

**Universidad Católica de Santa María**

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana  
Programa Profesional de Medicina Humana**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA  
LA SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL  
PACIENTE, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,  
AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tesis presentado por el**

**Bachiller en Medicina Humana:**

**Calsina Quispe David Kevin**

Para optar el título profesional de

**Médico- Cirujano**

**Arequipa - Perú**

**2015**

## Dedicatoria

*Este trabajo dedico a mis padres ejemplares Vicente Raúl Calsina Mamani, Elvira Quispe Cáceres, gracias por haber hecho posible que llegue hasta aquí, dándome el apoyo tanto económico y emocional este último muy importante para mí, los quiero mucho, son mi fuente de inspiración de trabajo continuo, de divertirse con lo que uno hace y no hacer las cosas por cumplirlas.*

*Sin duda debo mencionar a mis hermanos también ejemplares Albert Raúl Calsina Quispe, superación continúa con gran carácter, Marco Antonio Calsina Quispe, tranquilidad y serenidad para la toma de decisiones y posterior ejecución que me ayudaron mucho. Gracias familia sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.*

### Epígrafe

*Muchos tienen sueños, pocos son los que se atreven a cumplirlos pareciera ser difícil, pues no lo sabremos si no lo intentamos, si escogemos un camino diferente poco conocido y poco agradable para los demás pero muy emocionante para nosotros, talvez llegemos igual a la meta, intentémoslo.*

*David Kevin Calsina Quispe*



## INDICE

	Página
DEDICATORIA.....	2
EPIGRAFE.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I: MATERIAL Y METODOS.....	9
CAPITULO II: RESULTADOS .....	13
CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	70
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS	
ANEXO 1:PROYECTO DE INVESTIGACION .....	82
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	108

**Antecedente:** La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas”, basada en la lista de verificación de seguridad quirúrgica (2), como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. Es así que Perú también se ve inmerso en esta campaña, pues en el 2010 pone a disposición de todos los hospitales públicos y privados bajo Resolución Ministerial esta lista de verificación de cirugía segura.

**Objetivo:** Determinar desde la percepción del paciente, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015

**Método:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se aplicó la técnica de entrevista estructurada. Se incluyeron pacientes post operados de cirugía mayor del HRHDE en Enero 2015. Se preguntó sobre características socio-demográficas de los pacientes y acerca de los ítems de “Cirugía Segura” de la OMS percibidos por el paciente como cumplidos o incumplidos.

**Resultados:** El cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente fue aproximadamente 72% entre Regular a Bueno, El ítem de mayor cumplimiento fue el Antecedente alérgico 97.5% seguido de la identificación del paciente 85.5%. El ítem menos cumplido fue el Marcado de la zona quirúrgica 0%, seguido de Recomendaciones post operatorias 49.0%. Se demostró asociación pobre entre el nivel de instrucción y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente ( $p < 0.001$ ). A medida que disminuía el nivel de instrucción, disminuía la percepción del cumplimiento de la lista de chequeo de seguridad quirúrgica.

**Conclusión:** Desde la percepción del paciente el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, fue considerado como “regular” en el HRHDE-Arequipa. Se sugiere mayor compromiso del equipo quirúrgico con el cumplimiento del instrumento.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad del paciente, Salud pública

**Background:** Lack of patient safety is a global public health problem that affects countries at all levels of development. The World Alliance for Patient Safety initiative created the Safe Surgery Saves Lives, based on the checklist of surgical safety(2), As part of the efforts of the World Health Organization (WHO) to reduce worldwide deaths related to surgery. Thus Peru is also immersed in this campaign, as in 2010 offers all public and private hospitals under ministerial resolution this checklist of safety of surgery.

**Objective:** Determine from the patient's perception, compliance checklist of WHO, The relationship between socio-demographic characteristics and compliance checklist of the WHO surgical safety in the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) during January 2015.

**Methods:** Study observational, analytical cross-sectional. Structured interview technique was applied. Operated patients after major surgery of HRHDE attended in January 2015 were included were asked about socio demographic characteristics of the study population on items perceived by the patient as fulfilled and unfulfilled checklist of the WHO surgical safety.

**Results:** Compliance with verifiable items by the patient checklist of the WHO surgical safety was approximately 72% from Fair to Good. The item greater compliance was allergic history 97.5% followed by Patient identification 85.5%. The less fulfilled item was the surgical site marking 0%, followed by 49% recommendation post-surgery. Poor Association was found between level of education and the level of compliance with the checklist of the WHO surgical safety from the patient's perception ( $p < 0.001$ ). A decreased as educational attainment, decreased perception of compliance the checklist of surgical safety.

**Conclusion:** From the perception of patient compliance checklist of the WHO surgical safety was regularly in the HRHDE-Arequipa  
Greater involvement of the surgical team to compliance with the instrument is suggested.

**KEYWORDS:** Patient Safety-Health Public

## INTRODUCCION

La Atención Quirúrgica es una parte integral de la atención de salud en todo el mundo, se estima aproximadamente 234 millones de operaciones realizadas anualmente en todo el mundo. Este volumen anual supera ya la de nacimientos. Por lo menos 7 millones tienen alguna complicación discapacitante y un millón terminan en muerte (1). El Instituto de Medicina (IOM) calcula que "errores médicos" causa entre 44 000 y 98 000 muertes al año en los hospitales de EE.UU. más que los accidentes automovilísticos, cáncer de mama o el SIDA (8). En el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa se realizaron 11,876 operaciones aproximadamente en el año 2014 (31)

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas, basada en la lista de verificación de seguridad quirúrgica como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.(2)

La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. (7)

Es así que Perú también se ve inmerso en esta campaña, pues en el 2010 pone a disposición de todos los hospitales públicos y privados bajo resolución ministerial esta lista de verificación de la seguridad de la cirugía (3).

