

Año II, No. 04 Julio-Diciembre 2014

ISSN: 2395-9029

# PROYECTOS INSTITUCIONALES Y DE VINCULACIÓN



**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



**FIME**

FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA Y ELÉCTRICA



## **NIVEL DE APEGO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO AL CUMPLIMIENTO EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA “EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA”**

**M.C. Irma Torres Camarillo, Lic. Maria Elena Villanueva Velazquez, Lic. Maria de los Angeles Marroquin Cardona, M.C. Martin Luna Lazaro**

Docentes de la Licenciatura de la Escuela de Enfermería del IMSS.  
Docentes de la Licenciatura de la Escuela de Enfermería del IMSS.  
Sub-jefa de Educación.  
Catedrático de la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L.

### **RESUMEN**

La OMS tiene registrada una tasa de complicaciones quirúrgicas de 3% a 16% y de mortalidad de 0.4% a 0.8%, que marcan 7 millones de complicaciones incapacitantes. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente creó la iniciativa “Cirugía Segura Salva Vidas” la cual adopta una lista de verificación: con tres fases Pre quirúrgico, Intermedio Quirúrgico y Tiempo de Salida.

**OBJETIVO:** Determinar el Nivel de apego por el equipo quirúrgico al Cumplimiento en la Lista de Verificación “Cirugía Segura” en un Hospital General de Zona.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El diseño del estudio fue observacional, descriptivo; con una muestra de 80 cirugías en donde se evaluó el apego del equipo quirúrgico al cumplimiento de la lista de verificación cirugía segura, con una lista de Cotejo aplicando la siguiente escala: no cumple, cumple parcialmente y se cumple totalmente, con un Alpha de Cronbach de .885. El Análisis se llevó a cabo mediante Estadística descriptiva en el paquete (SPSS) versión 20 analizando porcentajes, frecuencias y prueba de correlación.

**RESULTADOS:** El nivel de apego a la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue del 76%, lo cual indica un cumplimiento parcial, en la fase pre quirúrgica del 96%, en el intermedio quirúrgico un 77% y en el tiempo de salida en un 65%.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que la correcta aplicación y llenado de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico se cumplió parcialmente. Encontrándose áreas de oportunidad que garanticen la seguridad de los pacientes en el proceso quirúrgico.

**PALABRAS CLAVES:** Lista de Verificación, apego, equipo quirúrgico.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** WHO has recorded a rate of surgical complications from 3% to 16% and mortality of 0.4% to 0.8%, marking 7 million disabling complications? The World Alliance for Patient Safety created the "Safe Surgery Saves Lives" initiative which adopts a checklist: Presurgical three phases, Intermediate Surgical and Time Out.

**Objective:** To determine the level of attachment to the surgical team Compliance Checklist "Safe Surgery" at a General Hospital.

**MATERIAL AND METHODS:** From study design was observational, descriptive; with a sample of 80 surgeries in which the attachment of the surgical team to compliance with safe surgery checklist was evaluated with a checklist using the following scale: not met, partially met and fully complies with a Cronbach Alpha of .885. The analysis was performed using descriptive statistics in the package (SPSS) version 20 analyzing percentages, frequencies and correlation test.

**RESULTS:** The level of adherence to the Checklist Safe Surgery was 76%, indicating a partial fulfillment at the presurgical phase of 96% in the surgical intermediate 77% and time output in a 65%.

**CONCLUSIONS:** We conclude that the correct application and filling the checklist of safe surgery by the surgical team was partially fulfilled. Finding opportunity areas to ensure the safety of patients in the surgical process.

**KEYWORDS:** Checklist, addiction, surgical equipment.

## INTRODUCCION

La alianza mundial para la seguridad del paciente creó la iniciativa "Cirugía Segura Salva Vidas" la cual adopta una lista de verificación, que consiste en una serie de pasos que se deben tomar en cuenta en tres fases fundamentales: antes de que el paciente reciba la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de que el paciente egrese del quirófano; además fomenta la comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinario durante las fases quirúrgicas lo cual busca posicionarlos en el mismo punto de partida y lograr una comunicación efectiva, con la finalidad de reducir en todo el mundo la mortalidad en anestesia general, las infecciones, otras alteraciones postoperatorias y muertes de origen quirúrgico.

