de datos se procedió a revisar cada uno de las fichas de registro con la finalidad de determinar los datos faltantes posteriormente se hizo una corrección y la respectiva codificación. La información habilitada y revisada se ingresó al programa estadístico SPSS versión 24.0 y con ayuda del programa Microsoft Excel 2015, se procedió a elaborar los resultados, los cuales se presentan mediante tablas simples y de doble entrada.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

Registro de verificación de cirugía segura en la fase de entrada en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo– 2017

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA FASE DE ENTRADA	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Paciente confirma identidad	125	99.2	1	0.8
Paciente confirma zona quirúrgica	125	99.2	1	0.8
Paciente confirma Procedimiento Quirúrgico	125	99.2	1	0.8
Verifica firma de consentimientos informados	125	99.2	1	0.8
Zona quirúrgica identificada	120	95.2	6	4.8
Alergia	120	95.2	6	4.8
Vía aérea/riesgo de aspiración	120	95.2	6	4.8
Equipos completos	118	93.7	8	6.3
Pulsoxímetro	118	93.7	8	6.3
Profilaxis antibiótica	118	93.7	8	6.3
Equipos e instrumental de apoyo en riesgos	114	90.5	12	9.5
Imágenes diagnósticas	56	44.4	70	55.6
Riesgo de pérdida de sangre	49	38.9	77	61.1
PROMEDIO		87.5		12.5

En la Tabla N°1, se puede evidenciar que los ítems confirmación de identidad, zona quirúrgica, procedimiento quirúrgico y firma de consentimientos informados alcanzaron un 99.2% cada uno, los ítems zona quirúrgica identificada, alergia, riesgo de aspiración, obtuvieron un 95.2% de registro, los ítems equipos completos, pulsoxímetro y profilaxis antibiótica tienen un 93.7% de registro cada una, sólo los ítems riesgo de pérdida de sangre y presencia de imágenes diagnósticas no fueron

registrados en un 61.1% y 55.6% respectivamente, siendo el promedio de registro obtenido en la fase de entrada del 87.5%.



TABLA N° 2

Registro de verificación de cirugía segura en la fase de pausa en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional
Dos de Mayo – 2017

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA EN LA FASE DE PAUSA	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Identidad del paciente, zona quirúrgica y procedimiento	123	97.6	3	2.4
Eventos críticos: cirujano	123	97.6	3	2.4
Cumplimiento del protocolo de asepsia quirúrgica	123	97.6	3	2.4
Equipo e instrumental disponible y contabilizado	123	97.6	3	2.4
Presentación de los miembros del equipo	122	96.8	4	3.2
Eventos críticos: anestesista	122	96.8	4	3.2
PROMEDIO		97,3		2.7

En la tabla N°2, se puede observar que los ítems identidad del paciente, eventos críticos: cirujano, cumplimiento del protocolo de asepsia y equipo e instrumental disponible y contabilizado evaluados en la fase de pausa han sido registrados en un 97.6%, mientras que la presentación de los miembros del equipo y eventos críticos: anestesista fueron registrados en un 96.8 % de listas de verificación de cirugía segura, obteniéndose como promedio de registro en esta fase al 97.3% de las lista de Cirugía segura.

TABLA N° 3

Registro de verificación de cirugía segura en la fase de salida en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional
Dos de Mayo – 2017

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA EN LA FASE DE SALIDA	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Firma del anestesiólogo	126	100	0	0
Firma de la enfermera circulante	126	100	0	0
Firma del cirujano	125	99.2	1	0.8
Firma de la enfermera instrumentista	124	98.4	2	1.6
Recuento del instrumental, gasas y agujas	123	97.6	3	2.4
Etiquetado de muestras	122	96.8	4	3.2
Estado en que paciente sale de URPA	115	91.3	11	8.7
Problemas con los equipos	85	67.5	41	32.5
Informe del equipo quirúrgico	101	80.2	25	19.8
PROMEDIO		92.3		7.7

En la tabla N°3, se puede evidenciar respecto al registro de firma del equipo quirúrgico, que tanto el anestesiólogo como la enfermera circulante registraron en un 100 % su firma, mientras que el cirujano y enfermera instrumentista lo hicieron en un 99.2% y 98.4% respectivamente; el ítem etiquetado de muestras se registró en un 96.8%, el estado en que paciente sale de URPA en un 91.3%, sólo los ítems problema con los equipos y revisión de recuperación/tratamiento no fueron registrados en un 32.5% y 19.8% respectivamente. El promedio de registro obtenido en la fase de salida es del 92.3%.