## OBJETIVOS

### -General

Determinar desde la percepción del paciente, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015

### -Específicos

- a) Determinar cuáles son las características socio demográficas de la población estudiada (pacientes postoperados del servicio de Cirugía general del HRHD) en la percepción de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica.
- b) Determinar los ítems que más se cumplen e incumplen de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en la percepción de los pacientes operados en el Hospital Honorio Delgado
- c) Determinar la relación existente entre las características socio-demográficas y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente operado en el Hospital Honorio Delgado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de entrevista estructurada

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en el listado de verificación de seguridad en cirugía de la OMS (anexo 2), aprobada, adoptada e implementada por el MINSA Perú (Anexo 5)

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza -Arequipa

2.2. **Ubicación temporal:** Enero 2015

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes operados en el mes de Enero 2015

2.4. **Población:** Pacientes post operados de cirugía mayor programada y emergencia del servicio de cirugía general del HRHD, en el lapso de tiempo de estudio.

2.5. **Muestra:** Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 195,92  $\approx$  200 casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

#### **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes post operados de cirugía mayor (\*) programada y emergencia del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa ,Enero 2015
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que aceptan participar en el estudio

(\*) *Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor. (2)*

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Pacientes en mal estado general que no puedan colaborar con la entrevista

### 3. Estrategia de Recolección de datos

#### 3.1. Organización

Se solicitará autorización al Servicio de Cirugía General del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Se aplicará consentimiento informado a cada paciente (Anexo 1)

#### 3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación ("instrumento, Anexo 4")
- Cuaderno de registro de operaciones realizadas
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

#### 3.3. Validación de los instrumentos

Lista de verificación de la seguridad quirúrgica por la OMS que esta validada y aplicada en todo el mundo (Anexo 2), en este caso se aplican los ítems que el paciente participa y puede evaluar (Anexo 4)

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 4 serán llevados al sistema estadístico SPSS vers. 20.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

#### c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala categórica para facilitar el ingreso de datos.

Estadística descriptiva: Con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis es de tipo descriptivo, caracterizando las variables bajo la forma de frecuencias y porcentajes. Las variables se llevaron a cuadros y tablas, según las características presentes.

Estadística inferencial: Basados en los resultados obtenidos, para el análisis de comparación de los resultados se utilizó la prueba de  $\chi^2$  si las variables son categóricas nominal, prueba lineal por lineal y Tau B de Kendal si son categórica ordinal.



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 1**

**Distribución según grupo etáreo de los pacientes postoperados de cirugía mayor del  
servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**

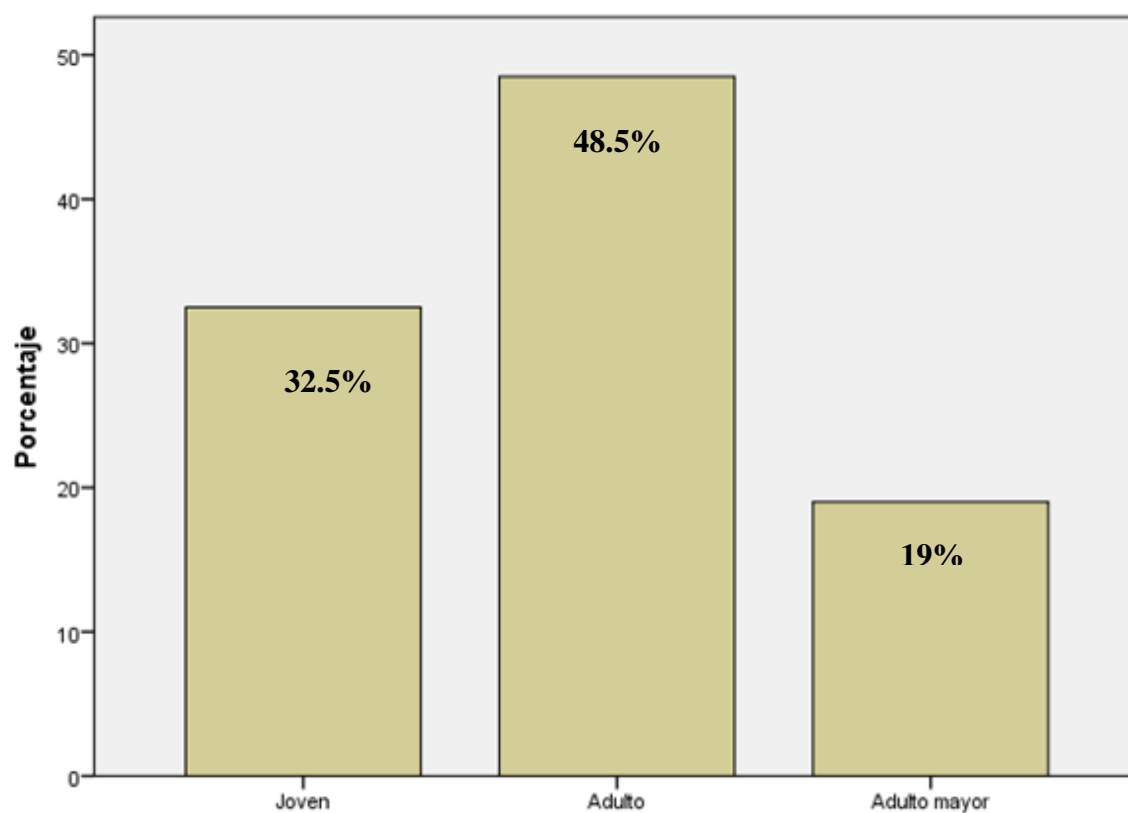
<b>Grupo etáreo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Joven(18-29)	65	32,5	32,5
Adulto(30-59)	97	48,5	81,0
Adulto mayor(>59)	38	19,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa en la distribución según edad de los pacientes postoperados, que 48.5% corresponde al grupo de edad adulta, 32.5% corresponde al grupo de edad joven y 19% corresponde al grupo de Adulto mayor