La Organización Mundial de La Salud (OMS), creó la lista de verificación con la meta de que sea utilizada no solo en algunos países si no en todas las cirugías del mundo, ya que tiene registrado que la tasa de complicaciones quirúrgicas conocida es de 3% a 16% y la tasa de mortalidad es de 0.4% a 0.8 %, porcentajes que marcan al menos 7 millones de complicaciones

incapacitantes, incluyendo un millón de muertes cada año en todo el mundo, es por eso que el departamento de seguridad del paciente de la OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideraron la campaña “Cirugía Segura Salva Vidas” como el segundo reto mundial por enfrentarse y creo la meta, de que la lista de verificación sea utilizada no sólo en algunos países si no en todas las salas de operaciones de todo el mundo; así mismo se pretende verificar que el equipo quirúrgico tenga un apego completo dentro de dicha acción. <sup>1</sup>

En México, en Septiembre del 2007 a través de la Secretaria de Salud y sustentado en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente de SICALIDAD, se establece un compromiso con la alianza mundial por la seguridad del paciente de la OMS. Dicha lista fue adoptada y modificada en el país por el grupo técnico. La validación de la lista de verificación fue llevada a cabo por la OPS en conjunto con diferentes instituciones de salud como: el Consejo Nacional de Medicina (CONAMED), La Academia Mexicana de Cirugía (AMC), La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (UNAM), el Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Grupo Ángeles ANHP coordinada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en Agosto del 2009.

La Delegación Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social efectuó su difusión de manera horizontal y realizó su implementación de agosto a diciembre del 2010 en los diferentes Hospitales Generales de Zona. Dentro del municipio de Monterrey en un Hospital General de Zona se llevó a cabo su instauración mediante un programa de capacitación y enseñanza continúa a todo el personal, a partir de Septiembre del 2010, iniciando simultáneamente con su uso en todas las intervenciones quirúrgicas de las cuales se desconoce el nivel del cumplimiento por el equipo quirúrgico en la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las tres fases del procedimiento quirúrgico,

Si el equipo quirúrgico no realiza la Lista de Verificación en la fase correspondiente se someterá al paciente a efectos adversos que nos llevarían a poner en riesgo la seguridad del paciente.

La seguridad quirúrgica es una parte integral de la atención sanitaria en todo el mundo con un estimado de 234 millones de operaciones realizadas anualmente a nivel mundial un 25% de los pacientes sometidos a cirugía sufren complicaciones pos-operatorias: entre 2% y 5% contraen algún tipo de infección en el sitio de operación.

Las instituciones de salud deben contar con procedimientos estandarizados y avalados por organismos como la Joint Comissions y el Consejo de Salubridad General para poder certificarse. La Lista de Verificación de Cirugía Segura enmarcada dentro de las Metas Internacionales es una herramienta sencilla que nos ayuda a evaluar el estado que guardan las prácticas y normas de seguridad así como las áreas de oportunidad del equipo quirúrgico dentro del área de quirófano de una unidad hospitalaria.

El conocer el nivel de apego al manejo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte del equipo quirúrgico en las fases que corresponden al periodo trans-operatorio conducen a diseñar estrategias definidas como capacitación y educación continua dirigidas al equipo quirúrgico y así reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente en el correcto uso y llenado de la misma, la cual reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a la cirugía.

## ANTECEDENTES

Chávez Barraza. Calidad en Atención Clínica (CAC) 2010, realizó un estudio que tiene como título “Impacto de las listas de verificación en la mejora de indicadores de seguridad del paciente”. En el cual midió el cumplimiento de la lista de verificación en cirugía. Dicho estudio arrojó en las auditorías del expediente clínico con base en la NOM-168-SSA1-1998, los siguientes resultados: el consentimiento informado de anestesia obtuvo las mediciones más bajas; ya que en la primera tuvo un cumplimiento del 10% y en la segunda de 59%. Por otro lado antes de la retroalimentación del uso de la lista de verificación y de la implementación del tiempo fuera y la marcación del sitio quirúrgico en todas las ramas de la cirugía; en la segunda medición se observó que en 55% de los casos se marcó el sitio quirúrgico y el tiempo fuera se practicó en 73% de forma completa incluyendo entre otros la participación del cirujano, anestesiólogo e instrumentis Araujo. A. (2010) en su estudio “Estándares de acreditación y la lista de chequeo de la OMS”, definieron la efectividad del uso de la lista como intervención de calidad, entre los hallazgos reportados están: reducciones en la mortalidad desde 1,5% a 0,8% ( $p=0,003$ ), en las infecciones de sitio quirúrgico desde 6,2% a 3,4% ( $p<0,001$ ), los reingresos no planificados a pabellón desde 2,4% a 1,8% ( $p=0,047$ ) y en las complicaciones mayores desde 11% a 7% ( $p<0,001$ ).

