

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN



MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN ANESTESIA Y
REANIMACION

“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”

Autores:

María Esmeralda Amaya Murillo

María Fernanda Hernández Galán

Tutora:

Dra. Keyla Rodríguez

Medica Anestesióloga

Asesor:

Lic. Wilber Delgado

Managua, 18 de Febrero del 2015

RESUMEN:

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, durante las cirugías los riesgos de mortalidad y morbilidad son muchos, algunas veces predecibles y otras no. Por esta razón la organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 lanzó un proyecto dirigido a mejorar calidad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esta iniciativa denominada "Las prácticas seguras salvan vidas" tiene como objetivo reconocer ciertas normas mínimas quirúrgicas que puedan aplicarse de manera universal.

El presente trabajo tiene como objetivo principal describir las posibles dificultades que se presentan en el llenado de la hoja de verificación de cirugía segura a la hora de implementarla durante las cirugías en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, el por qué se empezó a implementar esta hoja en dicho hospital, se realizó una guía de observación para determinar el grado de implementación que se tiene con dicha lista de verificación y de esta forma ayudar que los pacientes tengan una cirugía segura.

En la revisión de la hoja de verificación de cirugía segura se encontró que solo en un 40% se está realizando un buen manejo de la hoja, lo que nos muestra que hay un déficit en el llenado de la hoja de verificación, lo cual es de preocupación puesto que la importancia de la hoja radica en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes que son llevados a sala de operación y por ende a disminuir la morbimortalidad tanto quirúrgica como de anestésica, el estudio cumplió con el objetivo y mostró que la principal dificultad esta al momento de hacer cumplir la lista de verificación de cirugía segura de manera verbal a como lo establece la organización mundial de la salud y que en la mayoría de los casos se observó que esta dificultad se da porque el personal da por hecho alguno de los ítems por la razón de tener el expediente en sus manos; llevándonos a la confirmación de nuestra hipótesis que si se presenta 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.

Opinión del tutor

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, durante las cirugías los riesgos de mortalidad y morbilidad son muchos, algunas veces predecibles, por lo cual son importantes ciertas normas mínimas quirúrgicas que puedan aplicarse de manera universal.

El presente trabajo que realizaron las bachilleras: María Esmeralda Amaya Murillo y María Fernanda Hernández Galán, tiene como objetivo principal Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura a la hora de implementarla durante una cirugía en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, ya que esta hoja de verificación se empezó a implementar desde hace una año en nuestro hospital, pero sin darles un seguimiento adecuado para detectar algunas dificultades en el llenado y el conocimiento del impacto que ha tenido para mejorar la seguridad tanto en la anestesia y cirugía.

Considero que este trabajo es de gran beneficio para nuestro servicio para fortalecer la iniciativa de la verificación de la hoja de anestesia segura, por lo que felicito a las compañeras por la selección del tema.

DEDICATORIA

Dedicamos esta monografía primeramente a Dios, por la vida, por su infinito amor y misericordia que nos ha brindado a lo largo de nuestras vidas y de esta carrera.

A nuestros padres, por su amor, tiempo, paciencia y apoyo en nuestra formación desde nuestra niñez hasta la actualidad.

A nuestros maestros, por su cariño, paciencia y disposición de transmitir sus conocimientos con ardua dedicación, en especial a nuestra tutora Dra. Keyla Rodríguez, quien nos brindó su cariño, tiempo y apoyo durante la realización de nuestro trabajo, a nuestros maestros Dr. Martin Casco y Lic. Wilber Delgado por sus atenciones y apoyo para realizar con esmero nuestra monografía.

A nuestras amistades que nos brindaron su apoyo a lo largo de nuestra carrera.

AGRADECIMENTOS

Primeramente le agradezco a Dios por darme las fuerzas la inteligencia y la sabiduría pero sobre todo por su amor y misericordia que me regalo hasta este momento de mi vida.

A mis padres y familia por el apoyo tanto sentimental como monetario para la realización de esta monografía.

A mis tutores Dra. Keyla Rodríguez y Lic. Wilber Delgado por a vernos prestado su tiempo dedicación y paciencia en la realización de esta monografía.

María Fernanda Hernández Galán

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por su amor, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias, tanto buenas como malas porque a los que aman a Dios todo les obra para bien.

A mis padres Cándida y Martin, por su amor, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado desde mi niñez, por luchar siempre para poder tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, ser mis pilares y por mi mayor ejemplo a seguir.

A mis hermanas Fátima, Yenetsy y Candymar, por ser parte importante de mi vida, por su apoyo y disposición cuando las necesite.

A mi amado novio Joel Sequeira Osegueda, quien ha sido parte importante de mi vida, por su amor, apoyo, comprensión, paciencia y disposición de ayudarme siempre que lo necesite.

A mi compañera y amiga María Fernanda, quien ha sido un gran apoyo en la realización de este trabajo, por su paciencia y cariño.

A mi tutora Dra. Keyla Rodríguez, a nuestros asesores Lic. Wilber Delgado y Dr. Martin Casco, por su confianza, apoyo y disposición incondicional para ayudarnos en este trabajo.

A todas y cada una de las personas que han influido en mi vida y han sido de apoyo para la culminación de esta, en especial a Lic. Martha la persona que más nos brindó una mano amiga durante el tiempo de nuestra carrera, por disposición y quien nos quiere sin condición.

María Esmeralda Amaya Murillo.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	2
II.	OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	4
III.	MARCO TEORICO.....	5
IV.	HIPOTESIS.....	23
V.	DISEÑO METODOLOGICO.....	24
	1. Tipo de estudio.....	24
	2. Área de estudio.....	24
	3. Tamaño de la muestra.....	25
	4. Criterios de inclusión.....	25
	5. Criterios de exclusión.....	25
VI.	MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
VII.	PLAN DE ANALISIS.....	41
VIII.	PLAN DE TABULACION.....	42
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
X.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	55
XI.	CONCLUSION.....	58
XII.	RECOMENDACIONES.....	59
XIII.	BIBLIOGRAFIA.....	60
XIV.	ANEXOS.....	62



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



I. Introducción

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, durante las cirugías los riesgos de mortalidad y morbilidad son muchos, algunas veces predecibles y otras no. Por esta razón la organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 lanzó un proyecto dirigido a mejorar calidad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esta iniciativa denominada "Las prácticas seguras salvan vidas" que tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

El Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca (HEALF) es el primer y único hospital público que hace aproximadamente un año decide implementar el uso de la lista de verificación debido a deficiencia que se han presentado anteriormente entre la comunicación del equipo quirúrgico, llevándolos a tomar decisiones incorrecta y a realizar procedimiento en sitio incorrecto, contribuyendo a incrementar la morbimortalidad trans-postoperatoria, por esta razón la asociación de anestesiólogos y reanimadores de Nicaragua (ANARE) observando dificultades en la implementación nos pide la realización de este estudio que tiene como objetivo principal describir las dificultades que se han presentado en la implementación de este instrumento y si ha servido de ayuda para mejor y/o salvaguardar la vida de los pacientes que llegan a dicha institución, y de esta manera plantear a las demás instituciones del sector público la importancia del uso de esta lista de verificación segura para mejorar la calidad de atención al paciente antes, durante y luego de la intervención quirúrgica, también se hablará de los diferentes estudios que se han hecho sobre esta hoja por la OMS.

Se realizó una guía de observación para determinar el grado de implementación que se tiene con dicha lista de verificación y de esta forma ayudar que los pacientes tengan una cirugía segura, si se ha hecho de forma correcta o no, y cuáles son los factores que han influido para que se realice de manera adecuada o no adecuada.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



Se indagó en diferentes hospitales de Nicaragua acerca del uso de la checklist, y no se encontró ningún registro sobre algún estudio realizado examinando la deficiencia en el uso de dicha lista.

A nivel internacional se han realizado estudios para ver la importancia y las dificultades en la implementación de la checklist como un estudio que se realizó en México en la Institución SANVITE donde en 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 fallas. Las fallas detectadas fueron una fuga de Sevoflurano 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. (Humberto Arenas Márquez, 2011)

Otro estudio igual fue realizado en los servicios de cirugía de los hospitales públicos de la región de Murcia. Donde se encontró como resultado que 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 mostró como variables significativas el tamaño de hospital (en los hospitales pequeños y medianos es más probable cumplir el listado) y operaciones con anestesia local como factor predictor negativo de cumplimentación.



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”



II. Objetivo General y Objetivos Específicos

- ✓ Describir las 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

Objetivos Específicos

1. Describir las características generales del paciente.
2. Clasificar el tipo anestesia y tipo de cirugía en que se emplea la lista de verificación segura.
3. Observar la presencia de la lista de verificación segura en quirófano y turno en que se cumple.
4. Verificar el llenado del checklist en quirófano.
5. Detallar el porcentaje de cumplimiento por pausas y por ítems.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



III. Marco Teórico

La seguridad del paciente debe considerarse como un elemento esencial y necesario para aplicar una atención sanitaria de calidad. Desde los propios sistemas sanitarios o desde diversas asociaciones se han puesto en marcha multitud de estrategias para dar respuesta a este requerimiento fundamental.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. La OMS establece que todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si usan la Lista de Verificación de cirugía segura (LVCS).

La Lista de Verificación de cirugía segura es una herramienta para reducir posibles efectos adversos que se pueden dar en el área quirúrgica o en aquel servicio en el que se instaure el uso de ésta. En algunos centros se han implementado listados de verificación en otros servicios además del área quirúrgica, adaptándolos a procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Como medida para disminuir riesgos, se puede considerar la LVCS como un instrumento de continuidad presente en todo el recorrido que realiza el paciente en el proceso quirúrgico, no solo dentro del quirófano.

Para implantar medidas dirigidas a la seguridad del paciente, previamente es necesario incluir estos conceptos dentro de la cultura profesional. No se debería instar a los profesionales a utilizar la LVSC sin aportar la información relacionada con su utilidad o cómo realizarla, ya que se podría considerar como una imposición o una pérdida de tiempo. Es importante hacer partícipes a los integrantes del equipo de su utilidad y tenerles en cuenta a la hora de su diseño y de la implantación del mismo.

La LVSC puede ser un elemento importante para mejorar el trabajo en equipo, pues facilita la comunicación entre sus miembros, y por lo tanto fomenta el buen funcionamiento del mismo. La inclusión de apartados en los cuáles todos los participantes deben poner en común los posibles eventos críticos que pueden ocurrirle al paciente durante el proceso quirúrgico, la necesidad de equipos y materiales, los cuidados que requiere el paciente... hace que todos



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”



los profesionales estén preparados e informados para abordar las necesidades que puedan surgir.(M^a Teresa González)

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Sexo:

Definición de sexo:

Naturaleza biológica (sexo genético, cromosómico, hormonal) y se considera origen de las diferencias psicológicas entre hombre y mujer.(MariaJayme, 2004)

Femenino

Del latín feminīnus, el término femenino se refiere a aquello que resulta propio, relativo o perteneciente a las mujeres. Se trata, por lo tanto, de algo o alguien que dispone de las características distintivas de la feminidad.

Un ser que pertenece al sexo femenino está dotado de órganos para ser fecundado. Esto quiere decir que los integrantes del género femenino producen las células sexuales que se conocen como óvulos.

La mujer que alcanza la madurez sexual produce óvulos cada cerca de 28 días. Al madurar en el ovario, el óvulo (que presenta material genético) se traslada a las trompas de Falopio.(Definicion.de, 2008-2014)

Masculino

A biología, por otra parte, define al sexo masculino como aquel género compuesto por seres que producen espermatozoides a raíz del tipo de órganos reproductivos que poseen. Los espermatozoides son células haploides que constituyen el gameto masculino y que, tras su fusión con el gameto femenino, componen un cigoto totipotente. (Definicion.de, 2008-2014)



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



EDAD

Pediátrico:

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según los países, abarcando un variado surtido de pacientes desde el neonato pretérmino hasta el adolescente con muy diferentes características.

En el paciente pediátrico, el niño, hay dos procesos determinantes, el crecimiento (aumento de tamaño corporal) y el desarrollo (aumento de complejidad funcional), ambos serán muy importantes en el primer año de vida

Crecimiento y desarrollo hacen que el niño presente unas características propias y diferenciales en cuanto a morfología, fisiología, psicología y patología. Estas diferencias se acentúan, como se desprende de lo explicado, cuanto menor sea la edad, así serán máximas en el neonato y el lactante (especialmente en el neonato pretérmino), para hacerse mínimas a partir de los 12 años.

Los pacientes pediátricos se pueden clasificar según la edad, así distinguiremos:

Neonato. Desde el nacimiento hasta el mes de vida. Neonatos pretérmino ("prematuros") son aquellos de menos de 37 semanas de gestación. La edad gestacional límite de viabilidad va descendiendo conforme progresa la neonatología, así actualmente se plantea reanimar fetos por encima de las 22 semanas.(Górriz)

Lactante. Entre 1 mes y 12 meses (comprende de 1 hasta los 23 meses)

Niño. De los 2 a 12 años. Preescolares hasta los 5 años y escolares a partir de los 6 años.

Adolescente. De los 12 a los 18 años.



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”



Adulto:

Dícese del individuo que ha completado su desarrollo físico y psíquico. Es una fase que se produce como culminación de la adolescencia y que termina al inicio de la vejez. (Doctissimo, 2014)

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame Adultos Mayores, Senectos, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores – promedios ambos – de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas, como:

Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)

Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y

Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad) (Sanchez, 2001)

ASA:

En 1963 se publicó una de las primeras clasificaciones de riesgo general, la sociedad americana de anesestiólogos (ASA) realizó una clasificación según el estado físico del paciente. (Castaño, Castillo, Escolano, Gallart, Montes, & Samsó, 2010)

Se clasifica el ASA de paciente de manera siguiente:

ASA I: paciente sano, sin alteración física ni metabólica



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



ASA II: paciente con alteración leve a moderada de su estado físico que no interfiere con su actividad diaria. En esta categoría se incluyen todos los menores de un año.

ASA III: paciente con trastorno físico o metabólico severo que interfiere con su actividad diaria.

ASA IV: Paciente con trastorno severo, con peligro constante para la vida.

A esta escala se le añade la letra “E” cuando se trata de una urgencia, lo que implica ausencia de ayuno y preparación preoperatoria.

TIPO DE ANESTESIA:

Anestesia general:

Se ha definido la anestesia general como una depresión descendente y controlada de las funciones del sistema nervioso central inducida farmacológicamente.(Arias, Aller, Fernandez, Areas, & Lorente, 2004)

Para ello el anestesiólogo se sirve de un amplio abanico de fármacos, de monitores para vigilar las constantes del paciente y de aparatos (como máquina de anestesia para remplazar la respiración espontanea del paciente)(Arias, Aller, Fernandez, Areas, & Lorente, 2004)

Anestesia local:

Los anestésicos locales pueden definirse como fármaco que bloquean la generación y propagación de impulsos en tejidos excitables. Aunque el anestesiólogo es el que se ocupa casi siempre de los efectos del bloqueo de las soluciones anestésicas locales en la medula espinal, raíces nerviosas raquídeas y nervios periféricos, estos compuestos también afectan a otros tejidos excitables, como el musculo cardiaco, musculo esquelético, musculo liso y cerebro. Esto es una consideración importante en la toxicidad del anestésico local. Por lo general, estos medicamentos se administran en forma tópica o por infiltración local, aunque también pueden suministrarse por vía intravenosa para anestesia regional o por sus efectos



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



sistémicos. Existe gran variedad de sustancias que pueden tener actividad anestésica local, como ciertos bloqueadores de receptores alfa y beta, anestésicos generales volátiles, alcoholes, opioides, barbitúricos y otros anticonvulsivos y toxinas de plantas y animales.(Stoelting, 1999)

Anestesia epidural:

La anestesia epidural es un bloqueo locoregional de conducción, obtenido por la acción de un agente anestésico local introducido en el espacio epidural (situado en entre el ligamento amarillo y dura madre), por vía media, o para mediana tanto a nivel de la columna lumbar como de la dorsal o cervical; aunque pueda obtenerse también por inserción de la aguja a través de la membrana sacro-coxígea en el conducto sacro.(Arias, Aller, Fernandez, Areas, & Lorente, 2004)

El espacio epidural es el localizado entre las meninges espinales y los lados del conducto raquídeo. Su límite craneal es el agujero magno y el caudal es el ligamento sacro-coxígea que cubre al hiato sacro; su límite anterior es el ligamento longitudinal posterior, los laterales son los pedículos vertebrales y el posterior el ligamento amarillo y las láminas vertebrales. El espacio epidural no es cerrado; se comunica con el espacio para vertebral a través de los orificios intervertebrales. El espacio epidural es menos profundo en su parte anterior, donde la duramadre puede fusionarse en algunos sitios con el ligamento longitudinal posterior. El espacio es más profundo en su parte posterior, aunque la profundidad varia pues el espacio se oblitera en forma intermitente por el contacto entre la duramadre y el ligamento amarillo o las láminas vertebrales. El contacto entre la duramadre y los pedículos también interrumpe el espacio epidural hacia los lados. Por tanto, el espacio epidural se compone por una serie de compartimientos discontinuos que se vuelven continuos cuando el espacio potencial que separa los compartimientos se abre por la inyección de aire o líquido vertebral por donde salen para unirse a la cadena ganglionar simpática.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



La anestesia raquídea y epidural solo debe aplicarse después de colocar los instrumentos adecuados y en una instalación en la que se disponga de inmediato del equipo para el tratamiento de la vía respiratoria y reanimación. Antes de posicionar al paciente, debe estarse preparado para utilizar todo el equipo para el bloqueo raquídeo; es decir, anestésicos locales mezclados y extraídos del recipiente, agujas sin cubierta, solución para preparación disponible, etcétera. La preparación anticipada de todo el equipo reduce al mínimo el tiempo necesario para realizar el bloqueo y mejora en consecuencia la comodidad del paciente.

Anestesia Raquídea:

El bloqueo de las vías simpáticas es el principal mecanismo por el cual la anestesia raquídea produce desajustes cardiovasculares. Como sería de esperar, la incidencia de hipotensión o bradicardia significativas casi siempre se vincula con la extensión del bloqueo simpático, el cual a su vez es paralelo a la altura del bloqueo. Sin embargo, en un estudio ya se observó que la gravedad de los cambios cardiovasculares no se relaciona con la altura máxima del bloqueo y en otro se concluyó que la relación es débil. Los factores adicionales de riesgo que se vinculan con la hipotensión incluyen edad mayor de 40-50 años, anestesia general simultánea, obesidad, hipovolemia y adición de fenilefrina al anestésico local.(Stoelting, 1999)

TURNOS DE CIRUGIAS:

La sociedad actual que funciona 24 horas al día, obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física y mental de quienes lo realizan.

El trabajo por turno se ha convertido en una de las cuestiones laborales que más discrepancias y conflictos genera en las empresas. Dicho trabajador es aquel que presta sus



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



servicios en horas diferentes, en un período determinado de días o de semanas. Es una forma de organización del trabajo en equipo, por la cual el trabajador ocupa sucesivamente el mismo puesto de trabajo, según un ritmo continuo o discontinuo, realizándose obligatoriamente de forma rotativa por los componentes del grupo laboral.

En el sector salud los turnos pueden ser diferentes, dependiendo del cargo que se tenga en dicha unidad de salud, por ejemplo los médicos de base, tanto cirujanos, como anestesiólogos, realizan turnos cada 6 días, los residentes realizan turno cada 4 días, al igual que los instrumentistas y enfermeras.

El horario laboral normal para un trabajador de salud es de 8 horas en turno diurno que va de 7am a 3pm y en otras ocasiones de 7am a 5pm, y los turnos pueden ser de 12 horas o de 24, estos son turnos nocturnos.

TIPO DE CIRUGIAS

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. (La enciclopedia de artículos y respuestas de salud, dietética y psicología, 2013)

La cirugía general

Cirugía general es la especialidad que queda después de la separación de las especialidades quirúrgicas, principales como neurocirugía, la ortopedia y la traumatología, la cirugía cardiaca, la urología etc.

La americanboard de cirugía de estados unidos, ha definido en diferentes oportunidades la cirugía general. La ultima definición fue publicada en 1990 y dice así: la cirugía general incluye



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



la cirugía del aparato digestivo la cirugía abdominal, la cirugía de mama, la cirugía de piel y partes blandas, la cirugía de cabeza y cuello, la cirugía vascular (no cardíaca), la cirugía del sistema endocrino, la cirugía oncológica, y el manejo integral del trauma y del paciente crítico. (L, Abr 1995)

Cirugía ortopédica

La Cirugía Ortopédica es una rama de la cirugía que se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento (tanto médico como quirúrgico si es del caso), de las afecciones del sistema musculoesquelético (músculos, articulaciones, ligamentos, tendones, cartílago, huesos). (Betancourt, 2004)

LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA:

PAUSA UNO:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

Estos controles de seguridad han de llevarse a cabo antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento. Se 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 las distintas medidas de seguridad:

¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

El Coordinador confirma verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



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 estuviera presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento.

¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?

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 se hará o no según la práctica local. No obstante, la delimitación sistemática del sitio puede ofrecer una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?

Para completar este paso, el coordinador de la lista 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, del circuito, 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.

¿Se ha colocado el pulsioxímetro y funciona?



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



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. 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 del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación.

¿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. 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 de la lista 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



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



(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 debe iniciarse la inducción de anestesia cuando 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 niños)?

En este punto, el Coordinador de la lista 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 dar comienzo a la operación. 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



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”



de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia antes de la incisión cutánea, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia.

PAUSA DOS:

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe hacer una pausa momentánea para confirmar la realización de varios controles de seguridad esenciales. En estos controles participan todos los miembros del equipo.

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 puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista debe pedir a cada una de las personas 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.

Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión.

El Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirán a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría “Antes de proceder a la incisión” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. El anestesista, el cirujano y el enfermero circulante han de confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

¿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 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. 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.

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, 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



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”



de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos.

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.

Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o no sistematizados” 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.

Anestesista: ¿Presenta el paciente 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”.

Equipo de enfermería: ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



El enfermero 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.”

¿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. Antes de la incisión cutánea, 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. 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.

En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación.

PAUSA TRES:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

Estos controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



responsables del paciente tras la operación. Los controles puede iniciarlos el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida.

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

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 recuento de instrumentos, gasas y agujas. 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 etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, con 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.

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



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.



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”



VII. Hipótesis

Se presenta 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

Hipótesis nula

No se presentan 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



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



IV. Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio

Los estudios retro-prospectivos son estudios donde los hechos han ocurrido con anterioridad al diseño de estudio y el registro continua conforme los hechos van ocurriendo.

Según el periodo y secuencia del estudio.

Los estudios longitudinales se estudian una o más variables a lo largo de un periodo, que varía según el problema investigado y de las características de las variables, el tiempo es importante ya que se busca establecer la relación causa-efecto.

Según el análisis y el alcance de los resultados (el nivel de profundidad que se desea lograr)

Los estudios descriptivos están dirigidos a determinar “Como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en una población.

Este estudio es de carácter retro-prospectivo, ya que se revisarán los expedientes de pacientes que ya han sido intervenidos quirúrgicamente y observar en la hoja de verificación de cirugía segura, si fue llenada de la manera correcta o si hubo faltas en el llenado, y luego se verificará a través de la observación, el llenado de dicha lista durante las cirugías, para ver si se está llenando de la manera correcta y a como lo establece la OMS. Es longitudinal y carácter descriptivo o explicativo ya que se describirán la ocurrencia de eventos que seguirán el sentido del tiempo en un momento actual y en tiempo pasado basados en las fuentes de información que se tendrán (Lopez, Cuarta Edición 2008).

2. Área de estudio

El siguiente estudio se realizará en Estadísticas el de carácter retrospectivo y en sala de operaciones el de carácter prospectivo del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca cuya dirección es Barrio las Brisas, frente a INIDE.



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”



3. Tamaño de la muestra

El universo obtenido es de 399 que son el total de cirugías generales y de ortopedia realizadas en un mes, según los datos del área de Estadísticas del HEALF.

Se ha hecho un muestreo por conveniencia que es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

4. Criterios de inclusión

Se tomarán en cuenta en la parte retrospectiva las listas de verificación segura de los pacientes sometidos a cirugías generales y de ortopedia, se utilizarán los expedientes de los pacientes de ambos sexos y todas las edades, aquellas listas de verificación segura que contengan y no contengan todas las pausas e ítems completos y se tomarán en cuenta la lista de verificación segura tanto en cirugías programadas como en emergencias.

Y en la parte prospectiva se tomarán en cuenta, la forma en que se llena la lista, o sea las que sean llenadas verbalmente a como la OMS lo plantea y también aquellas que no sean llenadas de forma correcta.

5. Criterios de exclusión

En la parte retrospectiva no se tomarán en cuenta las listas de verificación segura de los Pacientes operados de otras especialidades que no sean cirugía general y ortopedia.



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



V. Matriz de Operacionalización de las variables

VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
SEXO	SEXO		Observación	FEMENINO MASCULINO	Nominal	Anestesiólogo
		Paciente Pediátrico incluye todos los pacientes quienes son infantes, niños y adolescentes menores que la mayoría de edad.	Observación	Pediátrico (0-14 años)	Ordinal	Anestesiólogo



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
EDAD		Persona enferma que es atendida por un médico, va desde la mayoría de edad hasta la vejez	Observación	ADULTOS (15o más años)	Ordinal	Anestesiólogo
ASA		Clasificación según el estado físico del paciente.	Visitapre-anestésica	I II III IV	Ordinal	Anestesiólogo
		Ausencia de sensibilidad Anestesia general es Intervención farmacológica usada para producir un estado reversible de	Visitapreanest	LOCAL		



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
ANESTESIA		<p>depresión neuronal, suprimiendo la conciencia y la habilidad de responder a estímulos nociceptivos.</p> <p>Término acuñado por Cushing</p> <p>“Inducción de insensibilidad en una zona corporal, en forma controlada y reversible</p>	ésica	REGIONAL GENERAL	Nominal	Anestesiólogo



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
CIRUGIA		Práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico	Enfermedad su byacente Radio grafías	GENERAL ORTOPEDIA	Nominal	Anestesiólogo
PRESENCIA DEL CHECKLIST		Existencia de algo en un lugar o momento determinados	Observación	SI NO	Nominal	Anestesiólogo
		Relacionado con el día o que ocurre durante el día,				



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
TURNO		Un turno diurno puede empezar a las 7 am generalmente hasta aproximado las 6 pm.	Observación	DIURNO NOCTURNO	Nominal	Anestesiólogo y Circular
MANEJO ADECUADO		Buena utilización de un material importante	Observación	Bueno(22/24 ITEMS llenados) Malo(menos de 22 ITEMS llenados)	Ordinal	Técnicos quirúrgicos Personal de anestesia
CUMPLIMENT		El Coordinador confirma verbalmente la identidad del				



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
O DEL CHECKLIST	Identidad del paciente	paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización	Observación	Si No	Nominal	Circular
	Corresponde el procedimiento al Sitio quirúrgico	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	Observación	Si No	Nominal	Circular



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
		izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles				
	CONFIRMA LA SEGURIDAD DE LA	Para completar este paso, el Coordinador de la lista pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del	Observación	Si No	Nominal	Anestesióloga



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	ANESTESIA	instrumental anestésico, y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención				
	Verifica la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro	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	Observación	Si No	nominal	Anestesiólogo
	Establece	El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le		Si No		



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	alergias conocidas	preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así cuáles	Observación		Nominal	Anestesiólogo
	Determina la dificultad de entubación endotraqueal	El Coordinador de la lista 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. Como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana	Observación	Si No	Nominal	Anestesiólogo



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	Confirma que existe el equipo necesario en caso de aspiración	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	Observación	Si No	Nominal	Anestesiólogo
	Comprueba que existe riesgo de pérdida de	preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con	Observación	Si No	Nominal	Cirujano



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	sangre	el fin de que se reconozca esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente				
	Comprueba la colocación de línea venosa para liquido	Se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.	Observacional	Si No	Nominal	Anestesiólogo
	Se presentan	Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de		Si		



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	por nombre y función	situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad	Observación	No	Nominal	Anestesiólogo Cirujano Instrumentista
	Confirma la identidad del paciente ,sitio quirúrgico y	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	Observación	Si	Nominal	Anestesiólogo Cirujano



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	procedimiento	intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados		No		instrumentista
	Examina los pasos críticos ,duración del procedimiento y pérdida de sangre	Cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta, cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos.	Observación	Si No	Nominal	Cirujano
		Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el				



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	Verifica administración de antibiótico	Coordinador de la lista preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores.	Observación	Si No	Nominal	Anestesiólogo
	Examina riesgos adicionales del paciente	Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales	Observación	Si No	Nominal	Anestesiólogo



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
		peligros y los planes operatorios.				
	Esterilización ,función y disponibilidad de material e instrumento	El enfermero 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.	Observación	Si No	Nominal	Técnico quirúrgico
	Visualización de imágenes			Si		



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	diagnosticas esenciales		Observación	no	Nominal	Cirujano
	Confirma el nombre del procedimiento del recuento del instrumental y compresas y	Confirmar con el resto del personal 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 circulante o el	Observacional	Si No	Nominal	Circular



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	agujas	instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gases y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental.				
	Confirma el rotulado de muestras para biopsia	El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz	Observación	Si No	Nominal	Circular



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
		alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.				
	Examina si existen problemas con el instrumental de los equipos o los insumos médicos	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.	Observación	Si No	Nominal	Circular y cirujano
		El cirujano y el anestesiólogo examinan las posibles complicaciones		Si		



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



VARIABLE	VARIABLES OPERATIVAS O SUBVARIABLES	VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADORES	Valores	ESCALA	MEDICIÓN
	Examinan el riesgo de complicaciones postoperatoria	postoperatorias. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo	Observación	No	Nominal	Anestesióloga Cirujano
	Confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata		Observación	Si No	Nominal	Anestesiólogo



Dificultades en la implementación de la lista de ve de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F Durante el II semestre del año 2014”



VI. Plan de análisis

De los datos que se generen en la ficha de recolección de datos, se realizará el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de cada una de las variables.

Se realizará análisis gráficos tipo barras y pasteles de manera uni y multivariadas, se describirán de forma clara la intervención de las variables.

MÉTODO, TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los instrumentos para recolectar información será la encuesta aplicada a los técnicos quirúrgicos y al personal de Anestesia. También se aplicara una guía de observación en cada cirugía.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Se aplicara a los técnicos quirúrgicos y al personal de anestesia una guía de observación en cada cirugía.

El instrumento está elaborado con preguntas de respuestas dicotómicas o tipo LIKER. Posterior a la aplicación del instrumento se creará la base de datos en SPSS.22

También se realizará una observación directa en cada cirugía y en cada turno de trabajo, ya sea diurno o nocturno.



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



VII. Plan de tabulación

OBJETIVOS	VARIABLE	PLAN DE TABULACIÓN
Describir las características generales de la población en estudio	Características de la población en estudio	Incidencia de la checklist según edad , y sexo
Describir el tipo de ASA, anestesia y tipo de cirugía en que se emplea la lista de verificación segura.	Tipo de anestesia Tipo de cirugía	Incidencia de la checklist según el ASA del paciente Incidencia de la checklist según el tipo de anestesia a utilizar. Incidencia de la checklist según el tipo de cirugía
Observar la presencia de la lista de verificación segura en quirófano y turno en que se cumple	Presencia de checklist	Porcentaje de la presencia de la lista de verificación segura en quirófano



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



Verificar de manera adecuado el llenado del checklist en quirófano	Llenado de checklist	Porcentaje Llenado de checklist
Detallar el porcentaje de cumplimiento por pausas y por ítems.	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento por pausas y por ítems.



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”



VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. Resultados del estudio retrospectivo

En lo que concierne al cumplimiento del checklist en 23 casos estudiados, 23 expedientes que corresponden a un 100% de cirugías realizadas en adultos en sala de operaciones del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca reflejan que el llenado de la lista es bueno. (Ver en anexos tabla y gráfico 1).

En cuanto al cumplimiento de la checklist según el sexo del paciente, de los 23 casos en estudio encontramos que 14 pacientes son del sexo femenino que corresponden a un 61%, mientras que 9 son masculino que corresponden a un 39% de casos en estudio, encontrando a 12 paciente femenino para un 52% y 8 paciente masculino para un 35% con un buen cumplimiento a la hora de llenado de la lista de verificación, (Ver en anexos tabla y gráfico 2).

Lo correspondiente al cumplimiento de la checklist según el ASA del paciente sometido a cirugía en sala de operaciones de HEALF, de los 23 pacientes en estudio, encontramos 10 pacientes ASA I, 10 ASA II, 2 ASA III y 1 ASA IV, encontrando que 9 pacientes ASA I que corresponden a un 39%, 9 pacientes ASA II que corresponden a un 39%, 1 paciente ASA III que corresponde a un 4% y 1 paciente con ASA IV para un 4% de buen cumplimiento a la hora del llenado de la lista de verificación. (Ver en anexos tabla y gráfico 3)

En relación al uso de la checklist según el tipo de cirugía realizada en los 23 casos estudiados, encontramos 11 paciente de cirugía general que corresponde a un 48% y 12 paciente correspondían a ortopedia para un 52%, de estas



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



encontramos 9 de cirugías generales para un 39% y 11 de ortopedia para un 48% con un buen cumplimiento a la hora del llenado. (Ver en anexos tabla y gráfico 4)

Según el tipo de anestesia dada en los 23 paciente en estudio, en anestesia general encontramos 12 pacientes, 3 pacientes de anestesia local y 8 de anestesia regional, de estos 11 pacientes de anestesia general que corresponden a un 48%; 2 pacientes de anestesia local que corresponden a un 9% y 7 pacientes que corresponden a un 30% reflejan buen cumplimiento de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 5)

Con respecto al cumplimiento por tipo de turno, de los 23 casos estudiados, 12 de los pacientes son del turno diurno y 11 del turno nocturno, 11 pacientes del turno diurno que representan el 48% y 9 pacientes del turno nocturno que representa el 39% reflejan un buen cumplimiento de la lista de verificación segura. (Ver en anexos tabla y gráfico 6)

De manera general de los 23 casos estudiados, 20 pacientes tuvieron un buen cumplimiento de la checklist, lo que significa que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento a dicha lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 7)

En lo correspondiente a la primera pausa de la checklist en el ITEM donde se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento, de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 8). En el ITEM donde se ha marcado el sitio quirúrgico de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 9). En el ITEM donde se confirma la seguridad de la anestesia de los 23 pacientes en estudio, de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 10). En el ITEM donde verifica la colocación y funcionamiento del pulsoxímetro, de los 23 pacientes en



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 11); En el ITEM donde el anestesiólogo establece alergias conocidas de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 12); En el ITEM donde se determina la dificultad de entubación endotraqueal de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 13); En el ITEM donde se confirma si existe el equipo necesario en caso de aspiración de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 14); En el ITEM donde se comprueba que existe riesgo de pérdida de sangre de más de 500ml de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 15); En el ITEM donde se comprueba colocación de línea venosa de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 16).

En lo que se refiere a la segunda pausa de la checklist En el ITEM donde se presentan por nombre y función, de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 17); En el ITEM donde se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 18) En el ITEM donde se verifica administración de antibiótico, de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 19); En el ITEM donde menciono el cirujano los pasos críticos o no sistematizados de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 20); En el ITEM donde menciono el cirujano cuánto



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



durará la operación de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 21); En el ITEM donde menciona el cirujano cual es la pérdida de sangre de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico22); En el ITEM donde menciona el cirujano presenta el paciente algún problema específico de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 23) En el ITEM donde menciona se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) de los 23 pacientes en estudio, 18 pacientes reflejan que en un 78% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 24) En el ITEM donde menciona si hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos de los 23 pacientes en estudio, 19 pacientes reflejan que en un 83% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 25) En el ITEM donde menciona el cirujano si se pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales de los 23 pacientes en estudio, 19 pacientes reflejan que en un 83% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 26).

Según la tercera pausa del llenado de la checklist En el ITEM donde se confirma el nombre del procedimiento recuento del instrumental compresas y agujas de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 27) En el ITEM donde se confirma el rotulado de muestras para biopsia de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 28) En el ITEM donde se examina si existen problemas con el instrumental de los equipos o los insumos de los 23 pacientes en estudio, 20 pacientes reflejan que en un 87% se le está dando un buen cumplimiento.(Ver en anexos tabla y gráfico 29). En el ITEM donde se examinan el riesgo de complicaciones



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 Fajardo Durante el II semestre del año 2014”



postoperatoria de los 23 pacientes en estudio, 19 pacientes reflejan que en un 83% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 30) En el ITEM donde se confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata de los 23 pacientes en estudio, 22 pacientes reflejan que en un 95% se le está dando un buen cumplimiento. (Ver en anexos tabla y gráfico 31).

Resultado en el prospectivo llenado

En lo que concierne al cumplimiento del checklist en 43 casos estudiados, 42 pacientes adultos que corresponden a un 98% y 1 paciente pediátrico que corresponden a un 2% de cirugías practicadas en la sala de operaciones del Hospital



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”



Escuela Antonio Lenin Fonseca dando un total del 100% que refleja que el llenado de la lista es bueno (Ver en anexos tabla y gráfico 32).

En cuanto al cumplimiento de la checklist según el sexo del paciente, 23 pacientes son del sexo femenino que representan el 53% y que 20 pacientes del sexo masculino que representan 47%, dándonos un total de 100% de buen cumplimiento a la hora de llenado de la lista de verificación en ambos sexos. (Ver en anexos tabla y gráfico 33)

Lo correspondiente al cumplimiento de la checklist según el ASA del paciente sometido a cirugía en sala de operaciones de HEALF, de los 43 casos en estudio encontramos 17 pacientes con ASA I con un 40%, 19 pacientes con ASA II con un 44% y 7 pacientes ASA III con un 16%, para un total de 100% de buen cumplimiento de la lista a la hora de llenarla, no se encontraron pacientes con ASA IV. (Ver en anexos tabla y gráfico 34)

En relación al uso de la checklist según el tipo de cirugía realizada en los 43 casos estudiados en cirugía general encontramos que 27 pacientes con un 63% y 16 pacientes correspondían a ortopedia con un 37%, para un total de 100% con un buen cumplimiento a la hora del llenado. (Ver en anexos tabla y gráfico 35)

Según el tipo de anestesia dada en los pacientes en los 43 casos, se encontraron 23 pacientes en anestesia general con un 53%, 3 pacientes en anestesia local con un 3% y 17 pacientes en anestesia regional con un 40%, dándonos un total de 100% de buen cumplimiento al momento del llenado de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 36)

Con respecto al cumplimiento por tipo de turno de los 43 casos, 21 turnos diurnos con un 49% y 22 nocturnos con un 51%, para un total de 100% de llenado de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 37)



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



De manera general el 100% de los 43 casos estudiados el cumplimiento de la checklist es bueno, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 38).

En lo correspondiente a la primera pausa de la checklist en el ITEM donde confirma el paciente identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 39). En el ITEM donde se ha marcado el sitio quirúrgico el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 40). En el ITEM donde se confirma la seguridad de la anestesia el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 41). En el ITEM donde Verifica la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro, el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 42); En el ITEM donde el anesthesiólogo establece alergias conocidas el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 43); En el ITEM donde se determina la dificultad de intubación endotraqueal el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 44); En el ITEM donde se confirma si existe el equipo necesario en caso de aspiración el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 45); En el ITEM donde se comprueba que existe riesgo de pérdida de sangre de más de 500ml el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 46) En el ITEM donde se comprueba colocación de línea venosa el 100 % de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 47).



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



En lo que se refiere a la segunda pausa de la checklist En el ITEM donde se presentan por nombre y función en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 48); En el ITEM donde se Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 49) En el ITEM donde se Verifica administración de antibiótico en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 50); En el ITEM donde Menciono el cirujano los pasos críticos o no sistematizados en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico51); En el ITEM donde Menciono el cirujano Cuánto durará la operación en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico52); En el ITEM donde Menciono el cirujano cual es la pérdida de sangre en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico53); En el ITEM donde Menciono el cirujano Presenta el paciente algún problema específico en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y grafico 54) En el ITEM donde menciona si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) en los 43 casos estudiados si fue llenado que corresponden al 100% de llenado indicando que es bueno. (Ver en anexos tabla y grafico 55) En el ITEM donde menciona si Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio.(Ver en anexos tabla y grafico 56) En el ITEM donde Menciono el cirujano si se pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y grafico 57)



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



Según la tercera pausa del llenado de la checklist En el ITEM donde se confirma el nombre del procedimiento recuento del instrumental compresas y agujas en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 58) En el ITEM donde se confirma el rotulado de muestras para biopsia en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 59) En el ITEM donde se examina si existen problemas con el instrumental de los equipos o los insumos médicos en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 60) En el ITEM donde se examinan el riesgo de complicaciones postoperatoria en el 95% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 61) En el ITEM donde se Confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata en el 100% de los casos estudiados si fue llenado, que corresponden a los 43 pacientes en estudio. (Ver en anexos tabla y gráfico 62).