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 1**

**Distribución según grupo etáreo de los pacientes postoperados de cirugía mayor del  
servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 2**

**Distribución según género de los pacientes postoperados de cirugía mayor del servicio  
de cirugía general del HRHD, Enero 2015**

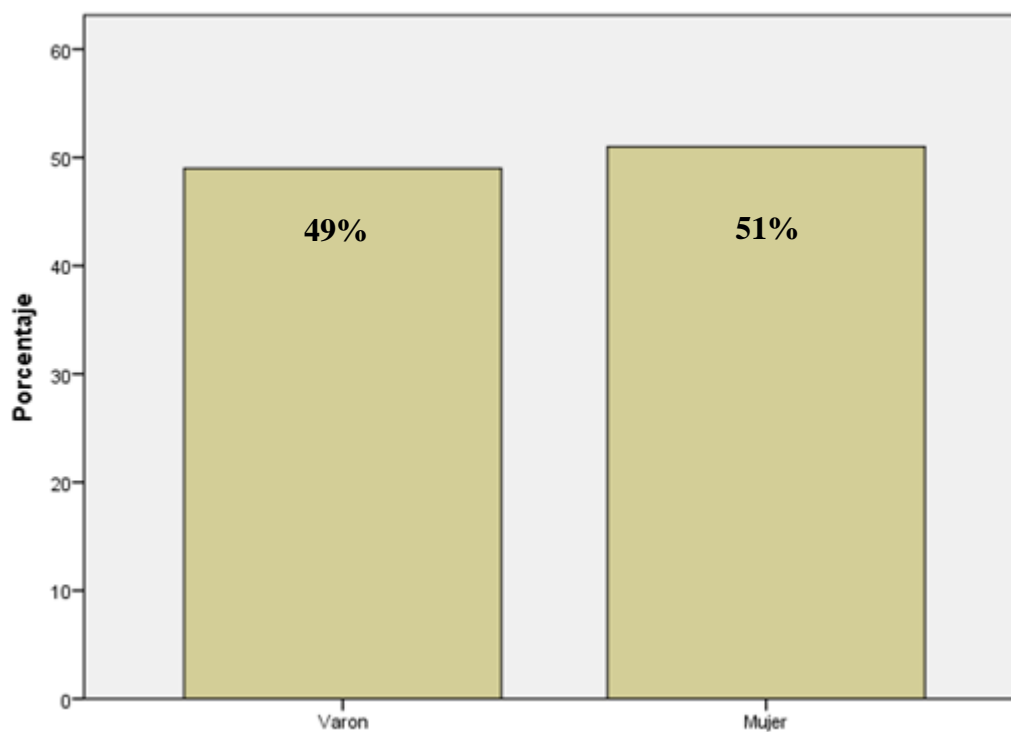
<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Varón	98	49,0	49,0
Mujer	102	51,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa en la distribución según género de los pacientes postoperados, que 51,0% corresponde a mujeres y 49.0% corresponde a varones.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 2**

**Distribución según género de los pacientes postoperados de cirugía mayor del servicio  
de cirugía general del HRHD, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 3**

**Distribución según Lugar de procedencia de los pacientes postoperados de cirugía  
mayor del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**