Nava, Galán, y Espinoza, (2010) desarrollaron el estudio titulado “Cirugía segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía”; (INNN) en él determinaron el correcto llenado del formato de Cirugía Segura en el INNN, como contribución para la seguridad del paciente y analizar los factores de riesgo y beneficio a través de la lista de verificación de cirugía segura en tres etapas: entrada, pausa quirúrgica y salida, los resultados obtenidos en cuanto a la lista de cirugía segura, verificada en el pre, trans y postquirúrgico se corroboró que para ingresar al área quirúrgica debe estar debidamente integrada en el expediente clínico la lista de verificación con: consentimiento informado, nota anestésica, nota quirúrgica y resultados de laboratorio.

Díaz, Pérez y Anderson (2010) “Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos trans operatorios. Prácticas para una cirugía más segura”, verificó el cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos trans operatorios, como práctica para una cirugía más segura.

En ella se obtuvieron los siguientes resultados: el primer ítem de la fase de entrada o preoperatoria es la confirmación de los datos del paciente, en él se incluye si se confirmó la identidad del paciente, lo cual fue comprobado en el 99% (n= 69); si se confirmó el sitio quirúrgico verificado en el 94% (n=66), si se confirmó el procedimiento quirúrgico cotejado en un 99% (n=69) y si se confirmó el consentimiento informado en 97% (n=68).

Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine* 1964; 60 (1): 100-110. El 20% de los pacientes hospitalizados sufrió alguna complicación.

El Harvard Medical Practice Study (HMPS), proyecto en el que Brennan y colaboradores realizaron una revisión de más de 30,000 historias clínicas de 51 hospitales del estado de Nueva York y mediante una selección de episodios, en los que presumiblemente se habían producido efectos adversos y negligencias, se produjeron un 3.7% de efectos adversos y un 27.6% se atribuían a negligencias. Las especialidades quirúrgicas eran las que presentaban más efectos adversos pero no de negligencia. Las complicaciones quirúrgicas se clasificaron y revisaron, siendo la infección de herida la complicación más frecuente.

A raíz del estudio anterior, en 1995 se llevó a cabo el Quality in Australia Health Care Study, pero le daban un enfoque a mejorar la seguridad de la atención sanitaria y añadía al % de efectos adversos (16.6), el % de los evitables (50%).

Aranza, Aibar, Vitaller y Ruiz en el Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) 2005 realizado en España nos refleja un 8.4% de Eventos Adversos EA siendo las especialidades quirúrgicas con el mayor porcentaje y un 42.8% son evitables.

## OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar el Nivel de Apego por el Equipo Quirúrgico en el llenado a la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el servicio de Quirófano en un Hospital General de Zona de Monterrey Nuevo León.

Objetivos específicos:

1. Identificar el apego a los lineamientos de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en las tres fases: antes de que el paciente reciba la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de que el paciente egrese del quirófano.
2. Determinar la prevalencia en las omisiones del llenado en la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
3. Proponer estrategias definidas para la implementación y supervisión de planes de evaluación y enseñanza continua.

**METODOLOGIA**

El diseño del estudio fue observacional, descriptivo; con una muestra de 80 cirugías en donde se evaluó el apego del equipo quirúrgico al cumplimiento de la lista de verificación cirugía segura, con una lista de Cotejo aplicando la siguiente escala: no cumple, cumple parcialmente y se cumple totalmente, con un Alpha de Cronbach de .885. En los meses de octubre y noviembre del 2012, en el lapso de 20 días hábiles en los turnos matutino y vespertino. La población de estudio fue el personal multidisciplinario que integra el equipo quirúrgico y el cual está formado por: cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal que participaron en la intervención quirúrgica del departamento de quirófano o rotativo en el momento de llenado de la Lista de Verificación en la Cirugía.