Resultado en el prospectivo observado

En lo que concierne al cumplimiento del checklist en 43 casos estudiados, 42 pacientes son adultos y de estos 16 pacientes que corresponden a un 37% muestran un buen llenado de la lista y el único paciente es pediátrico que corresponden 2% refleja un buen cumplimiento a la hora del llenado de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 63)

En cuanto al cumplimiento de la checklist según el sexo del paciente, de los 43 casos, 23 pacientes son del sexo femenino y que 20 pacientes del sexo masculino, encontramos que 7 pacientes del sexo femenino que representa el 16%, mientras que 10 pacientes del sexo masculino representan un 23% con un buen cumplimiento a la hora de llenado de la lista de verificación. (Ver en anexos tabla y gráfico 64)



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



Lo correspondiente al cumplimiento de la checklist según el ASA del paciente sometido a cirugía en sala de operaciones de HEALF, de los 43 casos en estudio encontramos 17 pacientes con ASA I 5 de los cuales corresponden a un 12% de buen cumplimiento de la lista, 19 pacientes con ASA II de los cuales 9 corresponden 21% de buen cumplimiento y 7 pacientes ASA III de los cuales 3 corresponden a 7% de buen cumplimiento de la lista, no se encontraron pacientes con ASA IV. (Ver en anexos tabla y gráfico 65)

En relación al uso de la checklist según el tipo de cirugía realizada en los 43 casos estudiados en cirugía general encontramos que 12 pacientes que corresponden al 28% y 5 pacientes correspondían a ortopedia para un 12% con un buen cumplimiento a la hora del llenado. (Ver en anexos tabla y gráfico 66)

Según el tipo de anestesia dada en los pacientes en los 43 casos, se encontraron 23 pacientes en anestesia general de los cuales 11 corresponden a un 26% de un buen cumplimiento, 3 pacientes en anestesia local de los cuales en ninguno se le dio buen cumplimiento al llenado de la lista y 17 pacientes en anestesia regional de los cuales 6 pacientes que corresponden al 14% de buen cumplimiento al momento del llenado de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 67)

Con respecto al cumplimiento por tipo de turno de los 43 casos, 21 turnos son diurnos de los cuales 6 de estos corresponden al 14% de un buen cumplimiento de llenado de la lista y 22 son nocturnos de estos 11 corresponden al 26% de buen llenado de la lista. (Ver en anexos tabla y gráfico 68)

De manera general en los 43 casos estudiados, 17 pacientes corresponden a un 40% de buen cumplimiento de la checklist. (Ver en anexos tabla y gráfico 69).



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



En lo correspondiente a la primera pausa de la checklist en el ÍTEM donde confirma el paciente identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 70). En el ÍTEM donde se ha marcado el sitio quirúrgico en 16 pacientes que corresponden a 37% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 71). En el ÍTEM donde se confirma la seguridad de la anestesia en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 72). En el ÍTEM donde verifica la colocación y funcionamiento del pulsoxímetro en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 73). En el ÍTEM donde el anestesiólogo establece alergias conocidas en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 74). En el ÍTEM donde se determina la dificultad de entubación endotraqueal en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 75). En el ÍTEM donde se confirma si existe el equipo necesario en caso de aspiración en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 76). En el ÍTEM donde se comprueba que existe riesgo de pérdida de sangre de más de 500ml en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 77) En el ÍTEM donde se comprueba colocación de línea venosa en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 78).

En lo que se refiere a la segunda pausa de la checklist en el ÍTEM donde se presentan por nombre y función en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



gráfico 79); En el ITEM donde se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 80) En el ITEM donde se verifica administración de antibiótico en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 81); En el ITEM donde menciona el cirujano los pasos críticos o no sistematizados en 14 pacientes que corresponden a 33% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 82); En el ITEM donde menciona el cirujano cuánto durará la operación en 7 pacientes que corresponden a 16% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 83); En el ITEM donde menciona el cirujano cual es la pérdida de sangre en 16 pacientes que corresponden a 37% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 84); En el ITEM donde menciona el cirujano presenta el paciente algún problema específico en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 85) En el ITEM donde menciona se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 86) En el ITEM donde menciona si hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 87) En el ITEM donde menciona el cirujano si se pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales en 16 pacientes que corresponden a 37% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 88).

Según la tercera pausa del llenado de la checklist En el ITEM donde se confirma el nombre del procedimiento recuento del instrumental compresas y agujas en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



manera correcta. (Ver en anexos tabla y gráfico 89) En el ITEM donde se confirma el rotulado de muestras para biopsia en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 90) En el ITEM donde se examina si existen problemas con el instrumental de los equipos o los insumos médicos en 17 pacientes que corresponden a 40% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 91) En el ITEM donde se examinan el riesgo de complicaciones postoperatoria en 7 pacientes que corresponden a 16% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 92) En el ITEM donde se confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata en 7 pacientes que corresponden a 16% de los casos estudiados si fue llenado de manera correcta.(Ver en anexos tabla y gráfico 93).



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”



IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado donde se pretendía describir las dificultades en el llenado de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Antonio Lenin Fonseca se sometieron a estudio 66 pacientes de los cuales se encontró que en momento de ser marcado cada ítems de la lista de verificación de cirugía segura no existe ninguna dificultad salvo algunos expedientes en los que se encontraron uno o dos ítems sin llenar; sin embargo 43 de estos casos además de examinar el llenado de manera escrita también se observó si se realizaba de manera verbal a como lo establece la Organización Mundial de la Salud, observando que la mayor dificultad esta en esa área, ya que se puede ver que el personal muy pocas veces lo hacía de manera verbal que es la correcta manera de emplearla, atribuyendo a esto a que el personal tiene muy poca disposición al momento el llenado correcto de dicha lista.

De los 43 casos que se observaron si se realizaba de manera verbal, se encontró que 42 eran adultos y un paciente pediátrico no encontrando que la edad del paciente tuviera influencia en el llenado de la check list; también se buscó que si los resultados varían según el sexo y se encontró que el sexo no influye en el llenado de la lista puesto que en ambos se llena de la misma manera.

El ASA es un factor muy importante a la hora del llenado de la lista, ya que predispone el estado del paciente al entrar a sala de operaciones y cuáles son los riesgos que podría tener al momento de la cirugía, ya que lo pretende la lista es mejorar la calidad en atención al paciente y brindarle mayor seguridad al momento de ser intervenido quirúrgicamente, en este estudio donde se procuró describir las dificultades al momento del llenado de la lista, no se encontró dificultad en



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 Fajardo durante el II semestre del año 2014”



cuanto al llenado del ASA, reflejando que el personal tiene muy presente la importancia de este punto al llenar la hoja de verificación.

En cuanto al tipo de cirugía se escogieron 2 especialidades, cirugía general y ortopedia, se encontró que hubo un mejor llenado de la lista en cirugía general observando que el personal en esta especialidad tuvo mejor disposición al momento de llenar la hoja y de hacerlo de manera verbal; referente al tipo de anestesia se pudo observar que el mayor cuidado al llenar la lista de verificación es en anestesia general, teniendo un mayor porcentaje de cumplimiento, observando que el personal en los pacientes sometidos a este tipo de anestesia prestan mayor disposición al llenado de la hoja de verificación de cirugía segura.

En lo que concierne al turno, hubo menor dificultad en el llenado de la lista en el turno nocturno, probablemente por ser cirugías de emergencias, hay más disposición en el personal en cuanto al llenado de la lista, podemos tomar en cuenta que el turno diurno por ser cirugías programadas el personal de por obvio el llenado de los ítems observándolos solo en el expediente de paciente si verificarlo también de manera verbal.

De los casos observados que si se hacia el llenado de manera tanto verbal como escrita que fueron 43 solo se encontró que 17 listas fueron llenadas de manera correcta; y a su vez se pudo constatar que el personal no realiza correctamente el llenado de la lista de verificación antes, durante y después de la intervención quirúrgica, ya que en algunos ítems no los verifica de manera verbal aun cuando la lista así lo pide.

En el cumplimiento por ítems en la primera pausa solo en 17 paciente de 43 casos se realizó de manera verbal observando que el personal solo lo verifica con el expediente y no tiene comunicación con el paciente sometido a cirugía;



**Dificultades en la implementación de la lista de ve
de cirugía segura en los quirófanos de cirugía c
y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin F
Durante el II semestre del año 2014”**



En la segunda pausa muestra que 17 paciente de 43 casos se realizó de manera verbal pero se encontró que en el ítems donde se encuentra mayor dificultad es en el ITEM donde pregunta si menciona el cirujano los pasos críticos o no sistematizados, solo de los 43 pacientes en estudio solo en 14 de estos lo mencionaron de forma verbal, ya que el cirujano no lo menciona al resto del personal, no tomando en cuenta la importancia de la comunicación que debe existir entre ellos para evitar complicaciones al paciente sometido a cirugía.

En la tercera pausa el ITEM donde se examinan el riesgo de complicaciones postoperatoria existe un bajo cumplimiento en su llenado, debido que cada especialidad examina las posibles complicaciones postoperatorias por separado, no de manera conjunta como lo establece la OMS, y es necesario que se efectúe de la manera establecida para que a la hora de una complicación postoperatoria se pueda tener más claro que desencadeno el evento y como podría tratarse de arreglar de manera conjunta los que participaron en dicha intervención quirúrgica.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



X. CONCLUSION

El Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca (HEALF) es el primer y único hospital público que hace aproximadamente un año decide implementar el uso de la lista de verificación por lo cual la asociación de anestesiólogos y reanimadores de Nicaragua (ANARE) observando dificultades en la implementación nos pide la realización de este estudio que tubo como objetivo principal describir las dificultades que se han presentado en la implementación de este instrumento en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del hospital escuela Antonio Lenín Fonseca el estudio cumplió con el objetivo y mostro que la principal dificultad esta al momento de hacer cumplir la lista de verificación de cirugía segura de manera verbal a como lo establece la organización mundial de la salud y que en la mayoría de los casos se observo que esta dificultad se da porque el personal da por hecho alguno de los ítems cómo es el caso de tener que confirmar la identidad del paciente y procedimiento quirúrgico que se realizar por la razón de tener el expediente en sus manos; llevándonos a la confirmación de nuestra hipótesis que si Se presenta Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca durante el II semestre del año, 2014.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



XI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las máximas autoridades de HEALF la realización de talleres donde se enseñe el buen uso de la lista de verificación de salud a como lo establece la OMS.
- Se recomienda a todo el personal de sala de operaciones el realizar de manera verbal cada ítem de la check list establecida por la OMS ya que de esta manera se previenen errores y complicaciones a los pacientes sometidos a cirugías.
- Se recomienda la MINSA la implementación de la check list en el resto de hospitales del país ya que se observo que es importante para salvaguardar la vida del paciente.
- Para futuras investigaciones se les recomienda ampliar la muestra.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



XII. Referencias

Definicion.de. (2008-2014). Recuperado el 06 de 06 de 2014, de

<http://definicion.de/masculino/#ixzz33vi9x5sl>

La enciclopedia de artículos y respuestas de salud, dietética y psicología. (29 de abril de 2013). Recuperado el 1 de junio de 2014, de La enciclopedia de artículos y respuestas de salud, dietética y psicología: www.encyclopediasalud.com/definiciones/cirugia

Doctissimo. (2014). Recuperado el 06 de 06 de 2014, de

<http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/adulto.html>

Arias, J., Aller, M. A., Fernandez, E., Areas, J. I., & Lorente, L. (2004). *Propedéutica quirúrgica: preoperatorio, operatorio, postoperatorio.* Mexico: I Tebar.

Betancourt, A. R. (2004). Definiciones propias de ortopedia. *Sus medicos.com*, 1.

Castaño, J., Castillo, J., Escolano, F., Gallart, L., Montes, A., & Samsó, E. (2010). *Seguridad del paciente quirúrgico.* Barcelona: Ergon.

Górriz, M. G. (s.f.). *Peculiaridades del Paciente Pediátrico, Hospital Materno Infantil Vall*

d'Hebron. Recuperado el 06 de 06 de 2014, de <http://www.scartd.org/garciagorritz.htm>

Humberto Arenas Márquez, J. F. (2011). *resultado de aplicación de check list.* Jalisco: sanvite.

L, D. O. (Abr 1995). LA CIRUGIA GENERAL Y FRAGMENTO DE LA CIRUGIA. *La Revista Chilena de Cirugía*, 180.

Lopez, J. P. (Cuarta Edición 2008). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.* Mexico.



Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el II semestre del año 2014”



M^a Teresa González, B. T. (s.f.). *Fundacion de enfermeria de Cantabria*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/57>

Maria Jayme, V. S. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género: fundamentos*.

Barcelona: Icaria.

Sanchez, N. F. (07 de 2001). *ANDRAGOGÍA. SU UBICACIÓN EN LA EDUCACIÓN*

CONTINUA. Recuperado el 06 de 06 de 2014, de Universidad Nacional Autónoma de

México: <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/021123224856.html>

Stoelting, B. C. (1999). *Barash*. Mexico: McGRAW·HILL INTERAMERICANA.

Gabriela E. Vásquez. (2004). *Guía didácticas de cursos académicos escrito ¿como se escribe una monografía?* México.

García Córdoba. (2004). *La tesis y el trabajo de tesis* .México.

Patricia Lucia Monge. (Segunda Edición 2007). *Metodología del estudio eficaz*. Buenos Aires.

XIII. ANEXOS

GUIA DE OBSERVACION EN SALA DE OPERACIONES DEL HEALF

UNIVERSIDAD NACIONALAUTONOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD LUIS FELIPE MONCADA

La presente guía de observación es para Describir las 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 I y II semestre del año 2014.

Fecha: ____/____/____

I. CARACTERISTICAS GENERALES DEL PACIENTE

EDAD EN AÑOS: ____

SEXO:

FEMENINO ____ MASCULINO ____

ASA

ASAI ____

ASAII ____

ASAIII ____

ASAIIV ____

XIV. ¿QUE TIPO DE ANESTESIA SE LE DARA AL PACIENTE?

GENERAL_____ REGIONAL_____ LOCAL_____

XV. ¿QUÉ TIPO DE CIRUGÍA SE LE PRACTICARA?

Ortopédica _____ General_____

XVI. ¿ESTA PRESENTE LA LISTA DE CIRUGÍA SEGURA EN LA CIRUGÍA A REALIZAR?

si	no	observaciones

XVII. TURNO EN QUE SE UTILIZA LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Diurno_____ Nocturno_____

XVIII. CUMPLIMIENTO DEL CHECKLIST

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

si	no	observaciones

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

si	no	observaciones

--	--	--

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

si	no	observaciones

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

si	no	observaciones

¿Tiene el paciente Alergias conocidas?

si	no	observaciones

D. ¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

si	no	observaciones

¿Hay materiales y equipos / ayuda disponible?

si	no	observaciones

¿EXISTE Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

si	no	observaciones

¿Se ha Comprobado la colocación de línea venosa para líquido?

si	no	observaciones

¿Han Confirmado que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?

si	no	observaciones

¿Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento?

si	no	observaciones

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

si	no	observaciones

XIX. MENCIONA EL CIRUJANO:

XX. ¿los pasos críticos o no sistematizados?

si	no	observación

¿Cuánto durará la operación?

si	no	observación

1) ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

si	no	observación

--	--	--

¿Presenta el paciente algún problema específico?

si	no	observación

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

si	no	observación

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

si	no	observación

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

si	no	observación

¿Se ha Comprobado la colocación de línea venosa para liquido

si	no	observación

VIII. 4. Se ha confirmado antes de salir de sala de operaciones:

1) ¿El nombre del procedimiento?

si	no	observaciones

2) ¿El recuento de instrumentos, gasas y agujas?

si	no	observaciones

3) ¿El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)?

si	no	observaciones

4) ¿Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?

si	no	observaciones

5) ¿El Cirujano, anestesista y circular de ponen de acuerdo con Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

si	no	observaciones

6) ¿Se ha Confirma la aplicación de los criterios de Aldrete en la recuperación inmediata?

si	no	observaciones

Categoría de llenado de lista de cirugía segura

Bueno (22/24 ITEMS llenados) _____ MALO (menos de 22 ITEMS llenados)_____

DIOS LE BENDIGA!

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA1

Edad de los pacientes	Cantidad	Porcentaje
Adulto	23	100%
Total general	23	100%

GRAFICO1

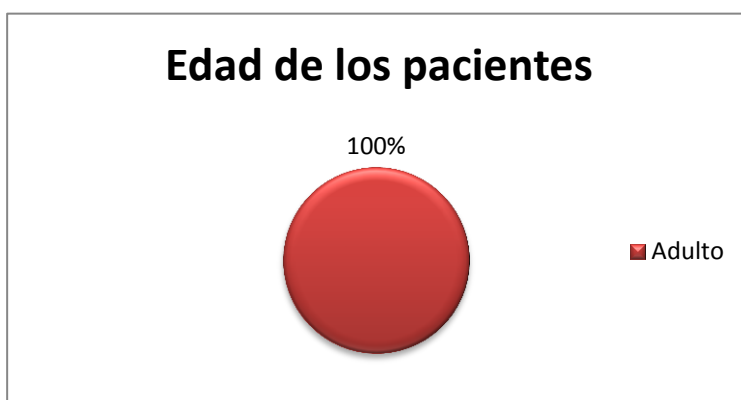


TABLA2

Manejo de la lista por sexo	<u>Bueno</u>	<u>Valor</u>	<u>Malo</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total valor</u>
Femenino	52%	12	9%	2	61%	14
Masculino	35%	8	4%	1	39%	9
Total general	87%	20	13%	3	100%	23

GRAFICO2

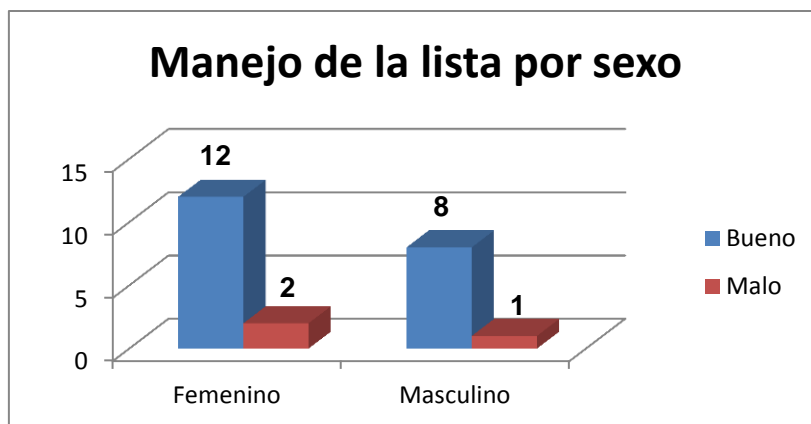


TABLA3

Manejo de la lista por ASA	<u>Buena</u>	<u>Valor</u>	<u>Mala</u>	<u>Valor</u>	<u>Total valor</u>	<u>Total</u>
I	9	39%	1	4%	10	43%
II	9	39%	1	4%	10	43%
III	1	4%	1	4%	2	9%
IV	1	4%		0%	1	4%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO3

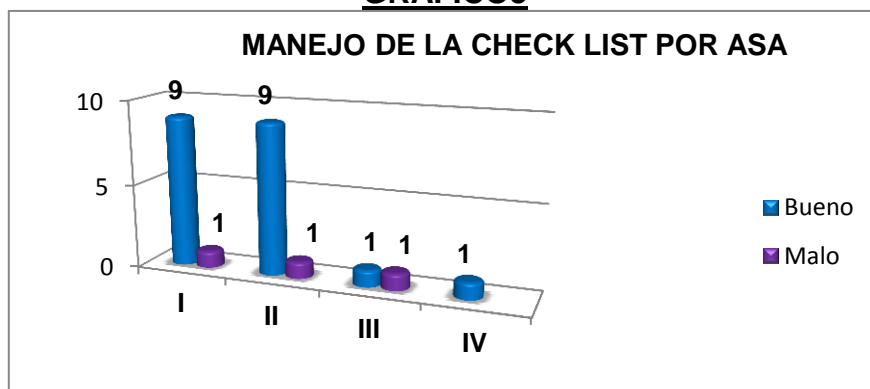


TABLA 4

Manejo de la check list por Cirugía	<u>Buena</u>	<u>Valor</u>	<u>Mala</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total Valor</u>
General	9	39%	2	9%	11	48%
Ortopedia	11	48%	1	4%	12	52%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 4