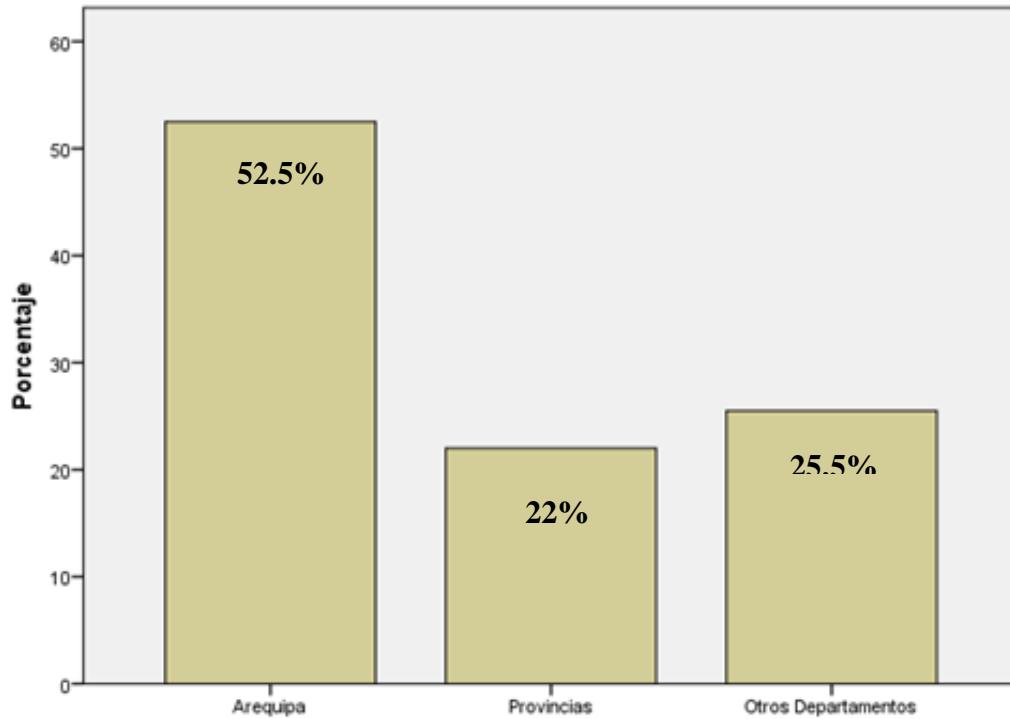
<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Arequipa	105	52,5	52,5
Provincias	44	22,0	74,5
Otros Departamentos	51	25,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según lugar de procedencia un 52.5% corresponde a la ciudad de Arequipa, 25.5% corresponde a otros departamentos y 22% a provincias de Arequipa.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 3**

**Distribución según Lugar de procedencia de los pacientes postoperados de cirugía  
mayor del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 4**

**Distribución según Nivel de instrucción de los pacientes postoperados de cirugía  
mayor del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**

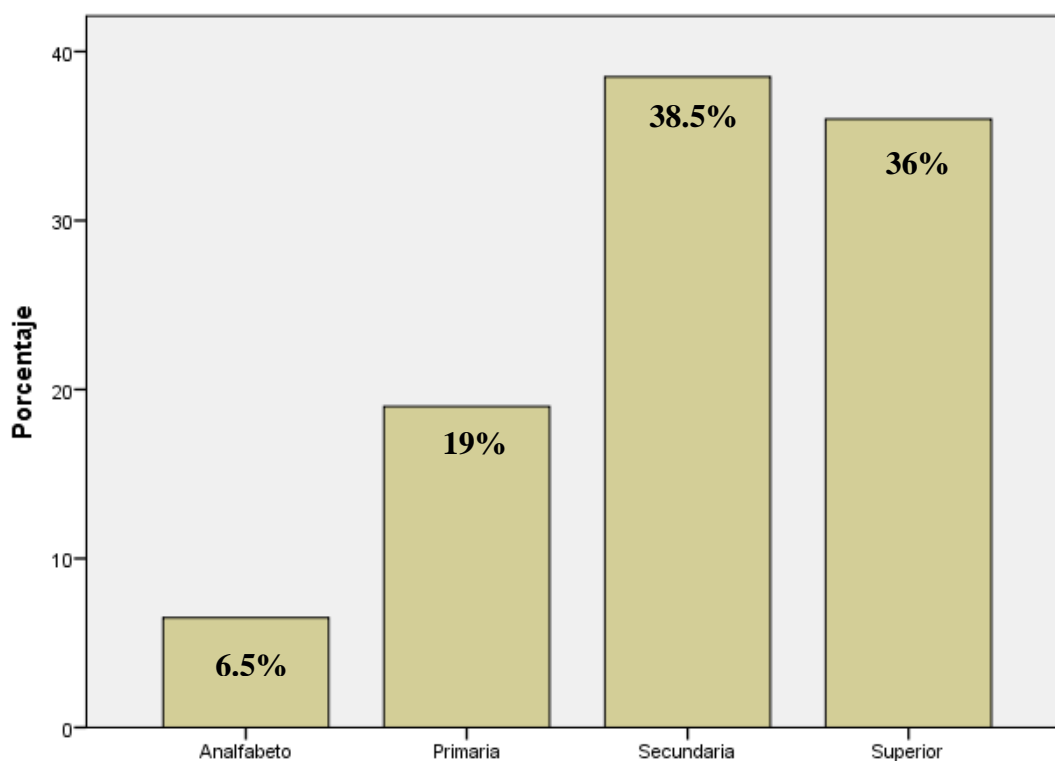
<b>Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Analfabeto	13	6,5	6,5
Primaria	38	19,0	25,5
Secundaria	77	38,5	64,0
Superior	72	36,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según Nivel de Instrucción fue 38.5% nivel secundario, 36% nivel superior ,19% nivel primario y 6.5% corresponde a analfabetos.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 4**

**Distribución según Nivel de instrucción de los pacientes postoperados de cirugía  
mayor del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 5**

**Distribución según Grupo ocupacional de los pacientes postoperados de cirugía mayor  
del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**