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a el equipo quirúrgico completo que se encuentre durante el llenado de la lista de verificación en la especialidad de cirugía segura, así como las cirugías generales, cirugías generales pediátricas y cirugías generales de urgencia; las cirugías que fueran de otras especialidades diferentes a la cirugía general se excluyeron y se eliminaron las listas de cotejo que se dejaron incompletas y con falta de los datos sociodemográficos. El Análisis se llevó a cabo mediante Estadística descriptiva en el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS (SPSS) versión 20 analizando porcentajes, frecuencias y prueba de correlación.

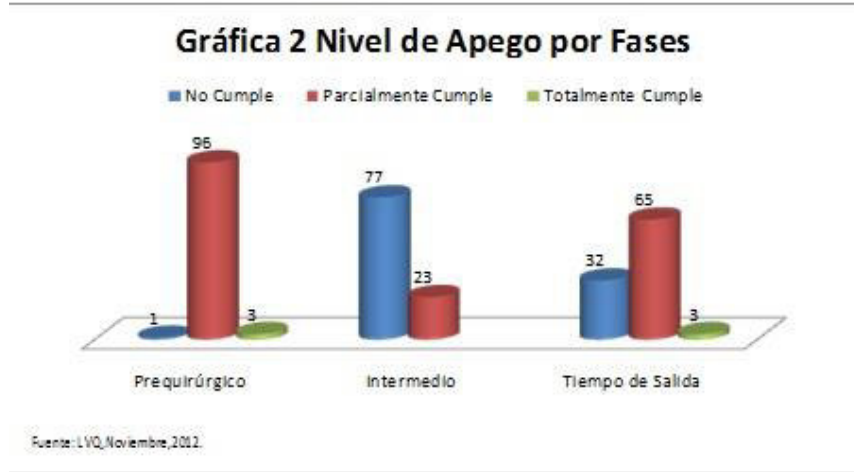
**RESULTADOS**

En esta grafica se muestra que solo en el 72% se apegan parcialmente a los pasos a seguir en la lista de verificación de cirugía segura.





En la gráfica No.2 se muestra que el 77% en el intermedio no se cumplen los criterios a seguir en la lista de verificación de cirugía segura.