TABLA N° 4

Registro de observaciones en las lista de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA CON REGISTRO DE OBSERVACIONES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Observaciones	49	38.9	77	61.1

En la tabla N°4, se puede observar que del total de listas de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general revisadas hay un 38.9% que contienen registro de observaciones y un 61.1% en los cuales no se hacen estos registros.

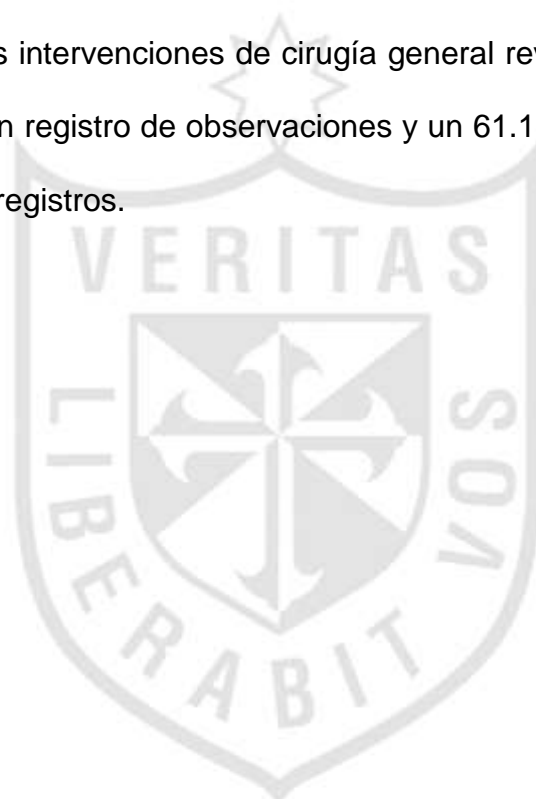


TABLA N° 5

Registro de observaciones más frecuentes en las lista de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general del hospital nacional Dos de Mayo – 2017

OBSERVACIONES MAS FRECUENTES EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA	N° *	%
Cambio de enfermeras responsables	19	38.8
Describe detalle relevantes de como ingresa y/o sale el paciente	19	38.8
Carencia de insumos en farmacia	12	24.5
Incidentes con equipos, personal u otros	12	24.5
Exámenes intraoperatorios realizados	11	22.5
Cantidad de consumo de insumos o materiales especiales	9	18.4

* En algunas LVCS se consignó más de dos observaciones

En la tabla No. 06, se puede observar que las observaciones que se registran con mayor frecuencia son, cambio de enfermera responsable en un 38.8%, descripción de detalles relevantes de cómo ingresa y/o sale el paciente en un 38.8%, en el 24.5% intervenciones quirúrgicas la LVCS, registra carencia de insumos en farmacia o incidentes con equipos, personal u otros, asimismo en el 22.5% de ellas se registró los exámenes intraoperatorios realizados y en el 18.4% la cantidad de consumo de insumos o materiales consumidos.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio muestra los resultados de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) en un hospital de III nivel, el cual permitió abordar los siguientes resultados que se analizan.

En la fase de entrada se obtuvo un registro completo en el 87.5% de las listas de verificación segura (LVCS), siendo los ítems de riesgo de pérdida de sangre y presencia de imágenes diagnósticas los que tienen un menor porcentaje de registro (38.9% y 44.4% respectivamente), estos datos coinciden con Izquierdo, I. (2015) , quien indica que un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista¹⁰; igualmente Astudillo, J. (2015) en Ecuador, encontró que en el preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%²². El avance en el registro de las LVCS ha sido significativo desde que la Organización Mundial de Salud (2008), plantea el uso de este instrumento, han transcurrido nueve años, y los resultados reflejan que hay respuesta adecuada respecto al registro de este instrumento, pero no se debe desestimar que hay un porcentaje considerable que no registra la pérdida de sangre prevista dato que debe ser brindado por el cirujano, ese punto sería importante revisarlo con otro

trabajo de investigación, pues un registro inadecuado o incompleto, puede conllevar a problemas legales, pues es muy probable que el paciente pase con reserva de banco de sangre, pero no verificar este aspecto u obviar el registro, puede sugerir que no se hizo el procedimiento respectivo. Asimismo el aspecto de imágenes diagnósticas no se registra aun teniendo la opción "No aplica", esto podría estar relacionado con limitada capacitación en el correcto llenado del formato o que no se cuente con el examen, esto es difícil que suceda, pues es protocolar solicitar exámenes.