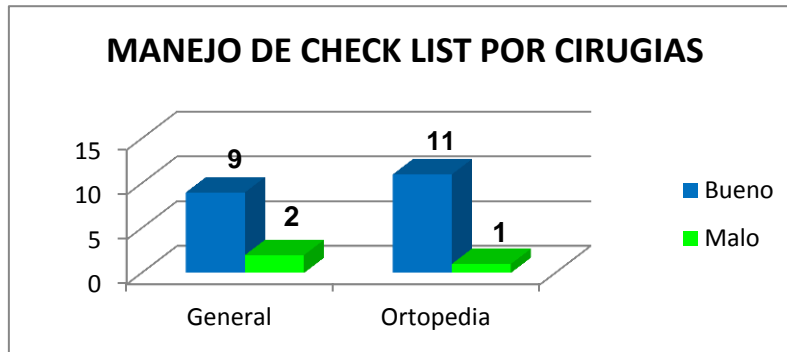


TABLA 5

Manejo de la check list por Anestesia	<u>Buena</u>	<u>Valor</u>	<u>Mala</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total Valor</u>
General	11	48%	1	4%	12	52%
Local	2	9%	1	4%	3	13%
Regional	7	30%	1	4%	8	35%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 5

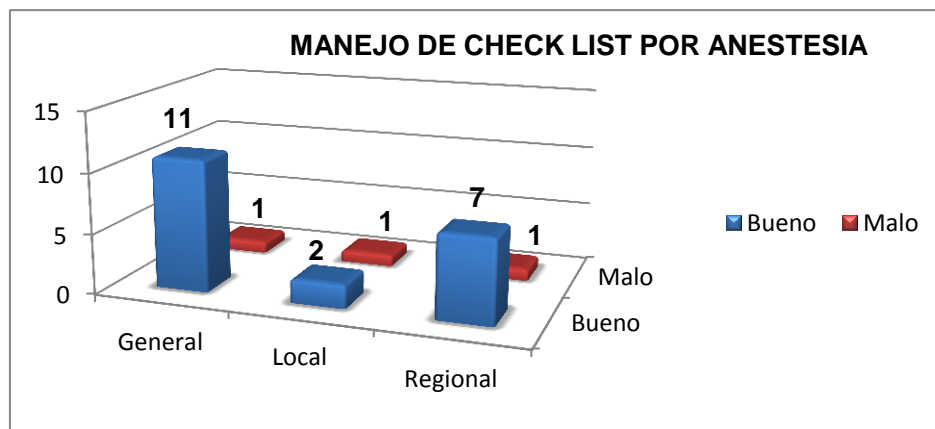


TABLA 4

Manejo de la lista por turno	<u>Buena</u>	<u>Valor</u>	<u>Mala</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total Valor</u>
Diurno	11	48%	1	4%	12	52%
Nocturno	9	39%	2	9%	11	48%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO4

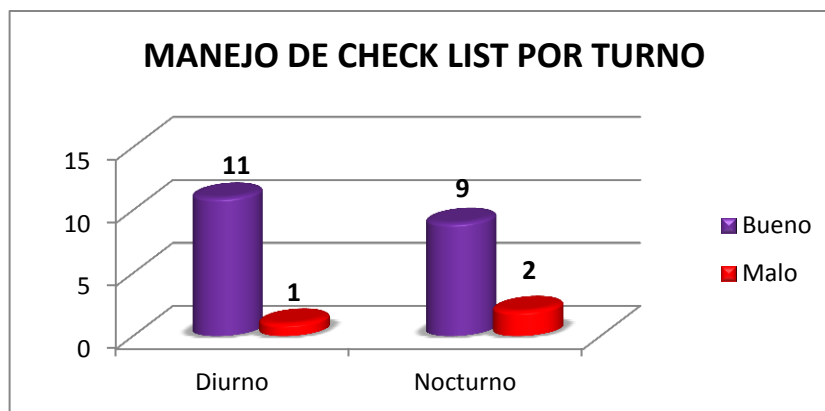


TABLA 7

Manejo del check list	Buena	Valor	Mala	Valor	Total	Total valor
Adulto	20	87%	3	13%	23	100%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 7

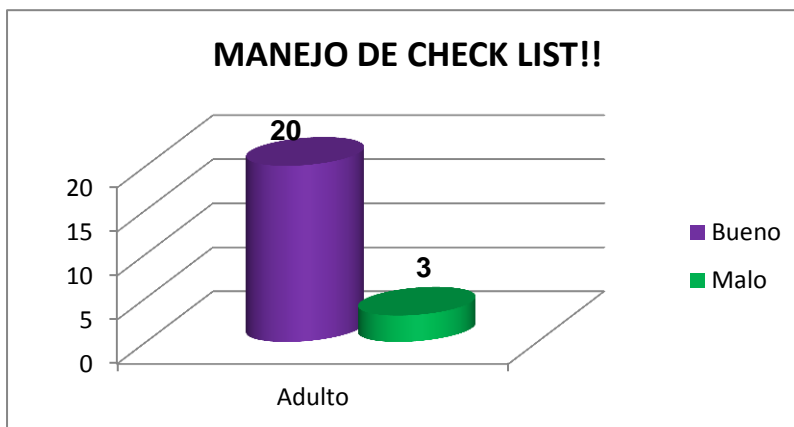


TABLA 8

Se confirma con el paciente identidad, sitio quirúrgico y consentimiento	Buena	Valor	Mala	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	2	9%	22	96%
No		0%	1	4%	1	4%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 8

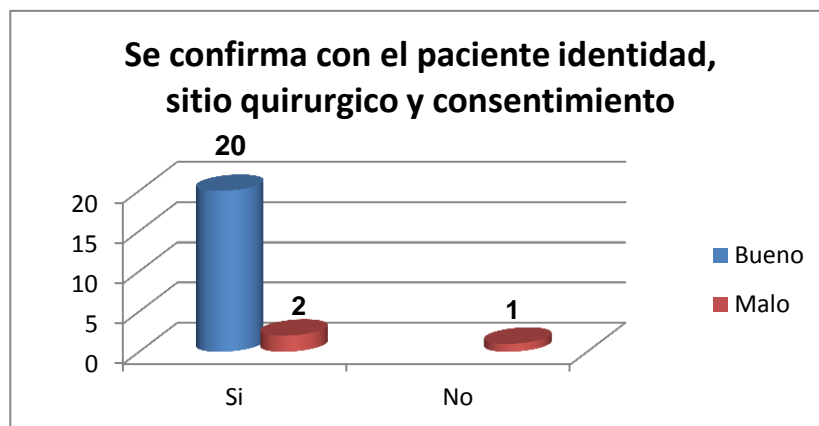


TABLA 9

Se ha marcado el sitio quirúrgico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	2	9%	22	96%
No		0%	1	4%	1	4%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 9

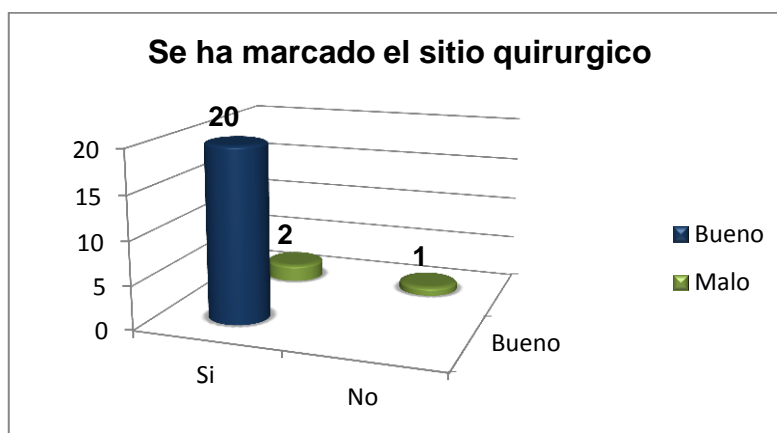


TABLA 10

Confirma la seguridad de la anestesia	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 10

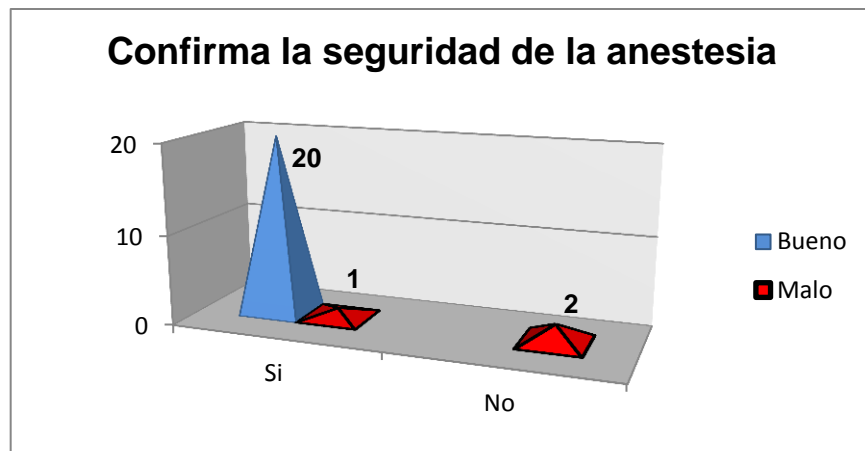


TABLA5

Verifica la colocación y funcionamiento del pulsoxímetro	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 11

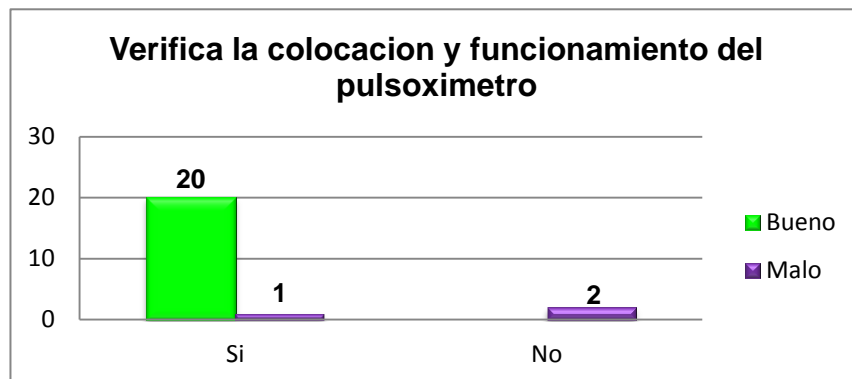


TABLA 12

Establece alergias conocidas?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 12

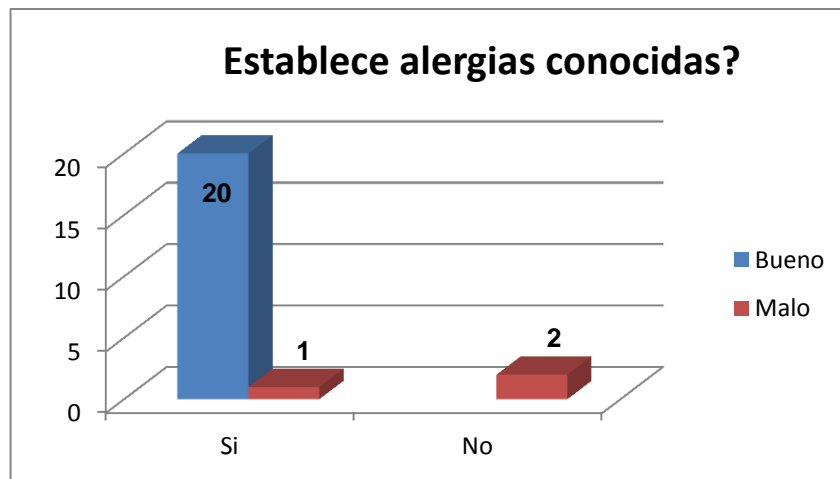


TABLA 13

Determina la dificultad de entubación endotraqueal?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 13

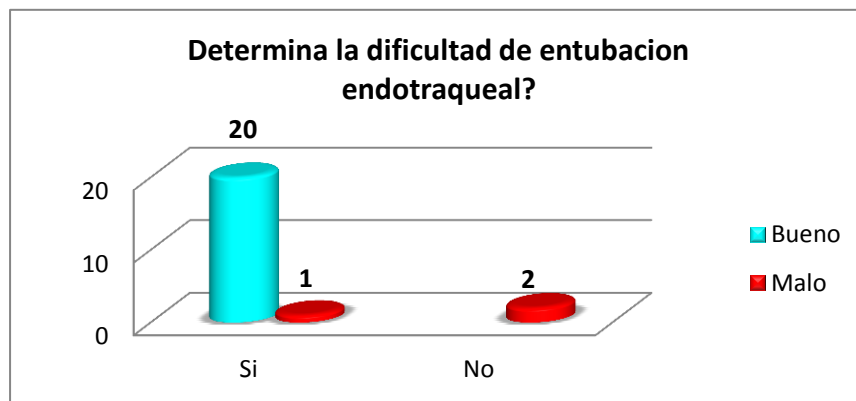


TABLA 14

Confirma que existe el equipo en caso de aspiración	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 14

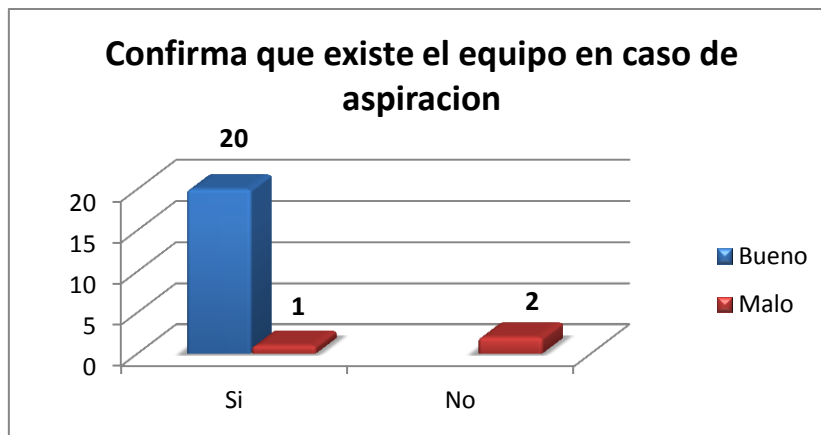


TABLA65

Comprueba que existe riesgo de pérdida de sangre?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 15

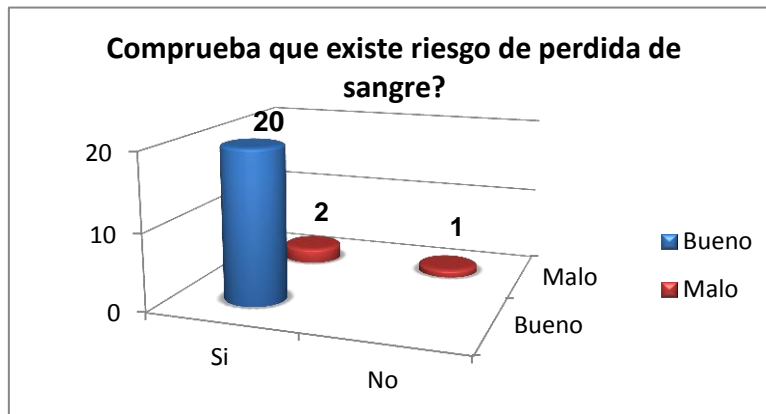


TABLA 16

Comprueba la colocación de línea venosa	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 16

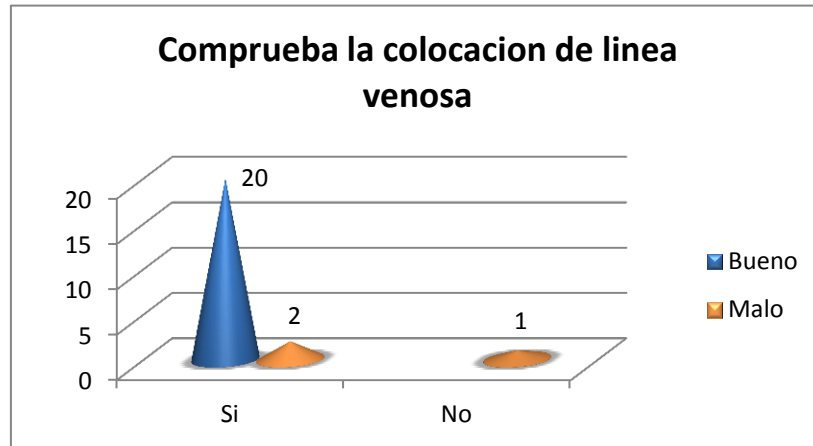


TABLA 17

Se presentan por nombre y función	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 17

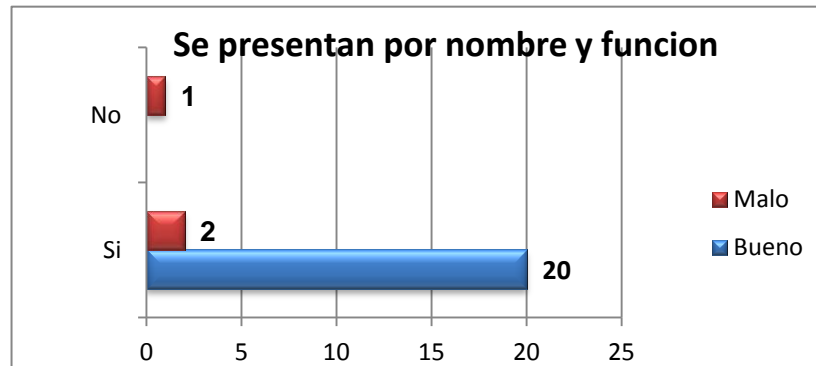


TABLA 18

Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 18

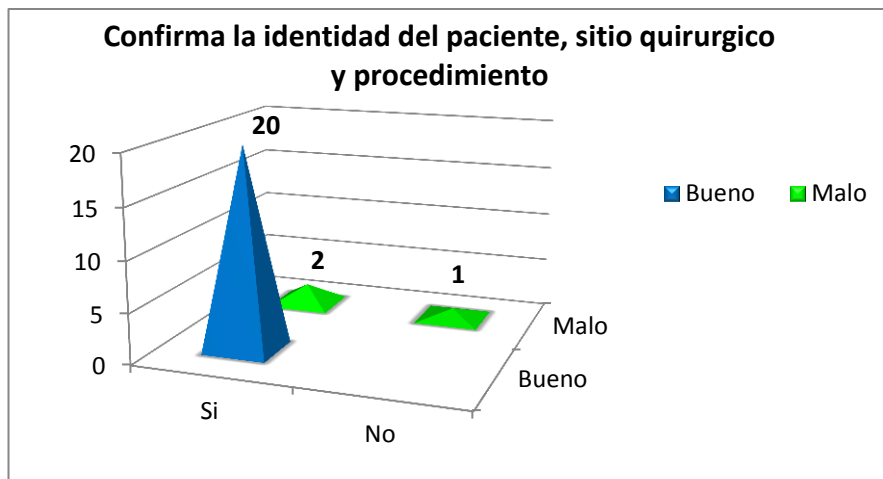


TABLA 19

Verifica la administración de antibiótico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 19

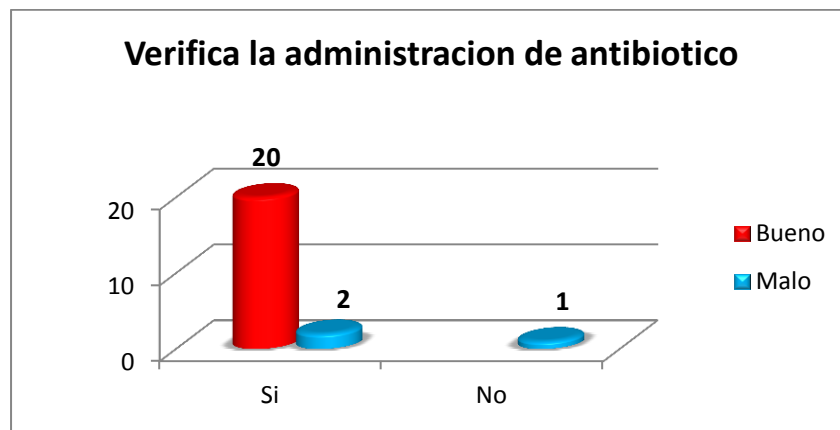


TABLA 20

Menciona el cirujano los pasos críticos?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 20

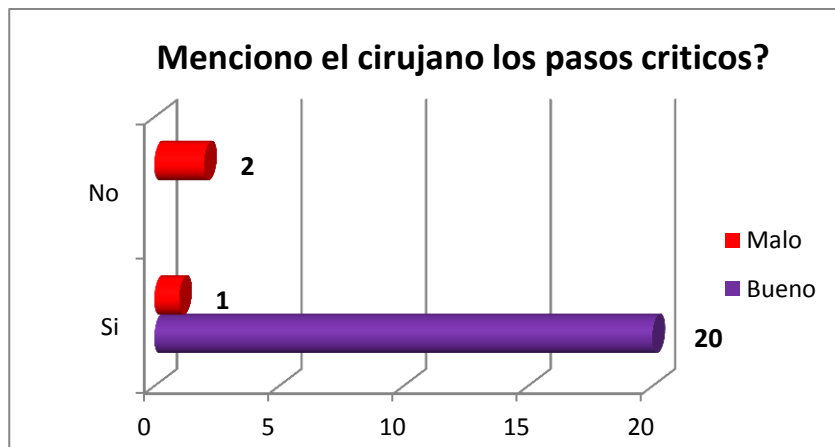


TABLA 21

Menciono el cirujano cuanto durara la operación	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 21