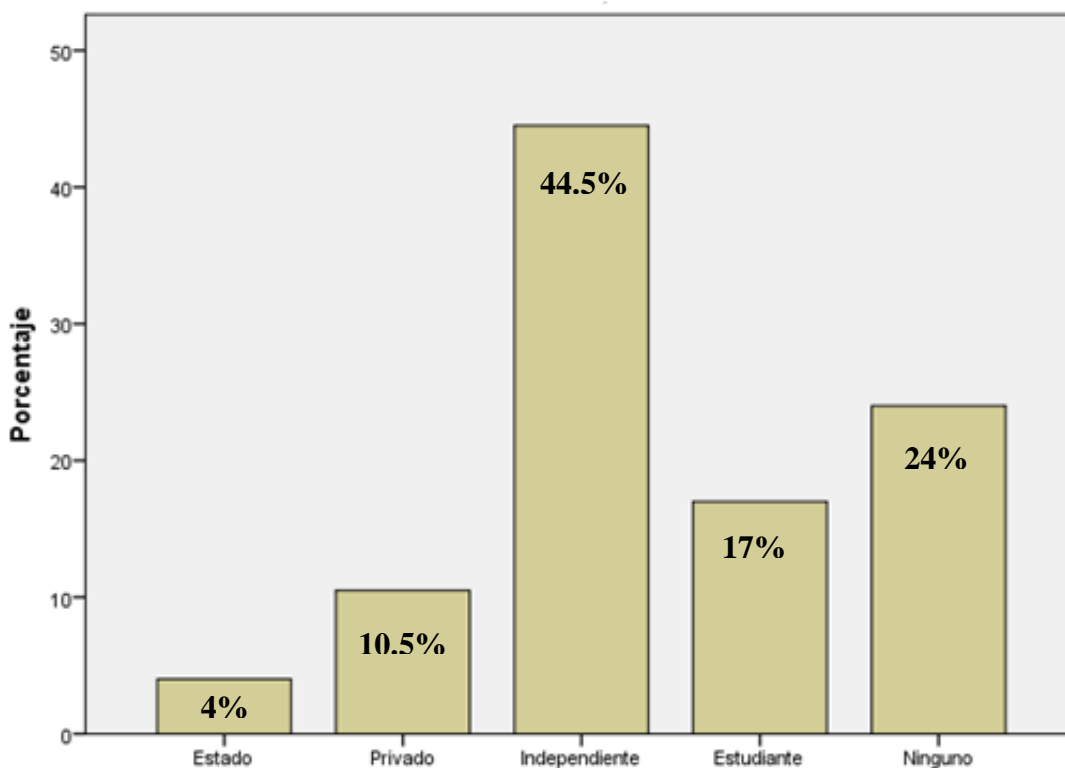
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente del Estado	8	4,0	4,0
Dependiente de empresa Privada	21	10,5	14,5
Independiente (negocio propio)	89	44,5	59,0
Estudiante	34	17,0	76,0
Ninguno	48	24,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según Grupo ocupacional el 44.5% corresponde al grupo de trabajo independiente (negocio propio), 24% ninguno, 17% estudiantes, 10.5% dependientes de empresa privada y solo un 4 % dependientes del estado.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 5**

**Distribución según Grupo ocupacional de los pacientes postoperados de cirugía mayor  
del servicio de cirugía general del HRHD, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 6**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: identificación del paciente**

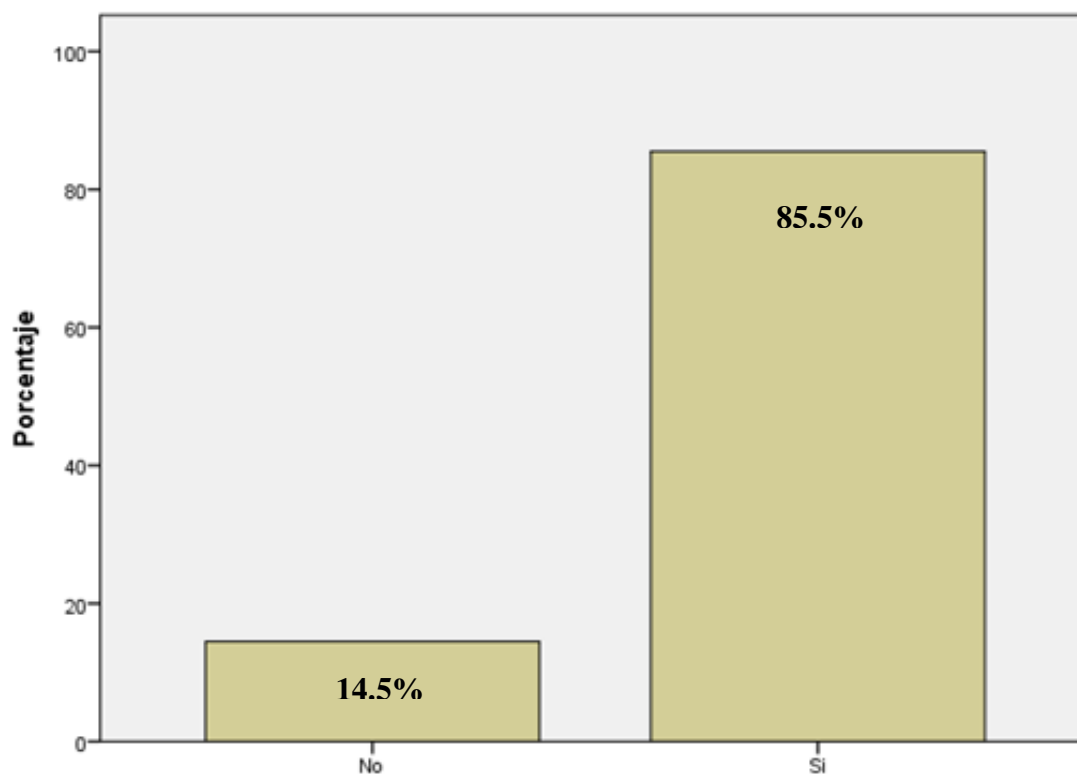
Identificación de paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	29	14,5	14,5
Si	171	85,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según el ítem de **identificación del paciente**. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 85.5%, y 14.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 6**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: identificación del paciente**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 7**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Identificación de la zona quirúrgica**