En la fase de pausa se tiene un registro promedio de 97.3%, el estudio coincide con el de Astudillo, Juan (2015) quien indica que en su estudio encontró que en el intraoperatorio se cumple en un 92.1%²². Este resultado, muestra que transcurridos nueve años desde la disposición del uso de este instrumento, el hospital nacional Dos de Mayo, tiene un buen registro en esta etapa de la cirugía.

En la fase de salida se obtuvo un registro promedio de 92.3% en las listas de verificación segura (LVCS) evaluadas, los indicadores con menor registro son problema con los equipos y revisión de recuperación/tratamiento los que tienen un menor porcentaje de registro (32.5% y 19.8% respectivamente), los resultados obtenidos coinciden con los de Izquierdo, I (2015), quien reporta que un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente¹⁰ y con los de Astudillo, J. (2015)

quien encuentra que en el postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%²².

El registro de la lista de cirugía segura es de un 92.3%, sacando un promedio de las 3 fases, estos datos comparándolos con estudios internacionales tienen similitud con los obtenidos por Freitas, M (2013) quien reporta que en Rio Grande Brasil sólo un 61% tenía la lista de chequeo pero solo el 4% estaba completamente diligenciada, asimismo considera que las normas de seguridad se despliegan mejor cuando hay estructuras de liderazgo y es posible, es importante que haya un líder que permita enlazar las actividades individuales pero complementarias de cada miembro del equipo quirúrgico⁴. Asimismo en Nicaragua; Murillo, A (2014) al revisar la hoja de verificación de cirugía segura encontró que sólo en un 40% se está realizando un buen manejo de la hoja, lo que le mostró un déficit en el llenado⁶, Noguera, P (2015), encuentra en un hospital de Medellin que el 61% de los cuestionarios tuvieron un porcentaje de asertividad superior al 50%⁹, los resultados de los estudios que más se acerca a los resultados obtenidos son el de Pozo, C (2015), realizado en Quito, quien obtiene que en un 79% se cumplió con los ítems de la lista de verificación de cirugía segura⁸ y el de Astudillo, J. (2015), también de Ecuador, quien encontró que la aplicación del manual de LVCS se realizó de manera óptima en un 91.9%²².

Es importante analizar los resultados obtenidos en este trabajo con los obtenidos por Torres, A. (2016) en Huancayo quien obtiene que el 96.4

no cumple con la lista de verificación de cirugía segura y concluye que el personal de centro quirúrgico no cumple con la lista de verificación de la cirugía segura (LVCS), en los tres momentos⁵. Asimismo Izquierdo, I (2015), quien realiza un estudio similar y en la misma institución tres años antes y obtiene que el 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura frente a un 32% que cumple¹⁰; si analizamos y profundizamos más en el detalle del trabajo se puede tener en cuenta que su estudio fue realizado con intervenciones quirúrgicas de emergencia, y este trabajo con intervenciones quirúrgicas programadas, quizás este es un factor que podría explicar la diferencia significativa en los datos, posiblemente en las cirugía de emergencia, el tiempo que se da al registro o verificación de los ítems no es el mismo por el hecho que se está frente a un estado de estrés más intenso y donde el tiempo es muy valioso para salvar la vida de un paciente, es diferente atender a un paciente que tiene pocos minutos para salvar la vida a uno que ingresa consiente, con toda la preparación óptima y en quien se ha tenido un proceso de obtención de exámenes, análisis y estudios con mayor detenimiento. Otro punto importante considero es el tiempo, el estudio de Izquierdo, I (2015) es de tres años atrás, quizás en el tiempo transcurrido, se ha tenido capacitaciones previas, mayor sensibilidad, mayor familiaridad con el instrumento, u otros motivos, por ejemplo Tornero, E (2017), en su estudio encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) y su aplicación por el profesional de enfermería en Centro Quirúrgico¹¹, otro estudio que puede contribuir a explicar estas diferencias es el de Flores, M (2015), quien realiza un

estudio en Iquitos quien encontró que existe relación estadística significativa entre la edad, profesión, tiempo en el área quirúrgica, conocimiento de la lista y el tipo de cirugía de mayor frecuencia con el cumplimiento de la LVCS⁷. Así también Murillo, A. (2014) mostró que la principal dificultad está al momento de hacer cumplir la LVCS de manera verbal a como lo establece la organización mundial de la salud y que en la mayoría de los casos se observó que esta dificultad se da porque el personal da por hecho alguno de los ítems por la razón de tener el expediente en sus manos⁶.