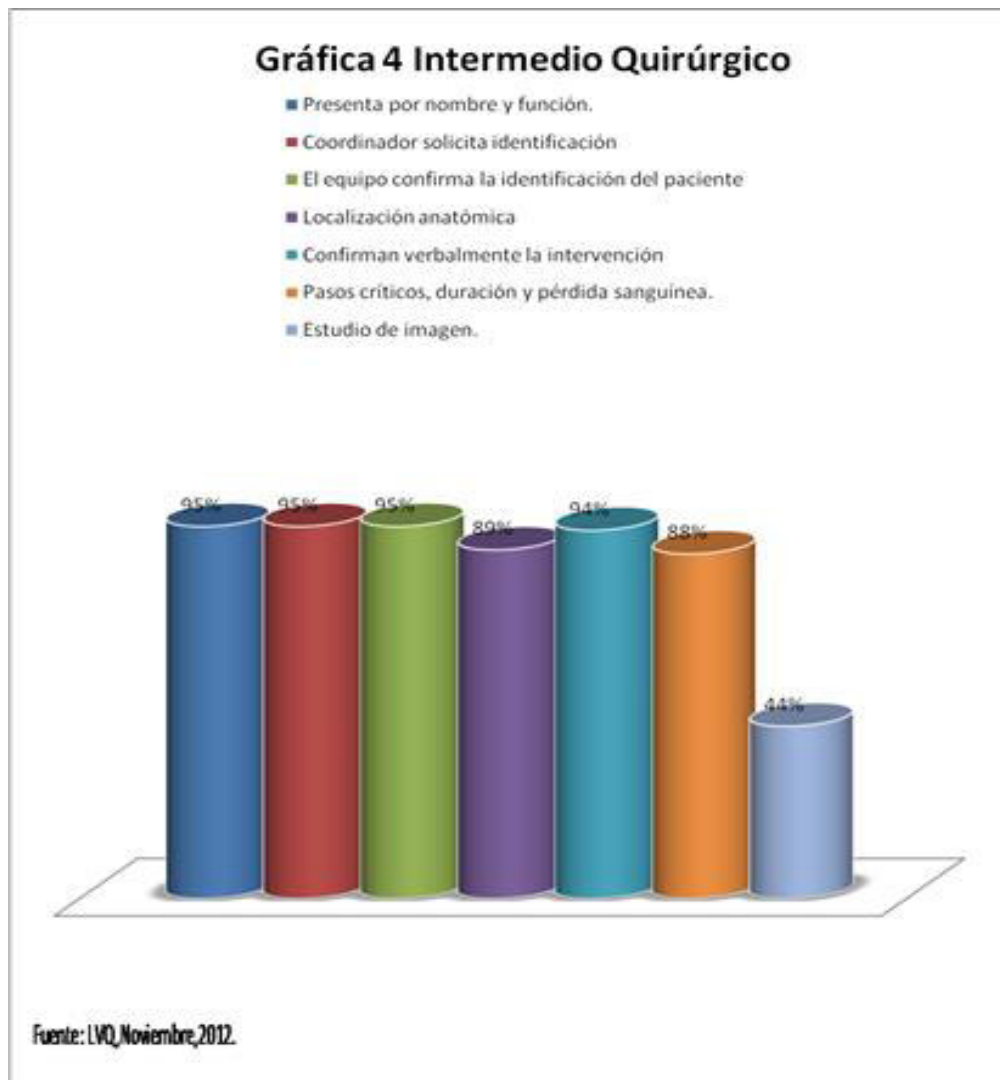


En la gráfica No. 3 En el tiempo de entrada se muestra que el 93% no realiza el apego al siguiente punto: el coordinador de la lista confirma la identidad del paciente preguntando la cedula. En la gráfica No.4 del intermedio quirúrgico se muestra que el 95% no realiza los dos siguientes criterios: el equipo de cirugía se presenta por nombre y función. Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente.





En la gráfica No.4 del intermedio quirúrgico se muestra que el 95% no realiza los dos siguientes criterios: el equipo de cirugía se presenta por nombre y función. Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente



En la gráfica No. 5 que corresponde a la tercera fase tiempo de salida se observa que 90% no realiza el llenado de la lista de verificación de cirugía.



### Especialidad

Especialidad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	cirugia general	75	93.8	93.8
	cirugia general pediatrica	5	6.3	6.3
	Total	80	100.0	100.0

**Antigüedad en el departamento**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 semana	16	20.0	20.0	20.0
1 año 2 meses	6	7.5	7.5	27.5
1 año 6 meses	9	11.3	11.3	38.8
3 años	7	8.8	8.8	47.5
4 años	15	18.8	18.8	66.3
6 años	3	3.8	3.8	70.0
8 años	11	13.8	13.8	83.8
17 años	9	11.3	11.3	95.0
19 años	4	5.0	5.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

**Antigüedad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 semana	2	2.5	2.5	2.5
3 semanas	9	11.3	11.3	13.8
2 años	4	5.0	5.0	18.8
4 años	3	3.8	3.8	22.5
6 años	9	11.3	11.3	33.8
8 años	15	18.8	18.8	52.5
11 años	5	6.3	6.3	58.8
12 años	7	8.8	8.8	67.5
20 años	4	5.0	5.0	72.5
22 años	4	5.0	5.0	77.5
23 años	7	8.8	8.8	86.3
24 años	8	10.0	10.0	96.3
25 años	3	3.8	3.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	



**Turno**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MATUTINO	24	30.0	30.0	30.0
Válidos VESPERTINO	56	70.0	70.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	

**Grado de estudios**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ENFERMERIA GENERAL	42	52.5	52.5	52.5
Válidos LICENCIADA EN ENFERMERIA	12	15.0	15.0	67.5
Válidos ENFERMERA ESPECIALISTA	26	32.5	32.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