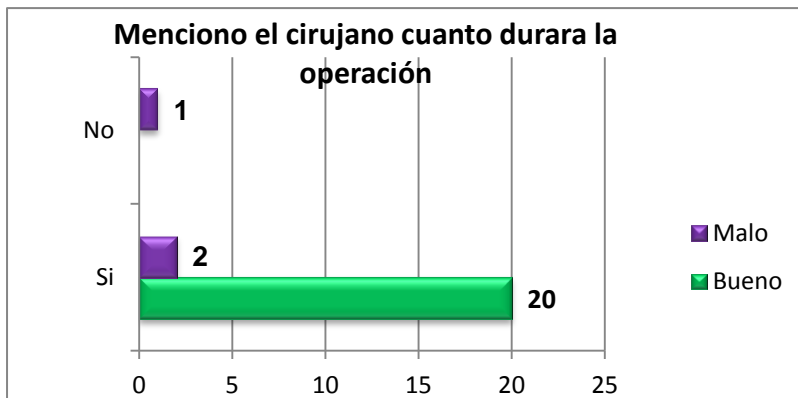


TABLA 22

Menciona el cirujano cual es la pérdida de sangre?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 22

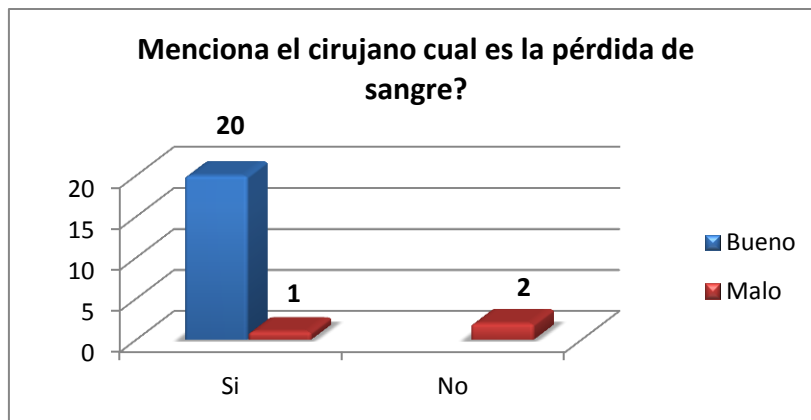


TABLA 23

Menciona el cirujano si el paciente tiene algún problema específico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 23

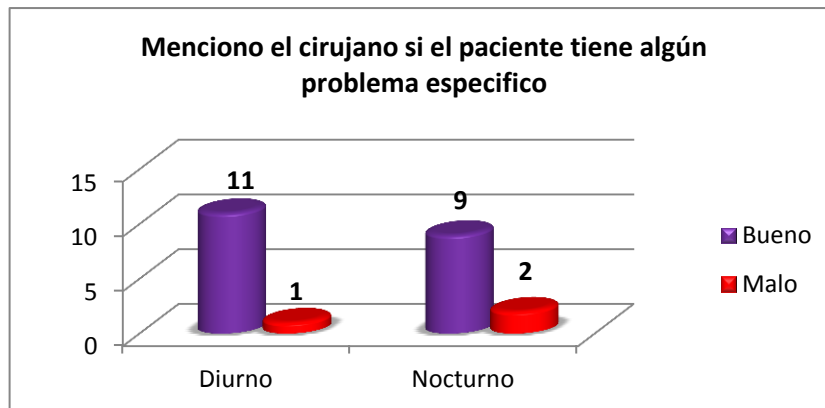


TABLA 24

Se ha confirmado la esterilidad?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 24

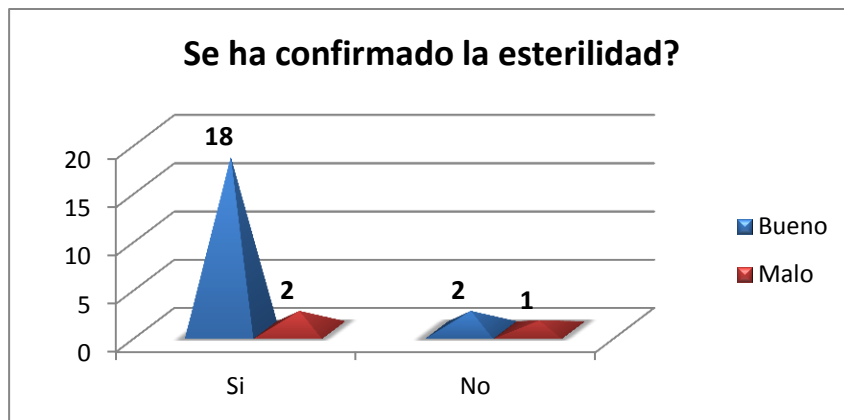


TABLA 25

Menciona el cirujano hay dudas o problemas relacionados con los instrumentos	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	19	83%	2	9%	21	91%
No	1	4%	1	4%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 25

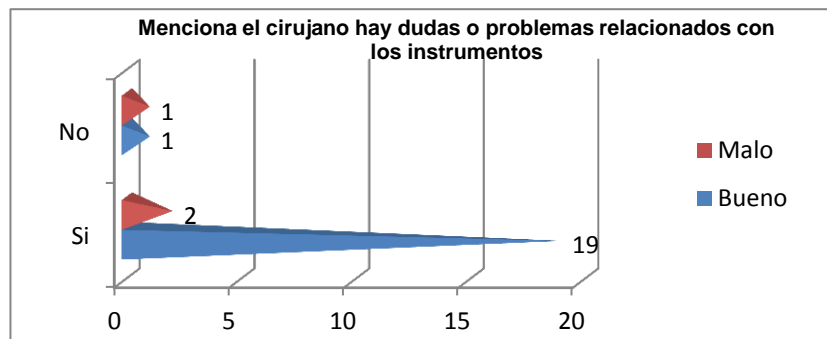


TABLA 26

Menciona el cirujano si se pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	19	83%	1	4%	20	87%
No	1	4%	2	9%	3	13%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 26

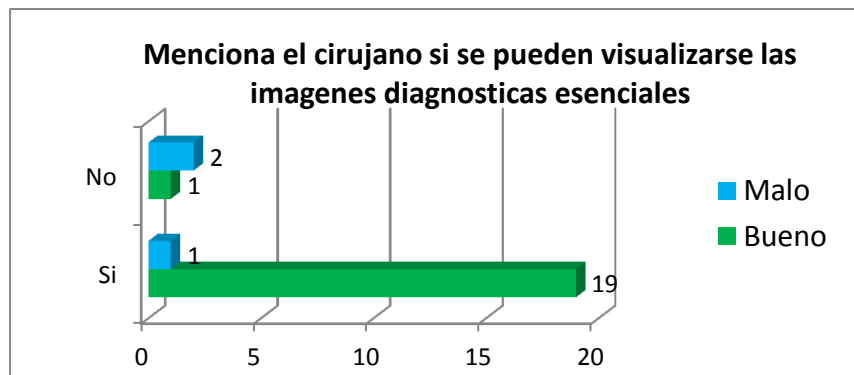


TABLA 27

Confirma el nombre del procedimiento recuento del instrumental compresas y agujas	<u>Bueno</u>	<u>Valor</u>	<u>Malo</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total Valor</u>
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 27

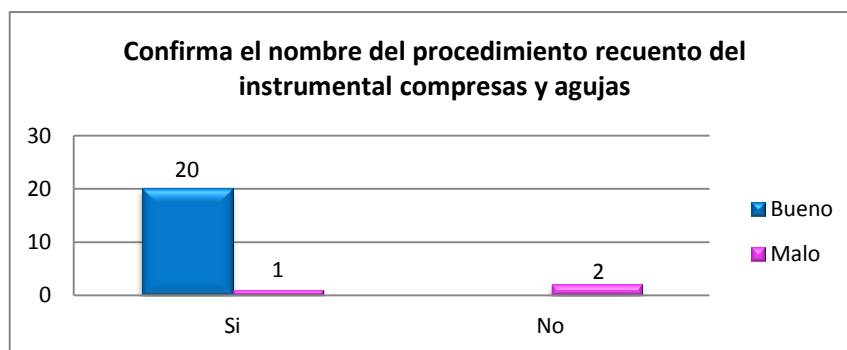


TABLA 28

Confirma el rotulado de muestras para biopsia	<u>Bueno</u>	<u>Valor</u>	<u>Malo</u>	<u>Valor</u>	<u>Total</u>	<u>Total Valor</u>
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 28

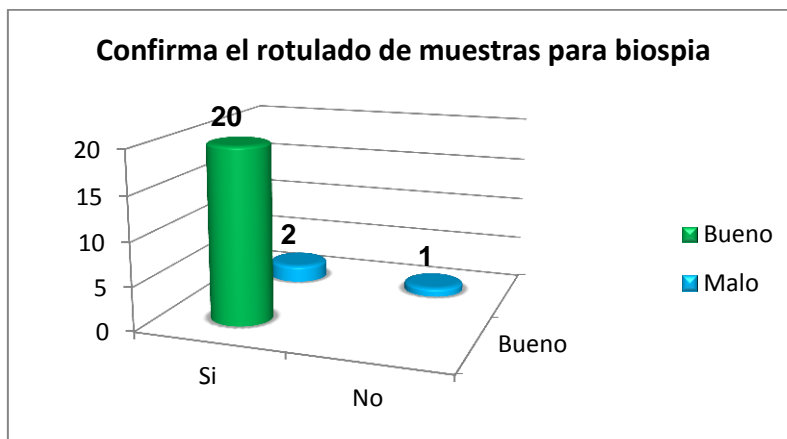


TABLA 29

Examina si hay problemas con los instrumentos?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 29

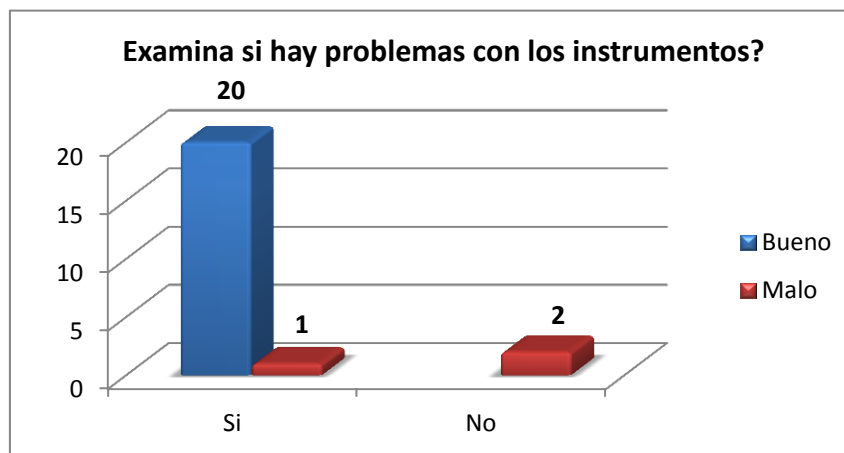


TABLA 30

Examinan el riesgo de complicaciones postoperatorias?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	19	83%	1	4%	20	87%
No	1	4%	2	9%	3	13%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 30

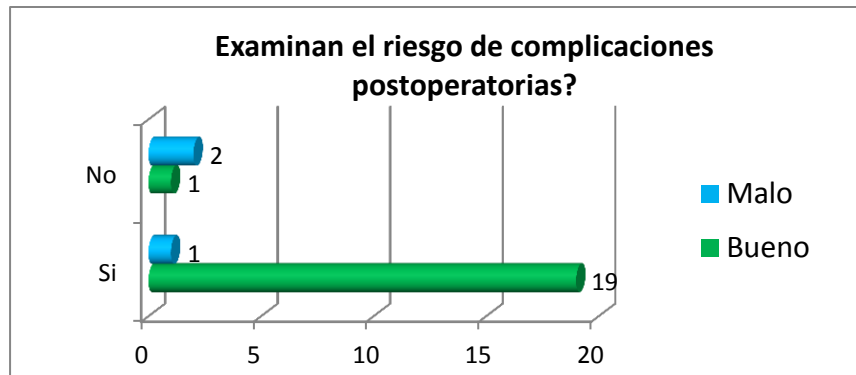


TABLA 31

Confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	20	87%	1	4%	21	91%
No		0%	2	9%	2	9%
Total general	20	87%	3	13%	23	100%

GRAFICO 31

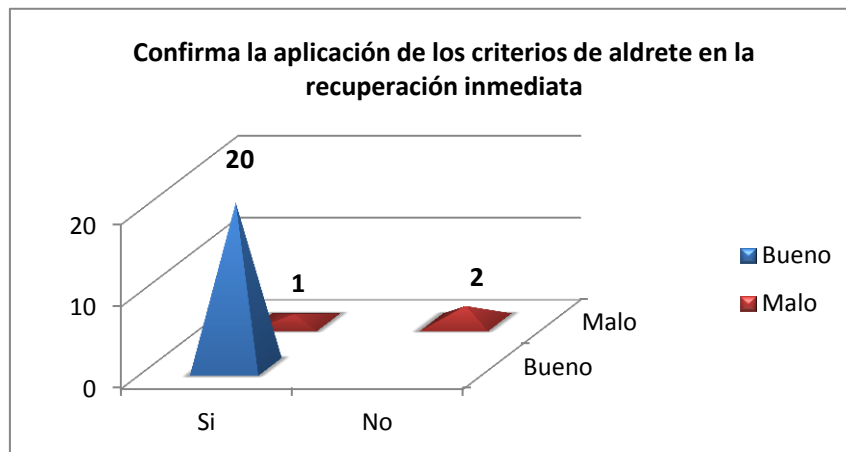


TABLA 32

Etiquetas de fila	Bueno	Total general
Adulto	42	42
Pediatrico	1	1
Total general	43	43

GRAFICO 32



TABLA 7

Manejo de check list por sexo	Femenino	Valor	Masculino	Valor	Total	Total Valor
Bueno	23	53%	20	47%	43	100%
Total general	23	53%	20	47%	43	100%

GRAFICO 33

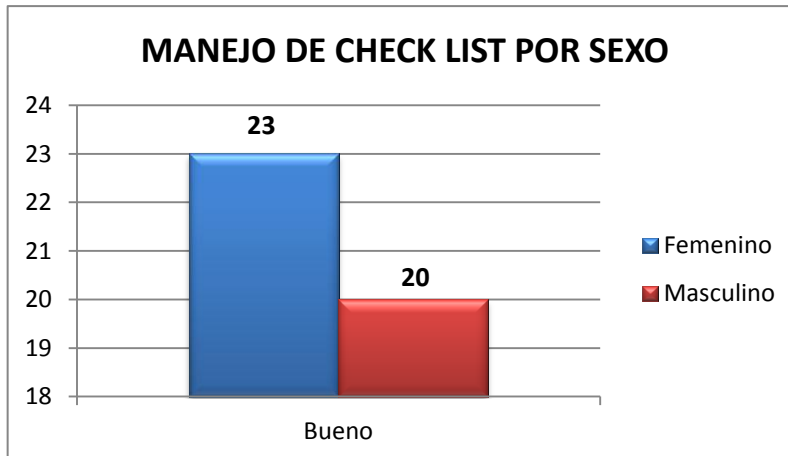


TABLA 8

Manejo de la check list por asa	I	Valor	II	Valor	III	Valor	Total	Total Valor
Bueno	17	40%	19	44%	7	16%	43	100%
Total general	17	40%	19	44%	7	16%	43	100%

GRAFICO 34

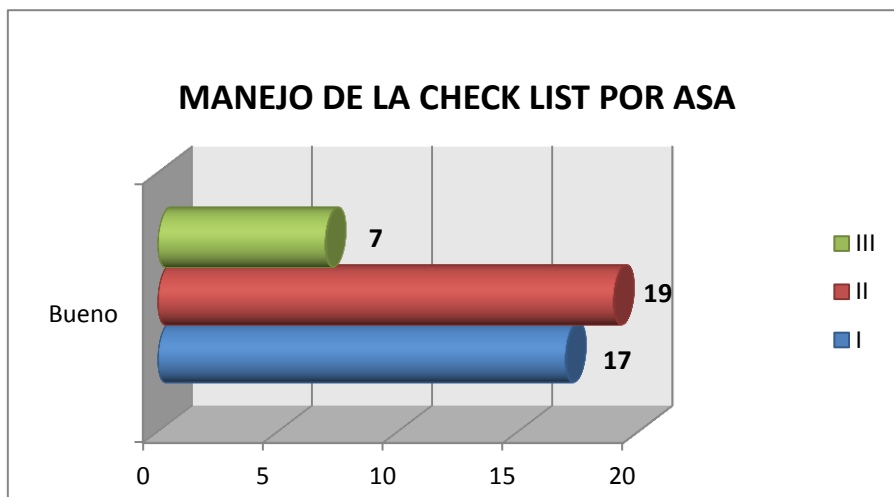


TABLA 9

Manejo del check list por cirugía	General	%	Ortopedia	%	Total	Total %
Bueno	27	63%	16	37%	43	100%
Total general	27	63%	16	37%	43	100%

GRAFICO 35

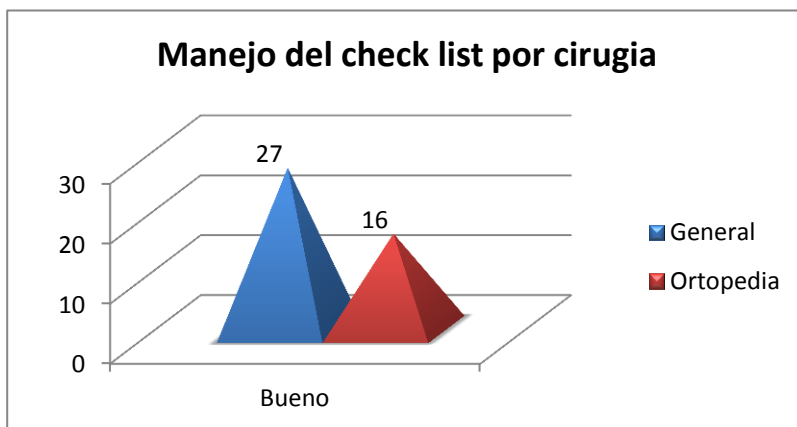


TABLA10

Manejo de la check list por tipo de anestesia	General	Valor	Local	Valor	Regional	Valor	Total	Total Valor
Bueno	23	53%	3	7%	17	40%	43	100%
Total general	23	53%	3	7%	17	40%	43	100%

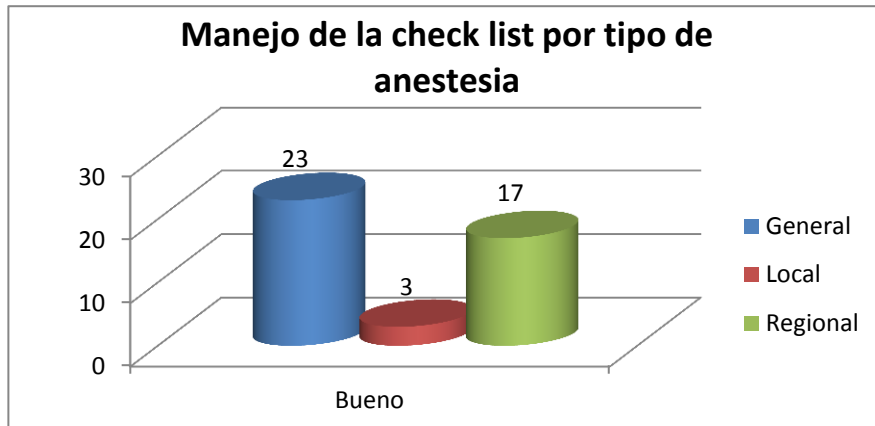


TABLA11

Manejo de la check list por turno	Diurno	%	Nocturno	%	Total	Total %
Buena	21	49%	22	51%	43	100%
Total general	21	49%	22	51%	43	100%

GRAFICO 37



TABLA 38

Manejo de check list	Buena	%	Total	Total %
Si	43	100%	43	100%
Total general	43	100%	43	100%