En el instrumento usado por el hospital nacional Dos de Mayo, se registran observaciones que dejan libertad a los profesionales de consignar en forma abierta alguna información que consideren importante o resaltante durante el proceso quirúrgico es así que se obtiene que del total de listas de cirugía segura de las intervenciones de cirugía general revisadas hay un 38.9% que contienen registro de estas y un 61.1%, no registran, no se ha encontrado estudios que hagan referencia a este aspecto, pero se consideró importante pues algunos profesionales consideran que hay aspectos que deben ser evaluados, identificados y abordados por las instancias correspondientes, incluso por el área de calidad, que es quien revisa y contribuye con estudios, encuestas a mejorar la calidad de atención de la institución, debe considerarse pues se acerca a un 40%, porcentaje nada despreciable, es así que no se debe desestimar estas anotaciones, pues llevan un gran aporte a ser

considerado en la prestación de un mejor servicio o en la corrección de condiciones que se consideran pueden mejorarse o fortalecerse.



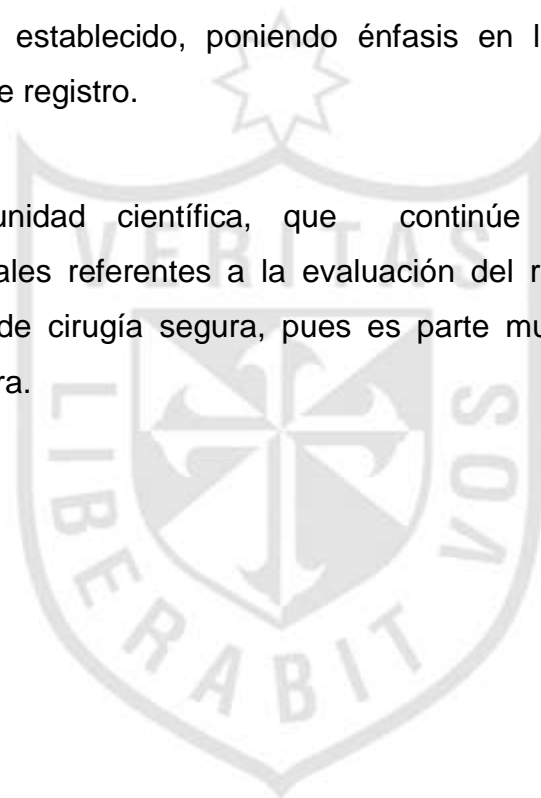
V. CONCLUSIONES

- En la fase de entrada se tuvo que la mayoría de ítems fueron registrados completamente, siendo los ítems con menor registro imágenes diagnósticas y riesgo de pérdida de sangre.
- En la fase de pausa todos los ítems tuvieron un registro completo de la lista de verificación de cirugía segura.
- En la fase de salida la mayoría de ítems fueron registrados completamente, teniendo como ítems con menor porcentaje de registro los problemas con los equipos e informe del equipo quirúrgico.
- Las observaciones que se registraron con mayor incidencia fueron: cambio de enfermeras responsable, detalles del ingreso y salida del paciente, carencia de insumos, incidentes, exámenes intraoperatorios realizados y cantidad de consumo de insumos o materiales.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- A la institución, sensibilizar y capacitar al equipo quirúrgico en el registro completo de la lista de verificación de cirugía segura, teniendo en cuenta el protocolo establecido, poniendo énfasis en los ítems con menor porcentaje de registro.
- A la comunidad científica, que continúe con investigaciones observacionales referentes a la evaluación del registro de la lista de verificación de cirugía segura, pues es parte muy importante de una cirugía segura.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Ediciones la OMS [Internet]. 2008;32. [consulta el 15 de agosto del 2017]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
2. Shiraishi Zapata Carlos. Monitorización de indicadores nacionales de atención quirúrgica en el sistema sanitario peruano. Revista Colombiana de Anestesiología. Volumen 45 (3). [Internet]. 2017, Pag. 210-215. [consulta el 15 de agosto del 2017]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120334717300369/1-s2.0-S0120334717300369-main.pdf?_tid=86a72b34-a9e9-11e7-ac32-0000aab0f01&acdnat=1507220791_4c26c1f8f643c78996b09ad33ee04320g
3. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Lima: Ministerio de Salud. [Internet]. 2011. [consulta el 15 de agosto del 2017]. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf
4. Cadernos de Saúde Pública - Assessment of adherence to the WHO surgical safety checklist in urological and gynecological surgeries at two