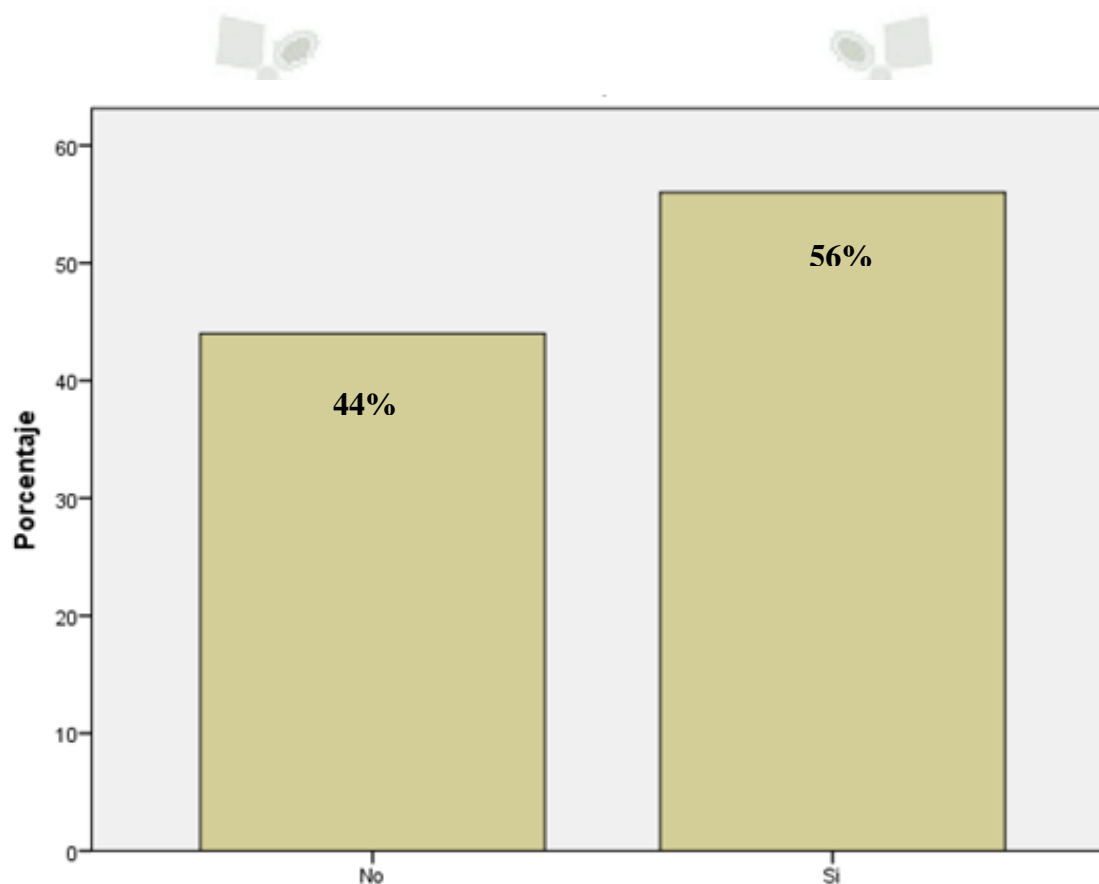
Identificación de la zona quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	88	44,0	44,0
Si	112	56,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según el ítem de **Identificación de la zona quirúrgica**. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 56.0%, y 44.0% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 7**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Identificación de la zona quirúrgica**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 8**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Tipo de cirugía**

<b>Tipo de Cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	53	26,5	26,5
Si	147	73,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