GRAFICO 38

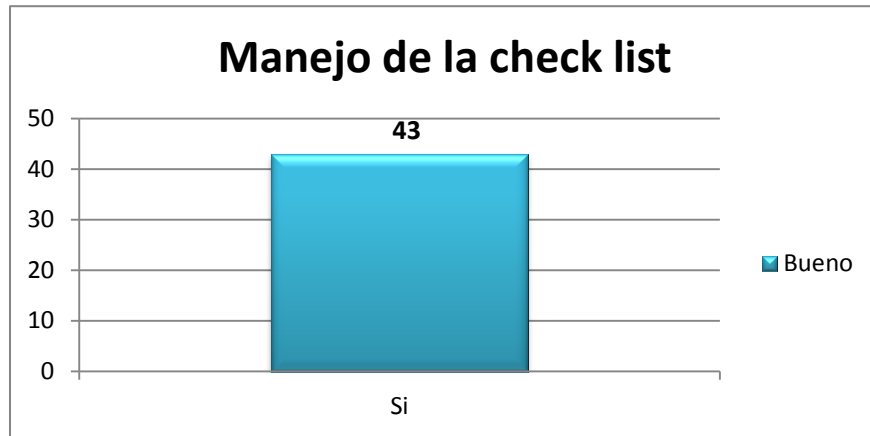


TABLA 39

Confirma el paciente identidad, sitio quirurgico, procedimiento y su consentimiento?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 39

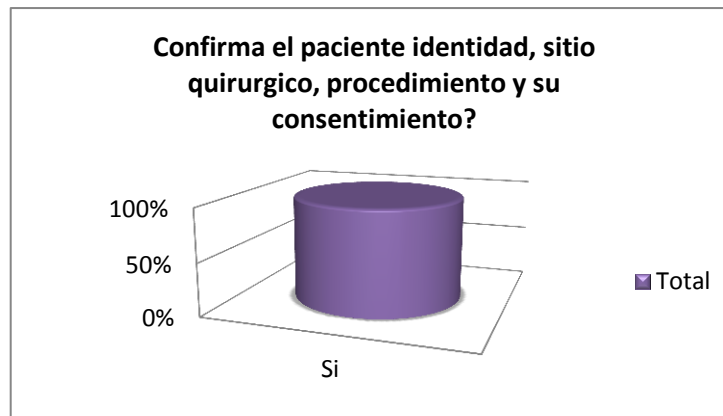


TABLA 40

Se ha marcado el sitio quirurgico?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 40

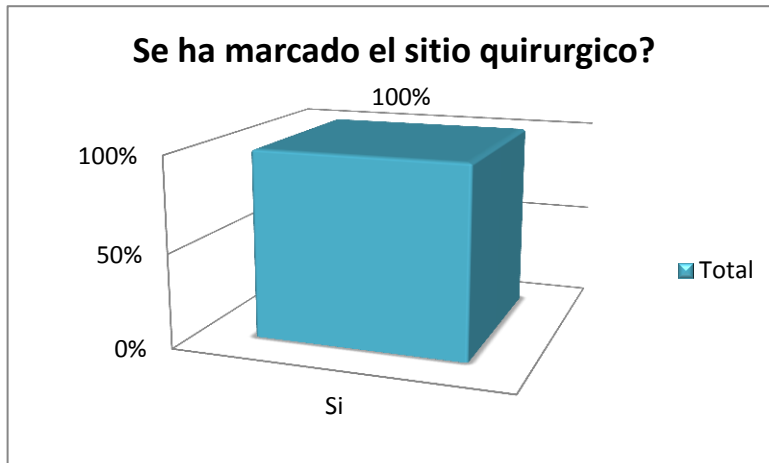


TABLA 121

Confirma la seguridad de la anestesia?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 41



TABLA 42

Verifica la colocación y funcionamiento del pulsoxímetro?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 42

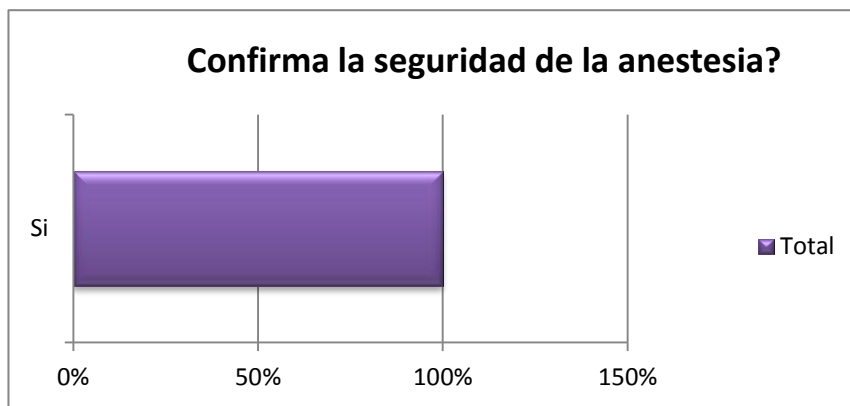


TABLA 43

Establece alergias conocidas?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 43

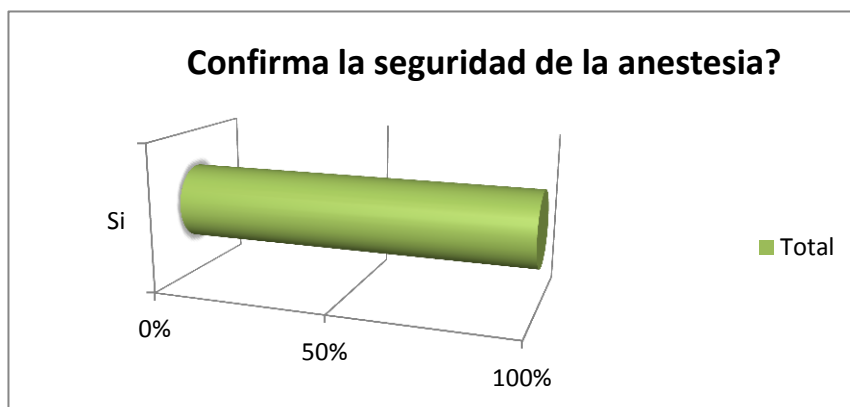


TABLA 44

Determina la dificultad de la entubación endotraqueal?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 44

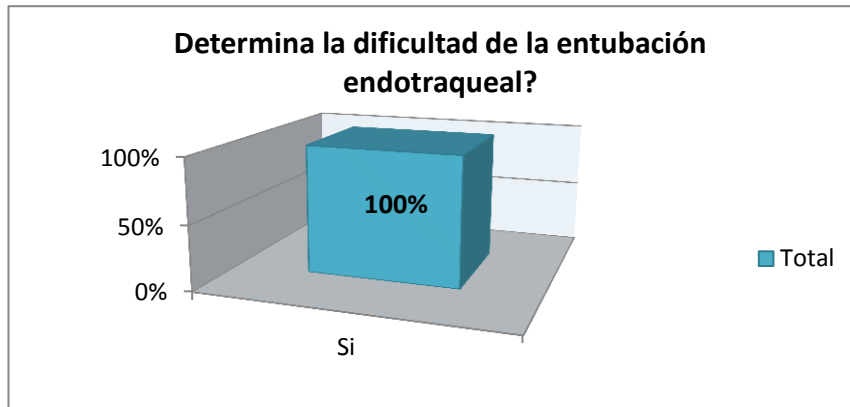


TABLA 45

Confirma que existe el equipo necesario en caso de aspiración?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 45

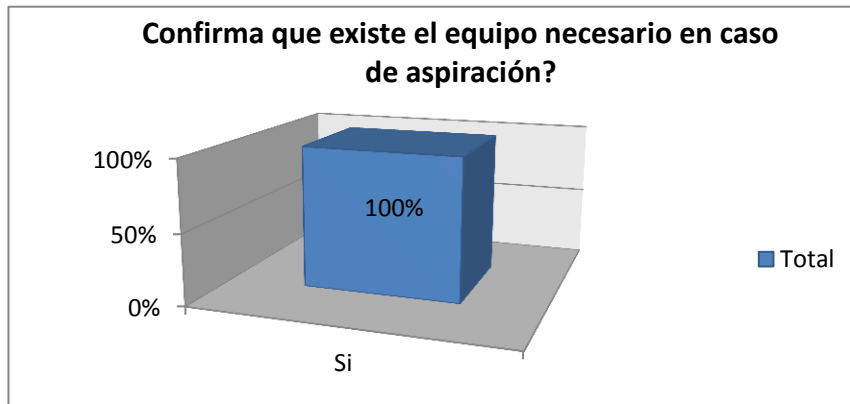


TABLA 46

Comprueba que existe riesgo de perdida de sangre?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 46

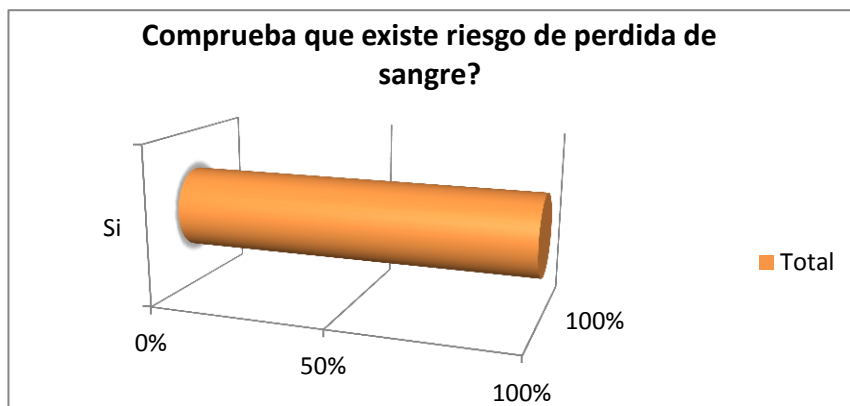


TABLA 47

Comprueba que existe riesgo de perdida de sangre?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 46

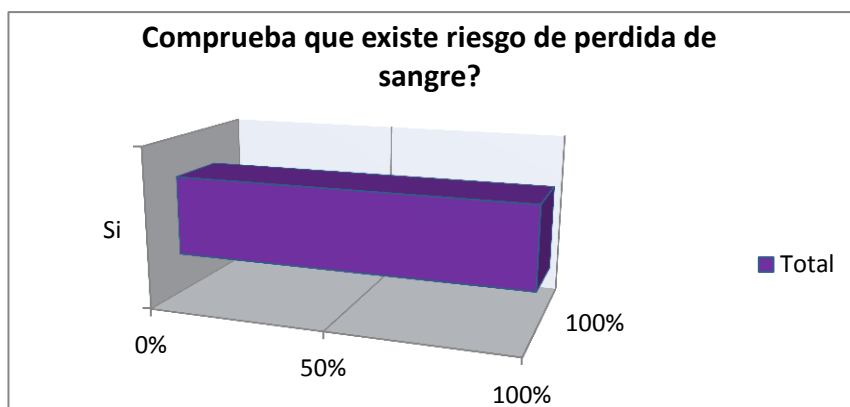


TABLA 48

Se presentan por nombre y funcion?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 48



TABLA 49

Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 49

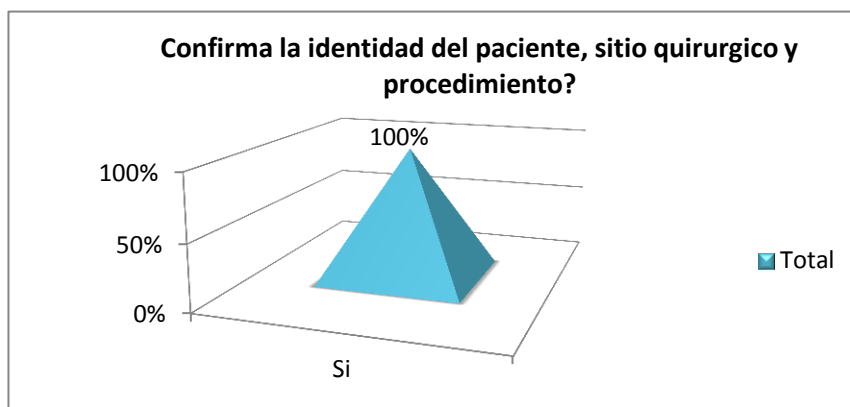


TABLA 50

Verifica administración de antibiótico?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 50

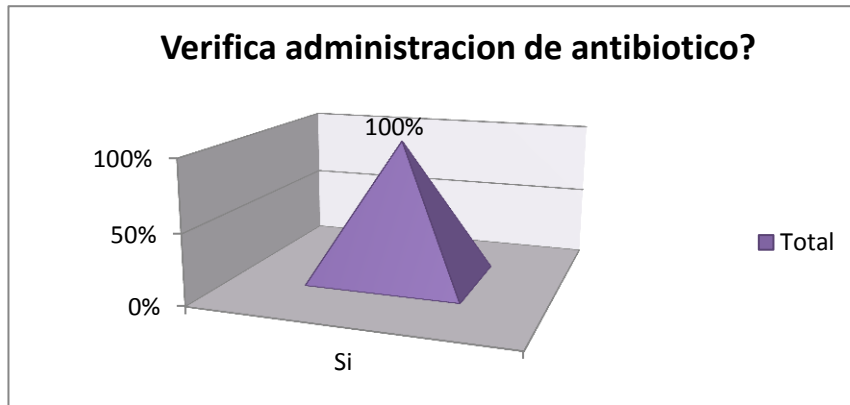


TABLA 51

Menciona el cirujano los pasos críticos?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 51

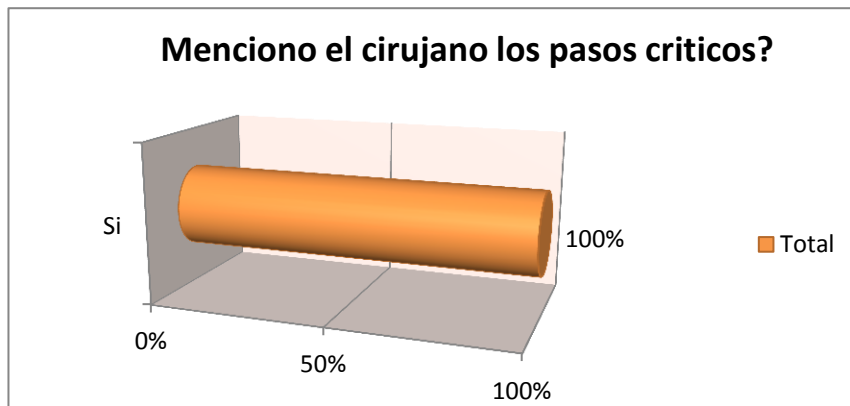


TABLA 52

Menciona el cirujano cuanto durara la operacion?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 52

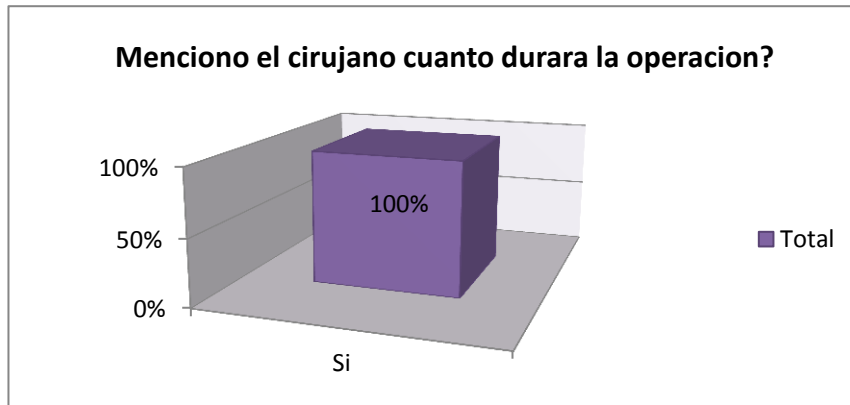


TABLA 53

Menciona el cirujano cual es la perdida de sangre?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 53

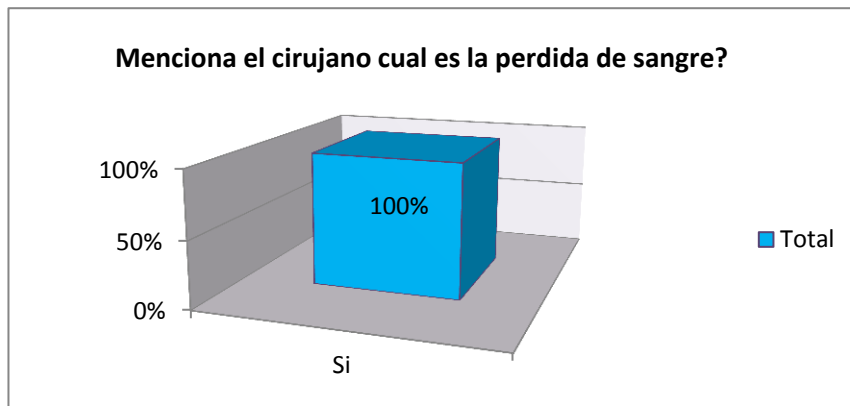


TABLA 54

Menciono el cirujano Presenta el paciente algún problema específico	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 54

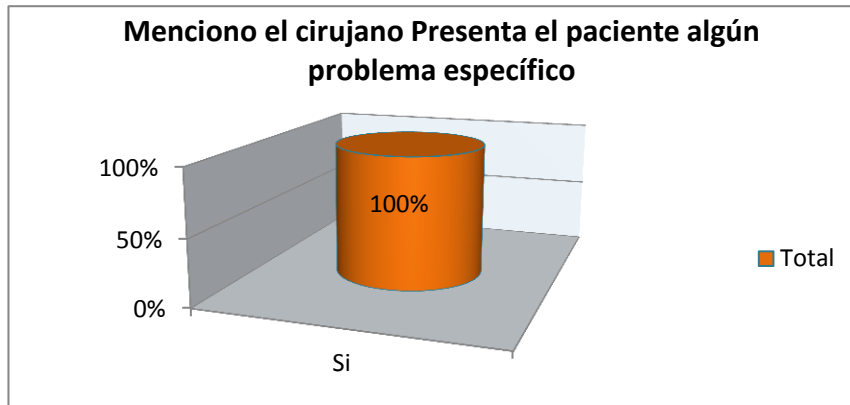


TABLA 55

Menciona si se ha confirmado la esterilidad	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 55

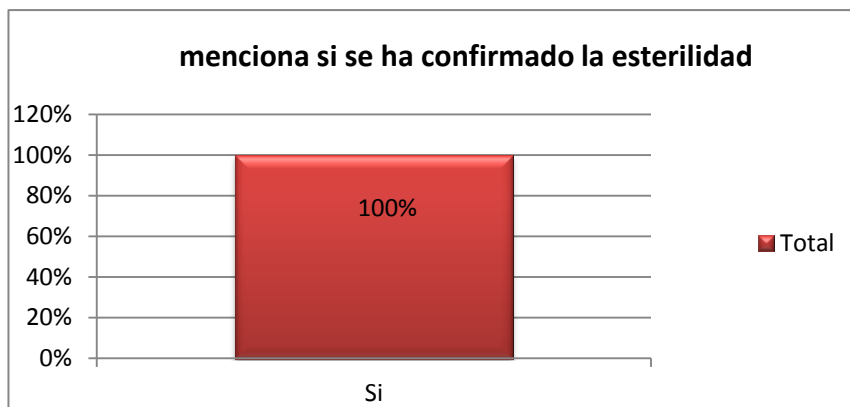


TABLA 56

Menciona si Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 56



TABLA 57

Menciona el cirujano si se pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 57

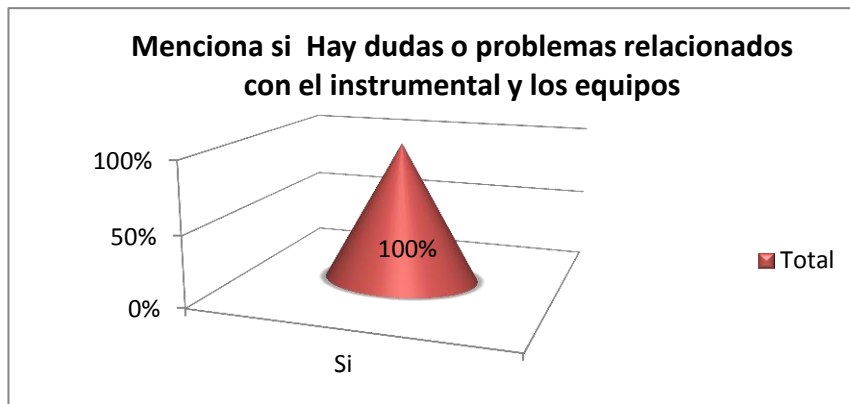


TABLA 58

Confirma el nombre del procedimiento, recuento del instrumental y agujas?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 58



TABLA 59

Confirma el rotulado de muestras para biopsias?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 59