- teaching hospitals in Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. [Internet]. 2014. [consulta el 25 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/lil-700170>
5. Torres B, Nolasco, A, Maciá L, Cervera A, Seva A, Barbera C. Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. Rev. Enfermería Global No. 41. [consulta el 25 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/206611>
 6. Amaya Murillo, María Esmeralda y Hernández Galán, María Fernanda. Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el II semestre del año 2014. [tesis], Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015 Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1038>.
 7. Flores, M. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura: Factores relacionados. Perú, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; [Internet]. 2015. [consulta el 25 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5186>
 8. Pozo, C. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la Organización Mundial Salud desde la perspectiva del paciente en el Hospital Metropolitano. [Tesis Postgrado]. Quito, Universidad Central del Ecuador; 2015. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>.

9. Noguera L, Molina J. Adherencia al instructivo para la seguridad quirúrgica medido a través del personal técnico en salud de una institución pública de tercer nivel. [Internet]. Medellín; 2015. Pag. 11. [consulta el 25 de agosto del 2017]. Disponible en:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4182/1/ADHERENCIA_INSTRUCTIVO_SEGURIDAD.pdf.

10. Izquierdo, F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado. [Internet]. 2016. 58 h. [consulta el 25 de agosto del 2017].

Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5078>

11. Tornero Tasayco E. Conocimiento sobre la lista de verificación de Cirugía Segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo. [Tesis Postgrado]. Perú, Universidad Peruana Unión;2017.

Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1929>

12. Aranaz, J. Aibar C. Marco conceptual de la Seguridad Clínica del Paciente. In: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira J, editors. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes Madrid: Diaz de Santos;

2008. P. 223-228.

Disponible en: <http://proyectoidea.com/publicaciones/capitulo33.pdf>

13. Reason J, Human error: models and management. BMJ 2000; 320 (7237) 768-770. [consulta el 15 de setiembre del 2017]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768.short>

14. OMS. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. [Internet]. 2009. [consulta el 15 de agosto del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

15. Rivero GD, Nolasco GA, Puntunet BM, Cortés VG. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez”). Revista mexicana de enfermería cardiológica. Mayo – Agosto 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20/r20-047.php>

16. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011. . [consulta el 15 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>

17. Colaboradores de Wikipedia. Cirugía general [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2017 [consulta el 9 de noviembre del 2017].

Disponible en:

<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cirug%C3%ADa_general&oldid=98964763>.

18. MINSALUD. Guía técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención de salud. UNAD. [Internet]. 2007. [consulta el 12 de setiembre del 2017]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
19. Restrepo FR. ¿Qué es un evento adverso. Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de la Protección Social 2007.; 2:9-10. [consultado el 02 febrero 2018]. Disponible en:
URL:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documentos/>.
20. Saad, E. Seguridad del paciente quirúrgico. Artículo. Universidad El Salvador. [consultado el 02 febrero 2018]. Disponible en:http://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/la_seguridad_del_paciente_quirurgico.pdf.
21. Enfermería Comunitaria: Material complementario. [consultado el 02 febrero 2018]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/TRANSOPERATORIO.pdf>
22. Astudillo Juan y Espinosa Karla. Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo. [Tesis Pregrado]. Universidad de Cuenca. Ecuador; 2015. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/handle/123456789/23079>

23. Torres Gonzales, Angela. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo. [Trabajo académico Posgrado]. Universidad San Martín de Porres. Lima, 2016. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2888>



VII. ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL “REGISTRO DE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LAS INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2017”