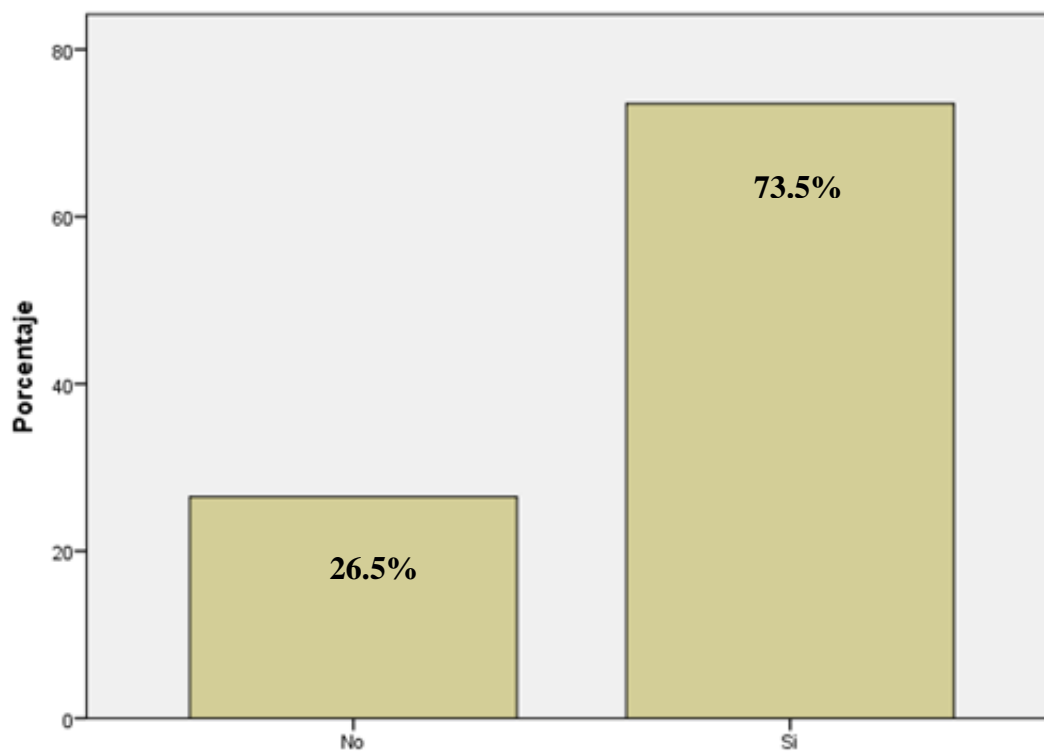
Se observa que la distribución según el ítem de **Tipo de cirugía**.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 73.5%, y 26.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 8**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Tipo de cirugía**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 9**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Consentimiento informado**

<b>Consentimiento informado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	71	35,5	35,5
Si	129	64,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

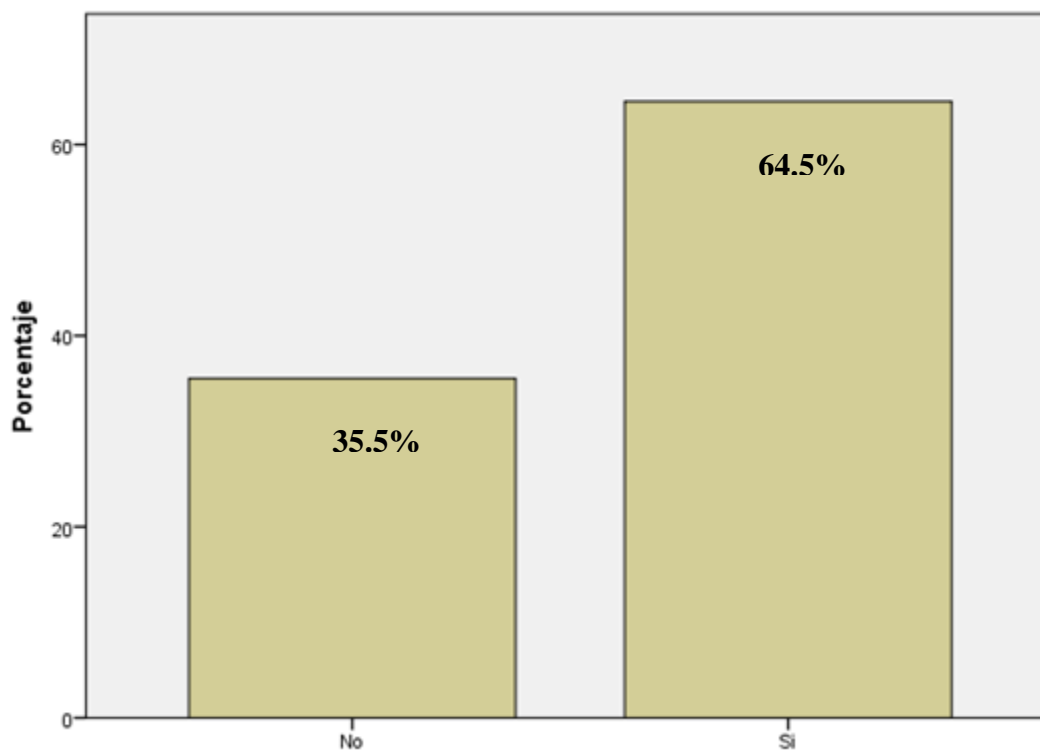
Se observa que la distribución según el ítem de **Consentimiento informado**.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 64.5%, y 35.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 9**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Consentimiento informado**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 10**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Marcado de zona quirúrgica**

<b>Marcado de zona quirúrgica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	200	100,0	100,0
Si	0	0,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