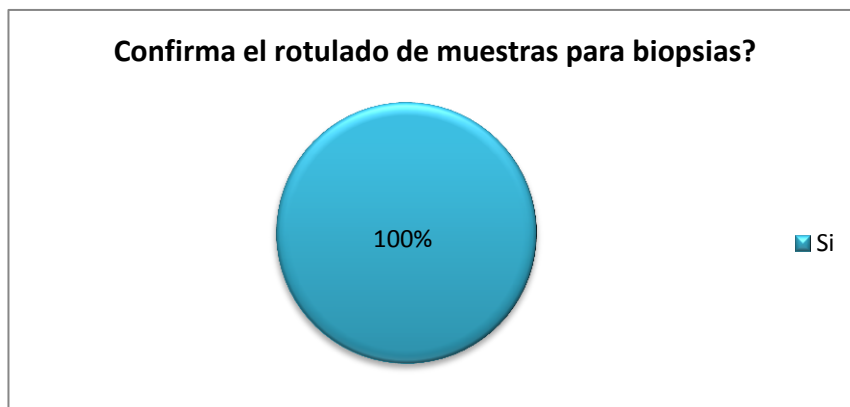


TABLA 60

Examina si existen problemas con el instrumental de los equipos o insumos médicos?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 60

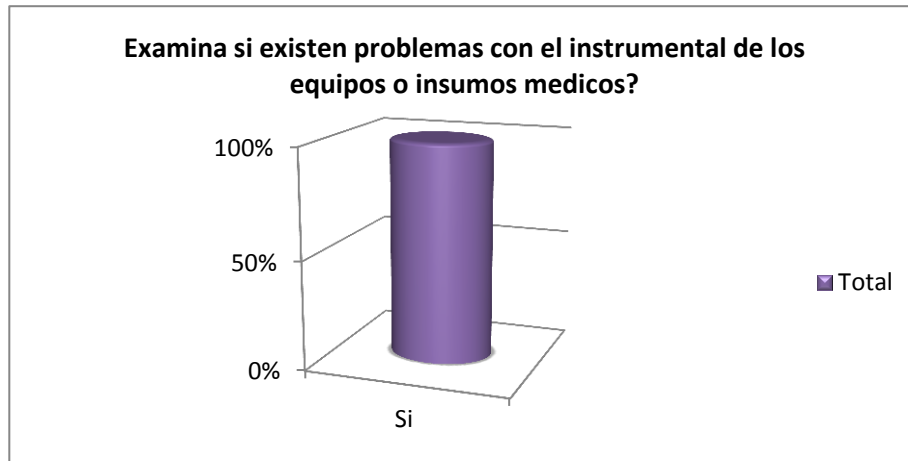


TABLA 61

Examinan el riesgo de complicaciones postoperatorias?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 61

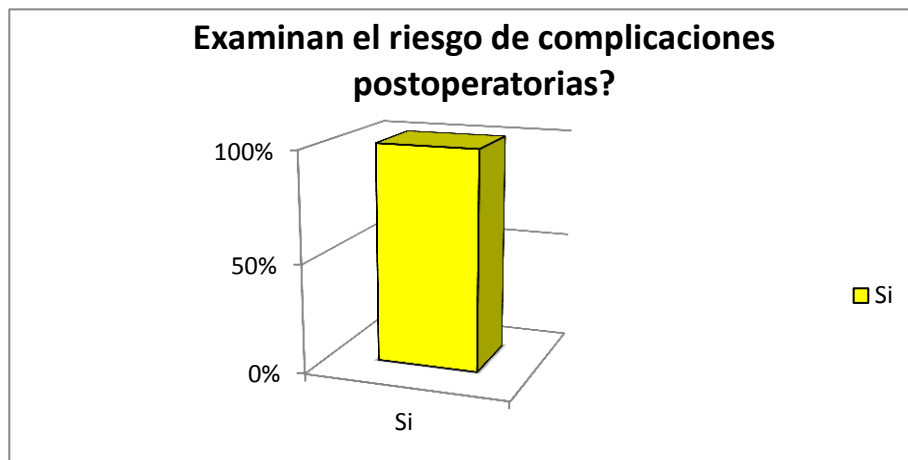


TABLA 62

Confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata?	Total de pacientes	%
Bueno	43	100%
Total general	43	100%

GRAFICO 62

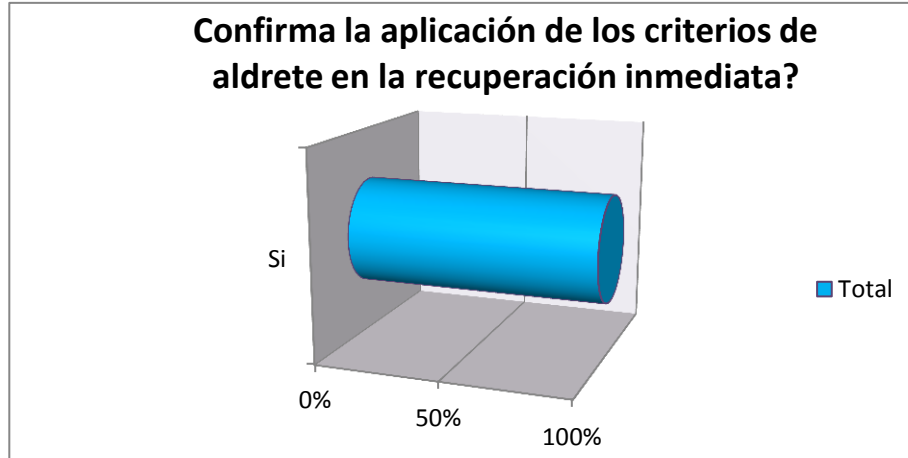


TABLA 63

Manejo del check list por edad	Bueno	%	Malo	%	Total	Total %
Adulto	16	37%	26	60%	42	98%
Pediátrico	1	2%		0%	1	2%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 63

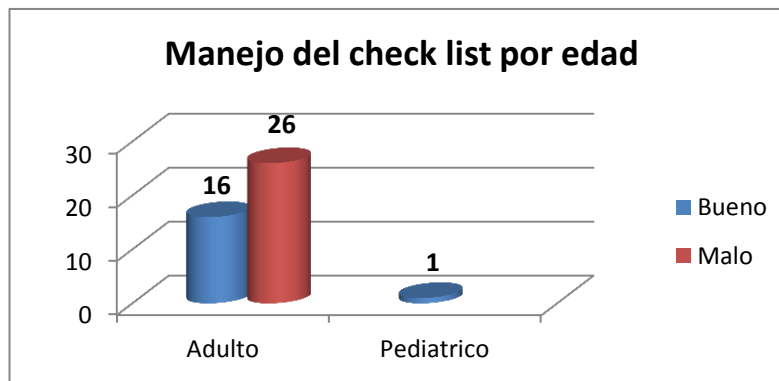


TABLA 64

Manejo de la check list por sexo	Bueno	%	Malo	%	Total	Total %
Femenino	7	16%	16	37%	23	53%
Masculino	10	23%	10	23%	20	47%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 64

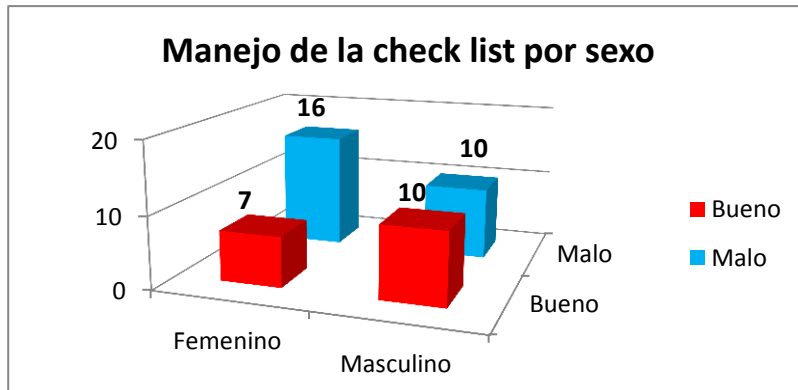


TABLA 65

Manejo del check list por Asa	Buena	%	Mala	%	Total	Total %
I	5	12%	12	28%	17	40%
II	9	21%	10	23%	19	44%
III	3	7%	4	9%	7	16%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 65

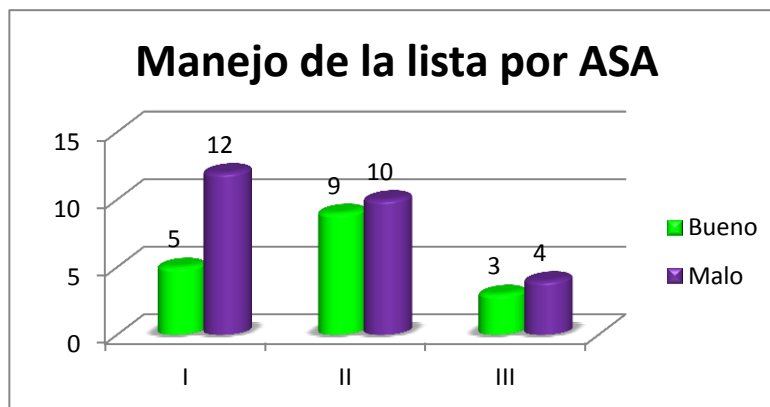


TABLA 66

Manejo de la check list por tipo de Cirugía	Buena	%	Mala	%	Total	Total %
General	12	28%	15	35%	27	63%
Ortopedia	5	12%	11	26%	16	37%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 66

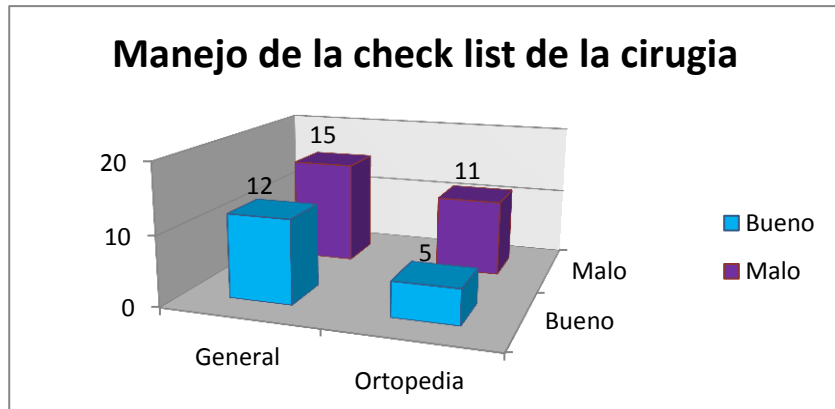


TABLA 67

Manejo de la check list por Anestesia	Buena	%	Mala	%	Total	Total %
General	11	26%	12	28%	23	53%
Local		0%	3	7%	3	7%
Regional	6	14%	11	26%	17	40%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 67

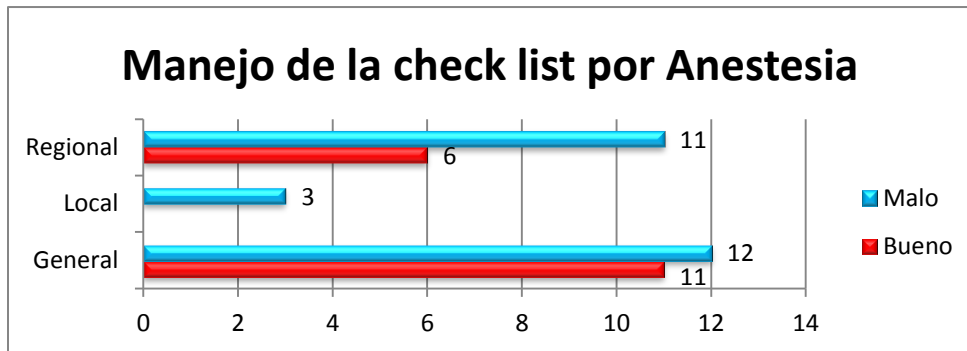


TABLA 68

Manejo de la lista por turno	Buena	%	Mala	%	Total	Total %
Diurno	6	14%	15	35%	21	49%
Nocturno	11	26%	11	26%	22	51%

Total general	17	40%	26	60%	43	100%
----------------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-------------

GRAFICO 68

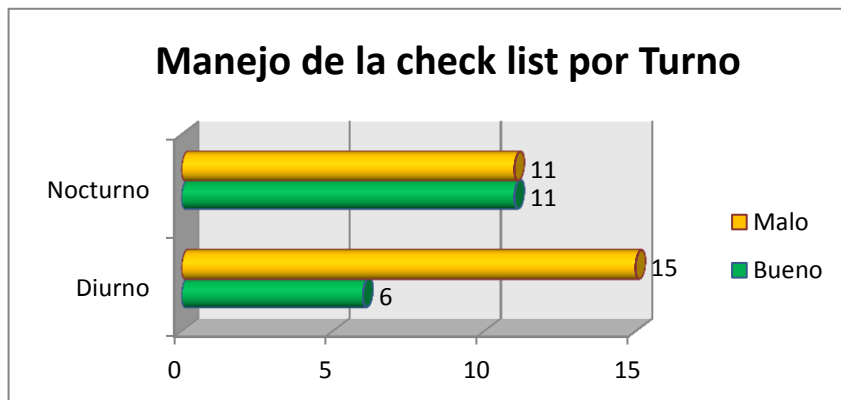


TABLA 69

MANEJO DE CHECK LIST!!	Pacientes	Porcentaje
Bueno	17	40%
Malo	26	60%
Total general	43	100%

GRAFICO 69

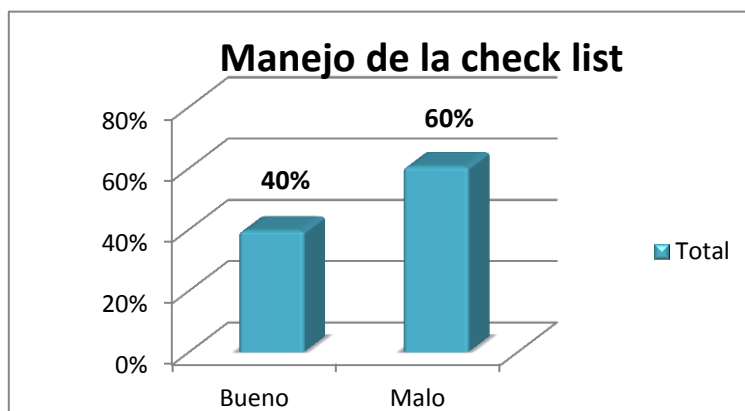


TABLA 70

Se confirma con el paciente identidad, sitio quirúrgico y consentimiento	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	15	35%	32	74%
No		0%	11	26%	11	26%

Total general	17	40%	26	60%	43	100%
----------------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-------------

GRAFICO 70

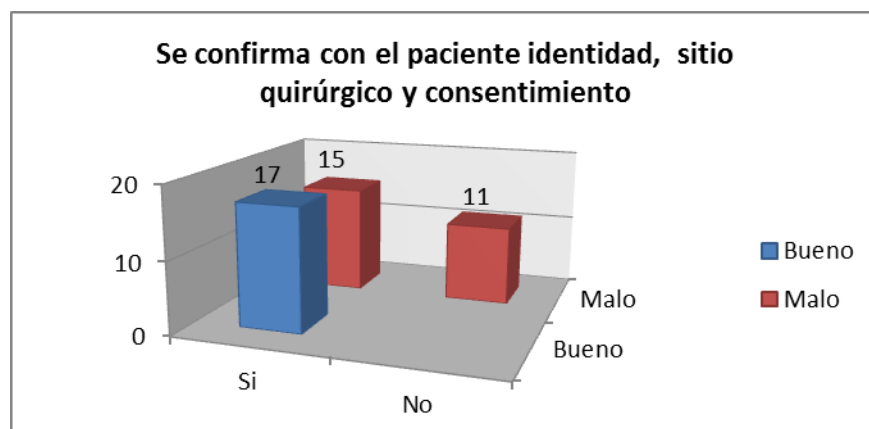


TABLA 71

Se ha marcado el sitio quirúrgico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	16	37%	12	28%	28	65%
No	1	2%	14	33%	15	35%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 71

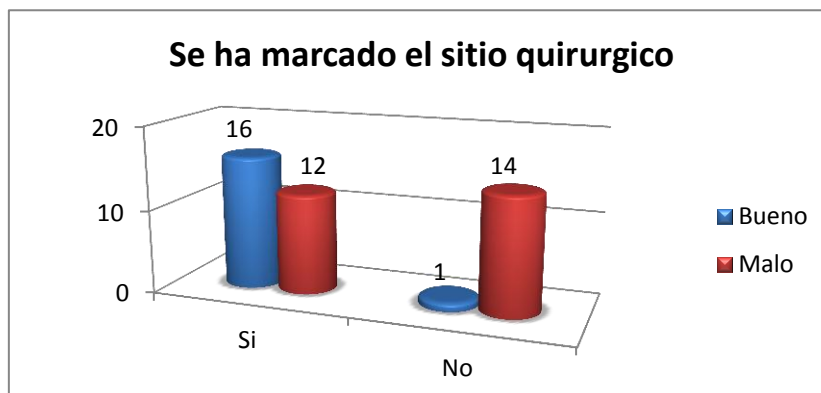


TABLA 72

Confirma la seguridad de la anestesia	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	26	60%	43	100%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 72

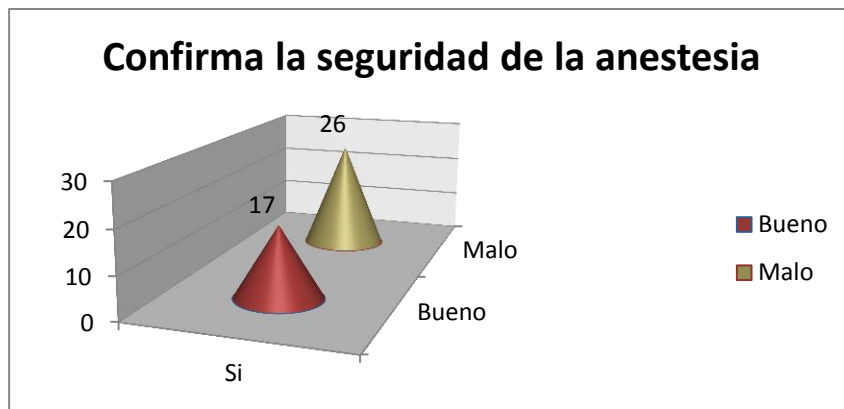


TABLA 73

Verifica la colocación y funcionamiento del pulsoxímetro	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	26	60%	43	100%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 73

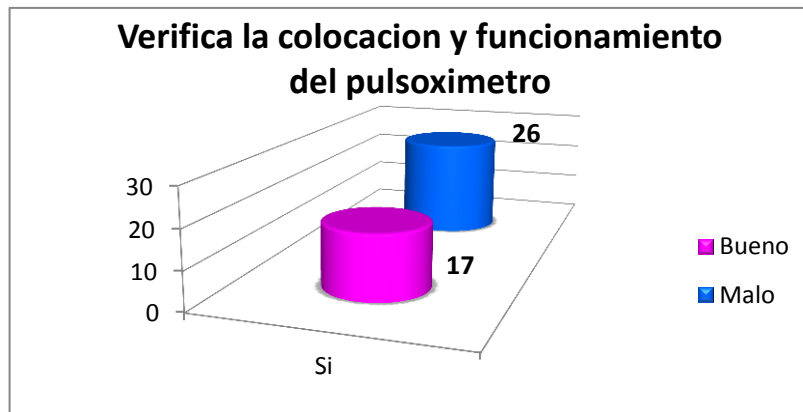


TABLA 74

Establece alergias conocidas?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	25	58%	42	98%
No		0%	1	2%	1	2%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 74

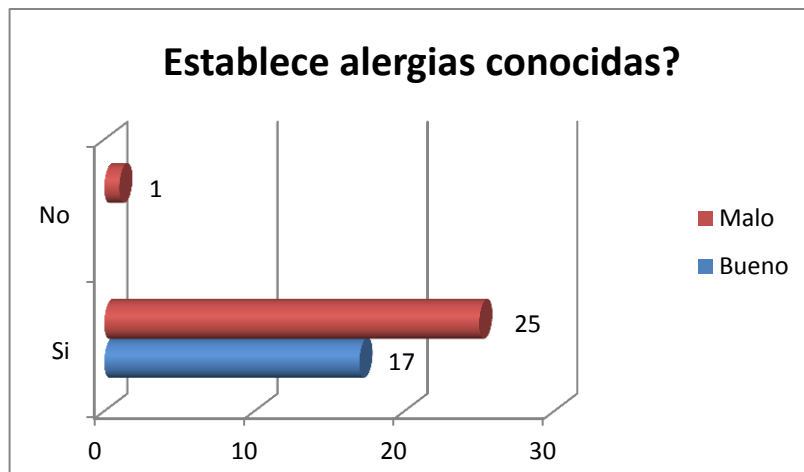


TABLA 75

Determina la dificultad de entubación endotraqueal?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	25	58%	42	98%
No		0%	1	2%	1	2%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 75