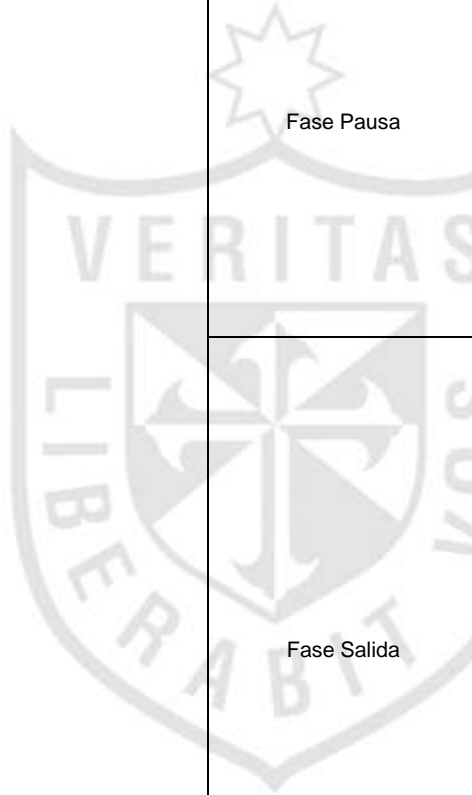
H.CL.:	Intervención Quirúrgica Realizada:		
FASE	ITEM	SI REGISTRO	NO REGISTRO
FASE DE ENTRADA			
PERSONAL DE ENFERMERIA CONFIRMA:			
1	Identidad del paciente		
2	Zona quirúrgica		
3	Procedimiento Quirúrgico		
4	Firma de los consentimientos informados		
ANESTESIOLOGO VERIFICA:			
5	Se ha marcado el sitio quirúrgico		
6	Confirmado chequeo completo de la seguridad de equipos de anestesia		
7	Oxímetro de pulso funcionando		
8	Alergia conocida		
9	Vía respiratoria difícil, riesgo de aspiración		
10	En este caso, hay instrumental y equipos de ayuda disponible?		
11	Antibióticos profilácticos en últimos 60 min?		
CIRUJANO VERIFICA:			
12	Riesgo de pérdida de sangre mayor a 500 ml (Mayor 7ml/kg en niños)		
13	Imágenes radiográficas exhibidas		
FASE DE PAUSA			
PERSONAL DE ENFERMERIA VERIFICA VERBALMENTE CON EL EQUIPO			
1	Todos los miembros del equipo se han presentado verbalmente por su nombre y rol		
2	Se confirma la identidad del paciente, procedimiento y sitio quirúrgico		
PERSONAL DE ENFERMERÍA VERIFICA VERBALMENTE CON EL CIRUJANO			
3	Existen probables complicaciones que puedan presentarse, incrementos del tiempo operatorio, pérdida de sangre		
PERSONAL DE ENFERMERÍA VERIFICA VERBALMENTE CON EL ANESTESIOLOGO Y CIRUJANO:			
4	Si el paciente tiene algún problema de salud y el plan terapéutico realizado		
PERSONAL DE ENFERMERÍA VERIFICA VERBALMENTE CON EL INSTRUMENTISTA			
5	Esterilización del equipo e instrumental confirmado con los indicadores de resultados.		
6	Equipo instrumental disponible y contabilizado		

FASE DE SALIDA			
PERSONAL DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO			
1	El recuento de Instrumentos, gasas, agujas son correctos		
2	La muestra o espécimen está etiquetado (incluye el nombre del paciente)		
3	Identifica problemas con equipos e instrumentos		
4	Cirujano: Elabora el Informe Operatorio e indicaciones en HC. Anestesiólogo y Enfermera refieren observaciones en la recuperación, y explican el manejo del paciente.		
5	El paciente sale a Unidad de Recuperación Pos anestésica		
6	Firma del Cirujano		
7	Firma del Anestesiólogo		
8	Firma de la Enfermera Instrumentista		
9	Firma de la Enfermera Circulante		
OBSERVACIONES			