**CONCLUSION**

El correcto llenado de la lista de verificación de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico se cumple parcialmente en un 76%, ya que no se realiza un adecuado uso de la misma a pesar de la importancia que esta tiene para la prevención de eventos adversos dentro de las salas de quirófano. En la fase de Tiempo de entrada se encontró que el ítem (consideración) con menor cumplimiento en un 99% fue “El coordinador de la lista confirma la identidad del paciente preguntado la cedula”, en la fase Intermedio quirúrgico los ítems con menor cumplimiento fueron “El coordinador de la lista u otro miembro pedirá a los presentes que se detengan y confirme verbalmente el nombre del paciente” y “El equipo de cirugía confirma verbalmente el nombre del paciente” en un 95% cada uno, para concluir con la fase de Tiempo de salida el ítem con mayor porcentaje en falta de cumplimiento en un 90% fue “El equipo quirúrgico corrobora y firma la lista de verificación en el espacio correspondiente con sus datos de identificación completos”.

La implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura como herramienta para prevenir los eventos adversos relacionados con los procedimientos quirúrgicos tienen como prioridad la seguridad de los pacientes, se debe reconocer la importancia del correcto llenado de la lista antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica, esto contribuye y garantiza la

seguridad del paciente además de fomentar la comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico que participa en el procedimiento.

## RECOMENDACIONES

Para lograr la minimización de eventos adversos durante el procedimiento quirúrgico se proponen estrategias definidas para la implementación de la Lista de verificación de cirugía segura dentro de las salas de quirófano, además de la enseñanza continua con especial enfoque hacia el personal multidisciplinario que labore dentro del área de quirófano y supervisión de planes de evaluación.

## BIBLIOGRAFIA

1. OMS (2009) Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (en línea) disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/index.htm> (marzo del 2012).
2. SICALIDAD. Validación de la lista de verificación “Cirugía segura salva vidas”, Instrucción 336/2012. Secretaria de Salud Dirección General de Calidad en Salud. México, D: F, 20 de Febrero del 2012-05-07
3. Chávez, B. G. (2010). Impacto de las listas de verificación en la mejora de indicadores de seguridad del paciente. Tesis de maestría no publicada. Programas multicéntricos SSNL-ITESM. San Nicolás de los Garza, NL.
4. Araujo, A. M. (2010). Estándares de acreditación y la lista de chequeo de la OMS. Intendencia de Prestadores de Salud, Unidad Técnica Asesora
5. Nava, G. M., Espinoza, M. L. (2010) Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Enfermería Neurológica, 11 (102-105).
6. Díaz, P. A., Aldana P. M., Ávila, A. L. & Buelvas, D. A. (2010). Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos transoperatorios. Prácticas para una cirugía más segura. Revista Científica Ciencia y Salud Virtual, 3: 57-70
7. Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, et al. (1991). La incidencia de eventos adversos y negligencia en los pacientes hospitalizados. Results Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
9. Aranaz, J. M., Aibar, R. C. Vitaller, B. J., & Ruiz, L. P. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Edita. Ministerio de Sanidad y Consumo
8. Aranaz, J. M., Aibar, R.C., Galán, A., Limón, R., & Requena, J. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit, 20, 41-7.
9. Navarro, R. F. P., San Román, B. J. M., & Loera, C.S. (2011). En su Investigación Programa “Cirugía Segura Salva Vidas”: Seguimiento por vía telefónica a pacientes intervenidos

- quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital General de México, CONAMED 16: 59-64
10. Martínez, R. O., Gutiérrez, D. S., Liévano, T. S. (2011). Propuesta para implantar una Lista de Verificación de Seguridad en procedimientos invasivos y quirófano. CONAMED 16: 53-58
  11. Gutiérrez, F. R., Fernández, M. J. (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. CONAMED, 15:188-194.
  12. Consejo de Salubridad General. (2012). Estándares para la certificación de hospitales. Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención médica. (en línea) disponible en [www.c.s.g.salud.gob.mx](http://www.c.s.g.salud.gob.mx)
  13. Wanzel, K. R., Jamleson, C. G., Bohnen J. (2000). Complications on a general surgery service: incidence and reporting. Canadian Medical Association.
  14. Schimmel, E. M. (2003). The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care.12: 58-63