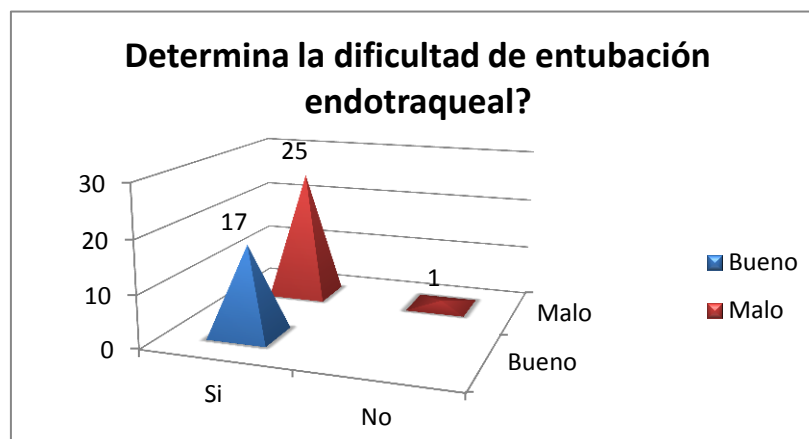


TABLA 76

Confirma que existe el equipo en caso de aspiración	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	26	60%	43	100%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 76

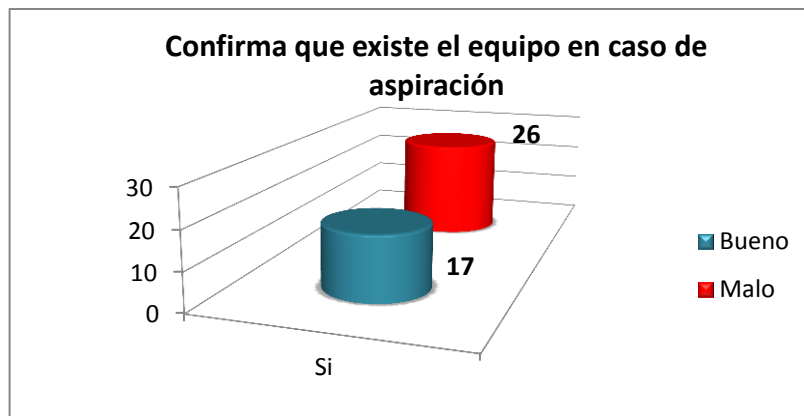


TABLA 77

Comprueba que existe riesgo de pérdida de sangre?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	17	40%	34	79%
No		0%	9	21%	9	21%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 77

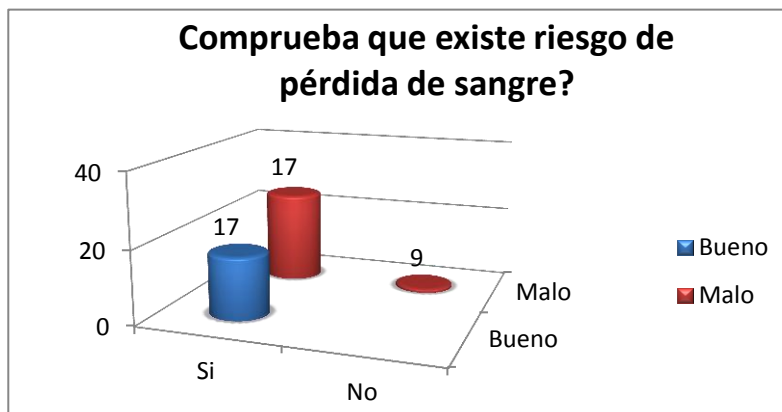


TABLA 78

Comprueba la colocación de línea venosa	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	26	60%	43	100%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 78

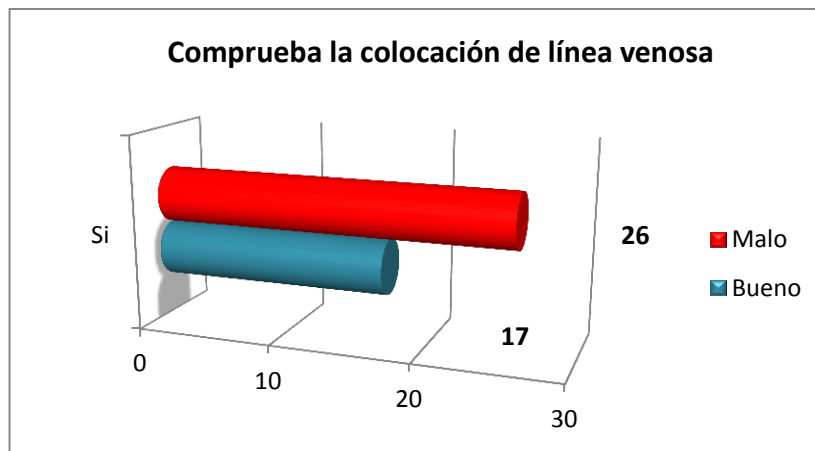


TABLA 79

Se presentan por nombre y función	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	17	40%	34	79%
No		0%	9	21%	9	21%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 79

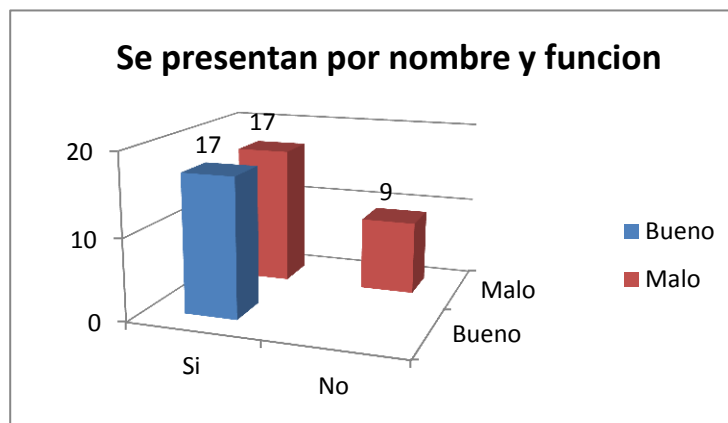


TABLA 80

Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	19	44%	36	84%
No		0%	7	16%	7	16%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 80

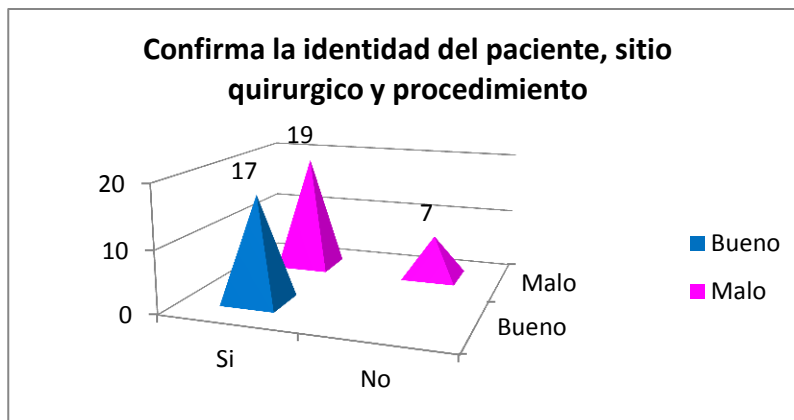


TABLA 81

Verifica la administración de antibiótico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	26	60%	43	100%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 81

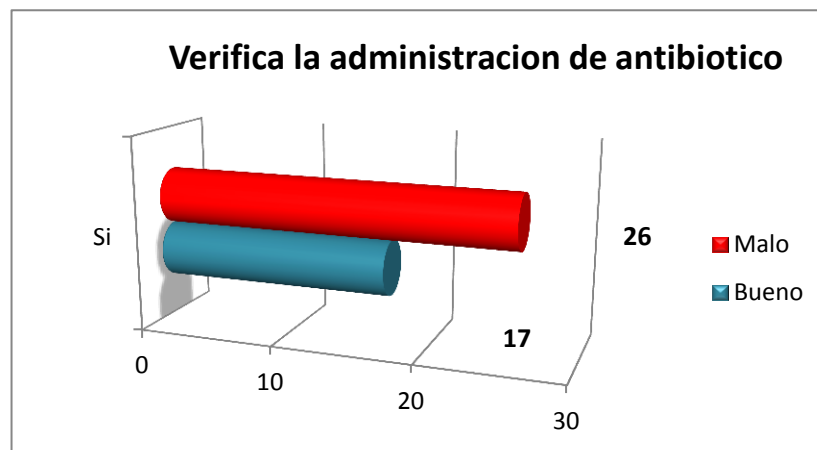


TABLA 82

Menciono el cirujano los pasos críticos?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	14	33%	9	21%	23	53%
No	3	7%	17	40%	20	47%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 82

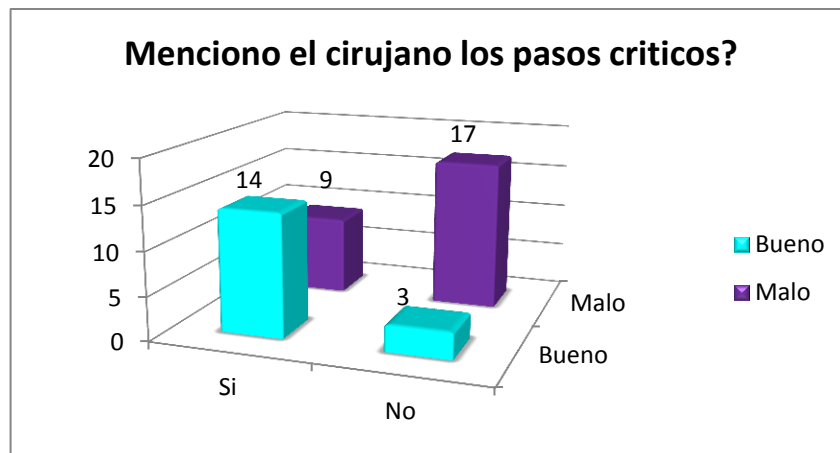


TABLA 83

Menciono el cirujano cuanto durara la operación	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	7	16%	24	56%	31	72%
No	6	14%	6	14%	12	28%
Total general	13	30%	30	70%	43	100%

GRAFICO 83

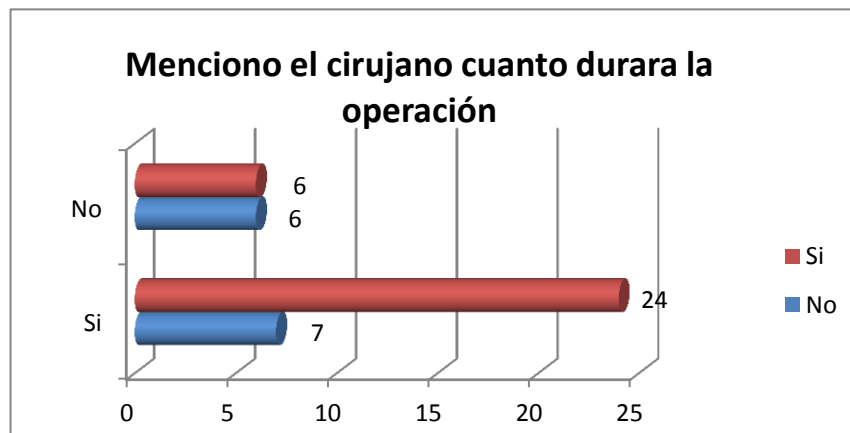


TABLA 84

Menciona el cirujano cual es la pérdida de sangre?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	16	37%	6	14%	22	51%
No	1	2%	20	47%	21	49%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 84

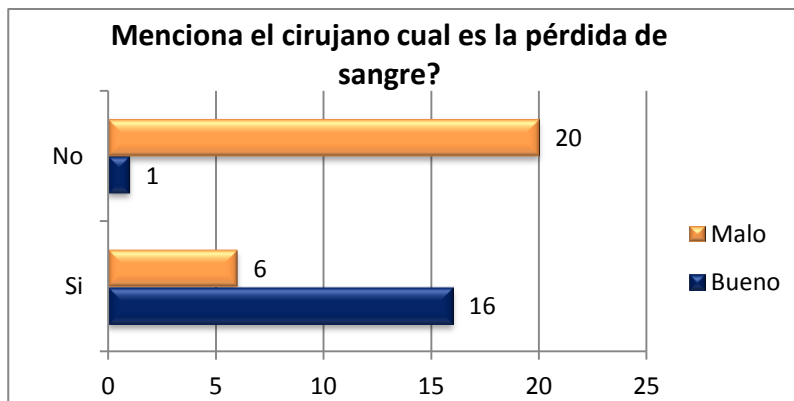


TABLA 85

Menciona el cirujano si el paciente tiene algún problema específico	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	17	40%	34	79%
No		0%	9	21%	9	21%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 85

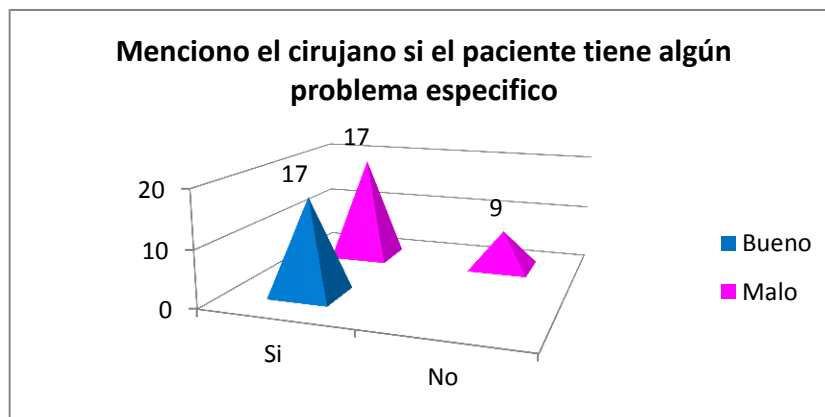


TABLA 86

Se ha confirmado la esterilidad?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	25	58%	42	98%
No		0%	1	2%	1	2%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 86



TABLA 87

Menciona el cirujano hay dudas o problemas relacionados con los instrumentos	Buena	Valor	Mala	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	11	26%	28	65%
No	0	0%	15	35%	15	35%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 87

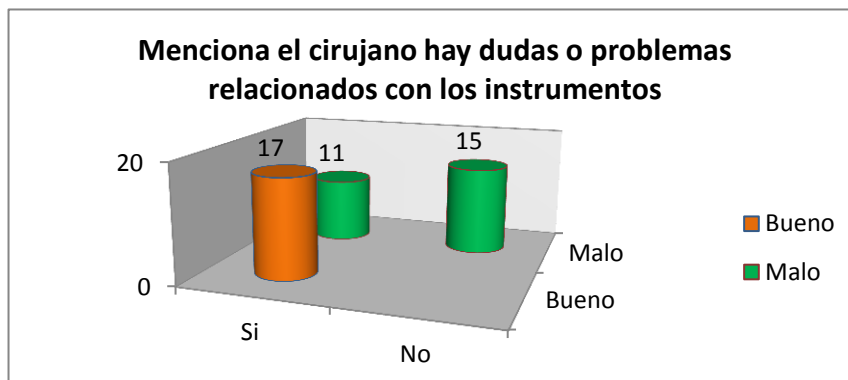


TABLA 88

Menciona el cirujano si se pueden visualizar las imágenes diagnosticas esenciales	Buena	Valor	Mala	Valor	Total	Total Valor
Si	16	37%	14	33%	30	70%
No	1	2%	12	28%	13	30%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 88

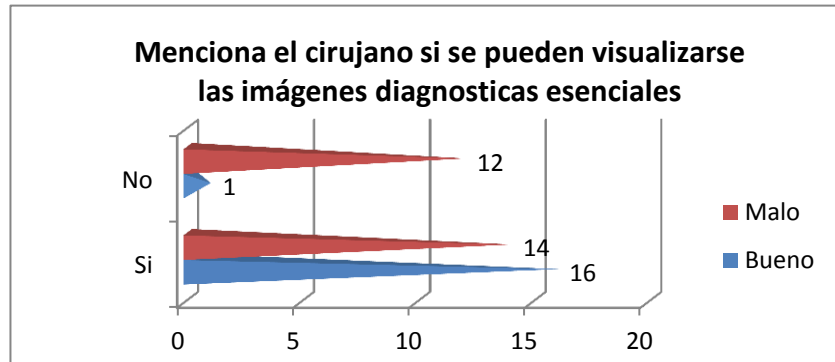


TABLA 89

Confirma el nombre del procedimiento recuento del instrumental compresas y agujas	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	11	26%	28	65%
No		0%	15	35%	15	35%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 89

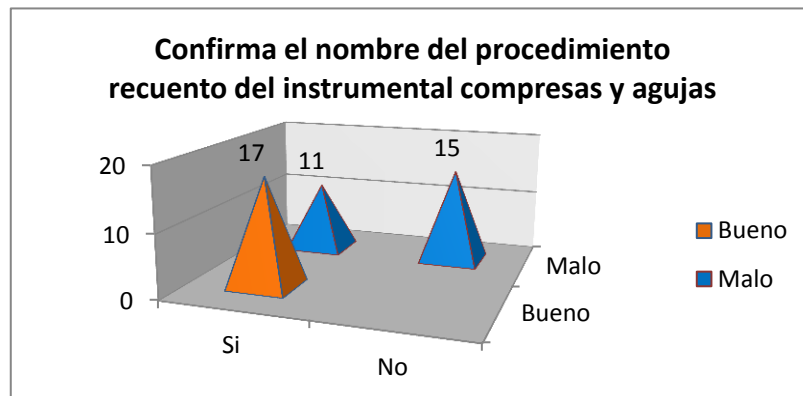


TABLA 90

Confirma el rotulado de muestras para biospia	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	11	26%	28	65%
No		0%	15	35%	15	35%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 90

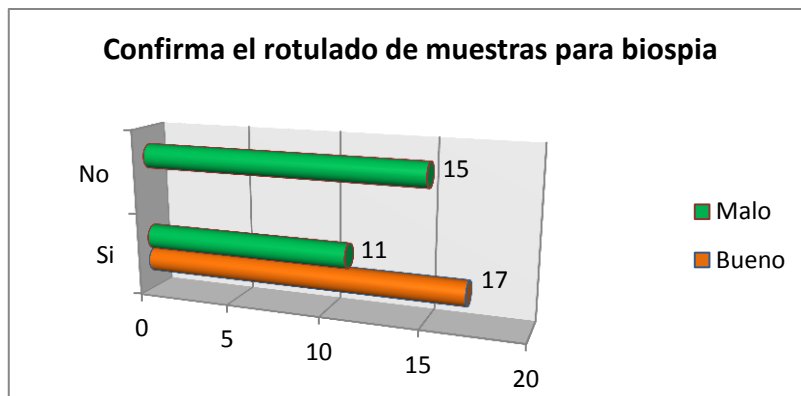


TABLA 81

Examina si hay problemas con los instrumentos?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	17	40%	11	26%	28	65%
No		0%	15	35%	15	35%
Total general	17	40%	26	60%	43	100%

GRAFICO 81



TABLA 82

Examinan el riesgo de complicaciones postoperatorias?	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	7	16%	24	56%	31	72%
No	6	14%	6	14%	12	28%
Total general	13	30%	30	70%	43	100%

GRAFICO 83

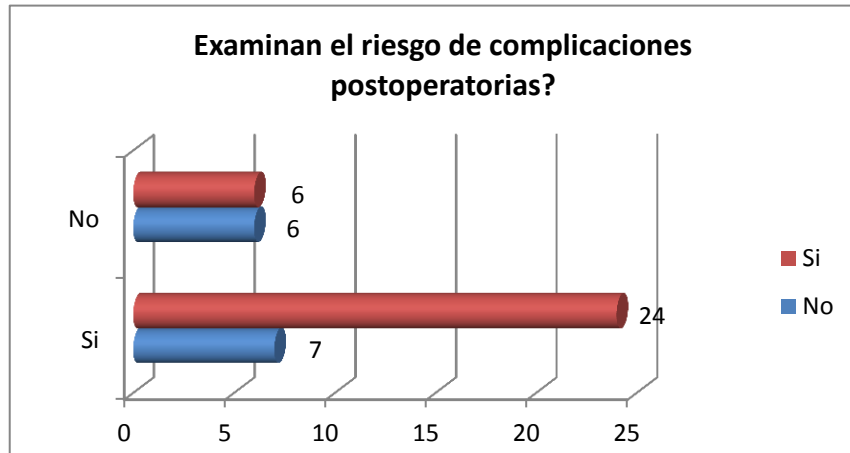


TABLA 84

Confirma la aplicación de los criterios de aldrete en la recuperación inmediata	Bueno	Valor	Malo	Valor	Total	Total Valor
Si	7	16%	24	56%	31	72%
No	6	14%	6	14%	12	28%
Total general	13	30%	30	70%	43	100%

GRAFICO 84