(ANEXO B)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Registro de la Lista de Cirugía Segura	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:	Grado en que se cumple con el registro de los ítems de las tres fases del procedimiento quirúrgico	Fase Entrada	Cualitativa	Ordinal	Paciente se identifica
				Cualitativa	Ordinal	Paciente identifica zona quirúrgica
				Cualitativa	Ordinal	Paciente conoce Procedimiento Quirúrgico
				Cualitativa	Ordinal	Firma de consentimientos informados
				Cualitativa	Ordinal	Zona quirúrgica identificada
				Cualitativa	Ordinal	Equipos completos
				Cualitativa	Ordinal	Pulsoxímetro
				Cualitativa	Ordinal	Alergia
				Cualitativa	Ordinal	Vía aérea/riesgo de aspiración
				Cualitativa	Ordinal	Equipos e instrumental de apoyo en riesgos
				Cualitativa	Ordinal	Profilaxis antibiótica
				Cualitativa	Ordinal	Riesgo de pérdida de sangre
Cualitativa	Ordinal	Imágenes diagnósticas				

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
			 <p>Fase Pausa</p> <p>Fase Salida</p>	Cualitativa	Ordinal	Presentación de los miembros del equipo
				Cualitativa	Ordinal	Identidad del paciente, zona quirúrgica y procedimiento
				Cualitativa	Ordinal	Eventos críticos: cirujano
				Cualitativa	Ordinal	Eventos críticos: anestesista
				Cualitativa	Ordinal	Cumplimiento del protocolo de asepsia quirúrgica
				Cualitativa	Ordinal	Equipo e instrumental disponible y contabilizado
				Cualitativa	Ordinal	Recuento del instrumental, gases y agujas
				Cualitativa	Ordinal	Etiquetado de muestras
				Cualitativa	Ordinal	Problemas con los equipos
				Cualitativa	Ordinal	Informe del equipo quirúrgico
				Cualitativa	Ordinal	Estado en que paciente sale da URPA
				Cualitativa	Ordinal	Firma del cirujano
				Cualitativa	Ordinal	Firma del anestesiólogo
				Cualitativa	Ordinal	Firma de la enfermera Instrumentista
			Cualitativa	Ordinal	Firma de la enfermera Circulante	

(ANEXO C)



Jesús María, 01 de febrero de 2018

Oficio N° 013-2018-IDI-FOE-USMP

Mg. Obst.
Tula Zagarra Samamé
Directora de la Sección Post Grado
Facultad de Obstetricia y Enfermería - USMP
Presente -



Ref.: Oficio N° 012-2018-SPG-FOE-USMP

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al oficio de la referencia, remitirle la revisión realizada por el Comité de Ética e Investigación del Proyecto de Investigación de la Srta. FLORES PEREZ, ROXANA MILAGROS, egresada de la 2da ESP CENTRO QUIRURGICO, el mismo que, a criterio de los miembros del Comité, **CUMPLE** con los requisitos detallados a continuación.

1. El proyecto va acorde con la política y líneas de Investigación de la institución.
2. Los objetivos del proyecto son claros y adecuados.
3. Los aspectos éticos de la investigación son claros y corresponden según el objetivo de la investigación.

Sin embargo, se le hace llegar las siguientes recomendaciones que deberán ser incorporadas al trabajo:

1. Revisar cuadro de variables.

Agradeciendo anticipadamente su atención, aprovecho la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Dra. Yelis Roa Meggo
Directora del Instituto de Investigación

YRM:shr
Asj. 01 Proyecto

Facultad de Obstetricia y Enfermería
Av. Salaverry N° 1136 - Jesús María
Telf: 471-1171 / 471-9682 / 471-6791
foe@usmp.pe
www.usmp.edu.pe/foeobstetri/index.php

(ANEXO D)



LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

DEPTO. ANESTESIA
CENTRO QUIRÚRGICO

Apellido y Nombre del Paciente: H.C.L.: Fecha:/..../..

Hora de Ingreso del Paciente: Diagnóstico de Ingreso: Nombre del Procedimiento: Quirófano N°

CIRUGÍA PROGRAMADA:	CIRUGÍA DE EMERGENCIA:	REINTERVENCIÓN DE EMERGENCIA:								
1. AL INGRESAR A SALA DE OPERACIONES	2. ANTES DE LA INCISION	3. ANTES DE SALIR DE SALA DE OPERACIONES								
Hora de Inducción Anestésica:	Hora de Inicio de Incisión:	Hora de término de operación:								
1.1. Personal de enfermería Confirmará con el paciente	2.1. Personal de enfermería verifica verbalmente con el equipo:	3.1. Personal de enfermería confirma verbalmente con el equipo:								
* Identidad del paciente	* Todos los miembros del equipo se han presentado verbalmente por su nombre y rol.	El recuento de Instrumentos, gases y agujas son correctos.								
* Zona Quirúrgica	* Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentista confirman verbalmente nombre del paciente, Zona quirúrgica y procedimiento.	<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No				
	Si									
	No									
* Procedimiento Quirúrgico		* La muestra o espécimen está etiquetado (incluye el nombre del pte.)								
* Firma de los consentimiento informados		<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>No aplica</td></tr></table>		Si		No		No aplica		
	Si									
	No									
	No aplica									
1.2. Anestesiólogo verifica:	2.2. Personal de enfermería verifica verbalmente con el cirujano	* Identifica problemas con equipos e instrumentos.								
* Zona quirúrgica	* Existen probables complicaciones que pueden presentarse, incrementos de tiempo operatorio, pérdida de sangre	<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No				
	Si									
	No									
<table border="1"><tr><td></td><td>Identificada</td></tr><tr><td></td><td>No identificada</td></tr><tr><td></td><td>No aplica</td></tr></table>		Identificada		No identificada		No aplica	2.3. Personal de enfermería verifica verbalmente con el Anestesiólogo y Cirujano:	* Cirujano: Escora el Informe Operatorio e indicaciones en PIC, Anestesiología y Enfermería refieren observaciones en la recuperación, y explican el manejo del paciente.		
	Identificada									
	No identificada									
	No aplica									
* Confirmado chequeo completo de la seguridad de equipos de anestesia	* Si el paciente tiene algún problema de salud y el plan terapéutico realizado	<table border="1"><tr><td></td><td>Despierto</td></tr><tr><td></td><td>Sedado</td></tr><tr><td></td><td>Estabado</td></tr><tr><td></td><td>Con Tabo ET</td></tr></table>		Despierto		Sedado		Estabado		Con Tabo ET
	Despierto									
	Sedado									
	Estabado									
	Con Tabo ET									
* Oxímetro de pulso funcionando	2.4. Personal de enfermería verifica verbalmente con el Instrumentista.	* El paciente sale a Unidad de Recuperación Postanestésica.								
* Alergia conocida?	* Esterilización del equipo e Instrumental confirmado con los indicadores de resultados.									
<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No	* Equipo instrumental disponible y contabilizado					
	Si									
	No									
* Via respiratoria difcil, riesgo de aspiración?										
<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No						
	Si									
	No									
* En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible?										
<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No						
	Si									
	No									
* Anfibríticos profilácticos en últimos 60 min.?										
<table border="1"><tr><td></td><td>Si</td></tr><tr><td></td><td>No</td></tr></table>		Si		No						
	Si									
	No									
1.3. Cirujano verifica:										
* Riesgo de pérdida de sangre >50ml (>1ml/kg en niños)?	Si verifica asociado a caso (S) y se trata con sangre en forma planificada									
<table border="1"><tr><td></td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>Si</td></tr></table>		No		Si						
	No									
	Si									
* Imágenes radiográficas exhibidas?										
<table border="1"><tr><td></td><td>No</td></tr><tr><td></td><td>No aplica</td></tr></table>		No		No aplica						
	No									
	No aplica									
Observaciones:										

Sello y Firma del Cirujano

Sello y Firma del Anestesiólogo

Sello y Firma de la Enfermera Circulante

Sello y Firma de la Enfermera Instrumentista

01.001.00000

ANEXO E



PERÚ Ministerio de Salud Hospital Nacional Dos de Mayo

CARTA N° 042 -2018-OACDI-HNDM

Lima, 05 de junio 2018

Licenciada:
ROXANA MILAGROS FLORES PEREZ
Investigadora Principal
Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
REF : REGISTRO N° 08495

De mi mayor consideración,

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con Memo N°0463-2018-DC-HNDM el departamento de Cirugía, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado:

"REGISTRO DE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LAS INTERVENCIONES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2017"

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

La presente aprobación tiene vigencia a partir de la fecha y **expira el 04 de junio del 2019.**

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Dr. JOHNNY RICARDO NORZAN DELGADO
C.A.U. 2191 y R.M.S. 19950
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

CARTA N° 071-EI
JRMD /LNBC/eva