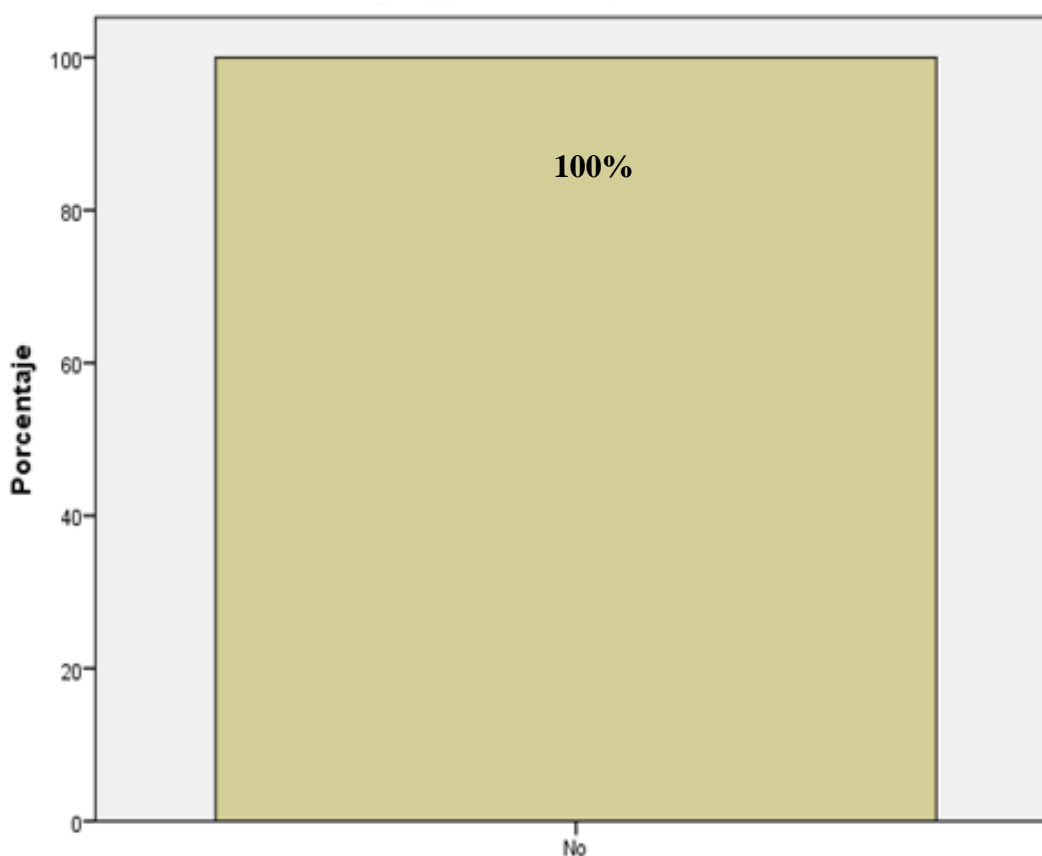
Se observa que la distribución según el ítem de **Marcado de zona quirúrgica**.

El paciente pos operado percibió como incumplido en un 100%.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 10**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Marcado de zona quirúrgica**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 11**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Antecedentes alérgicos.**

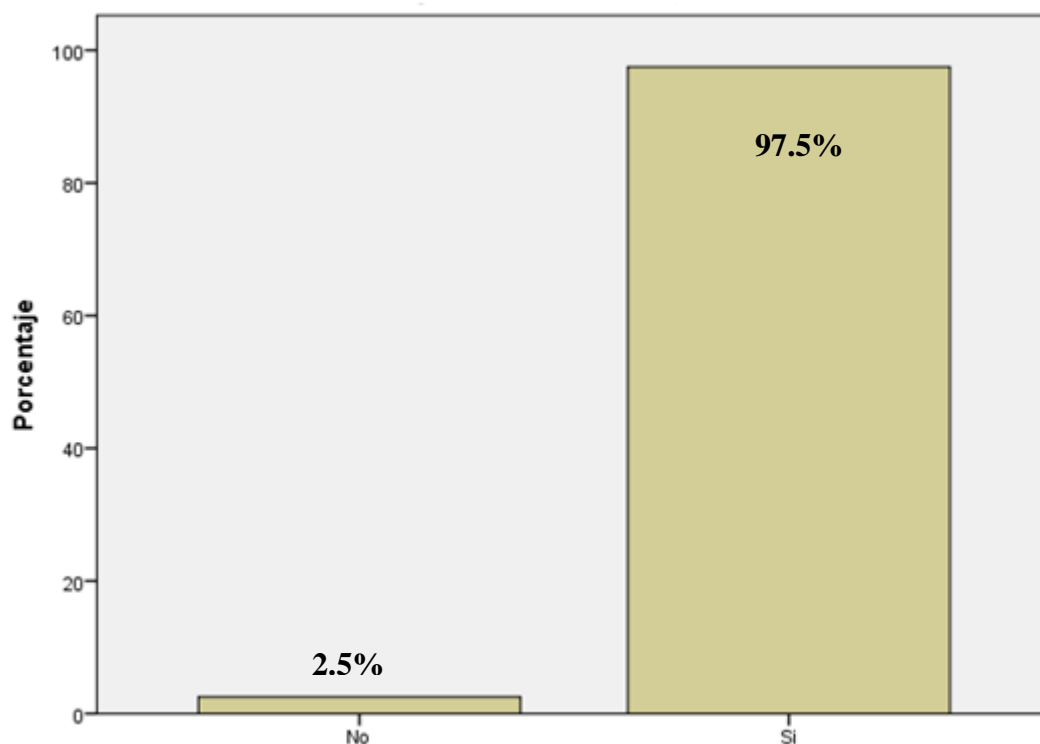
<b>Antecedentes Alérgicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	5	2,5	2,5
Si	195	97,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según el ítem de **Antecedentes alérgicos**. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 97.5% y 2.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 11**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Antecedentes alérgicos.**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 12**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Mallampati**

<b>Mallampati</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	76	38,0	38,0
Si	124	62,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

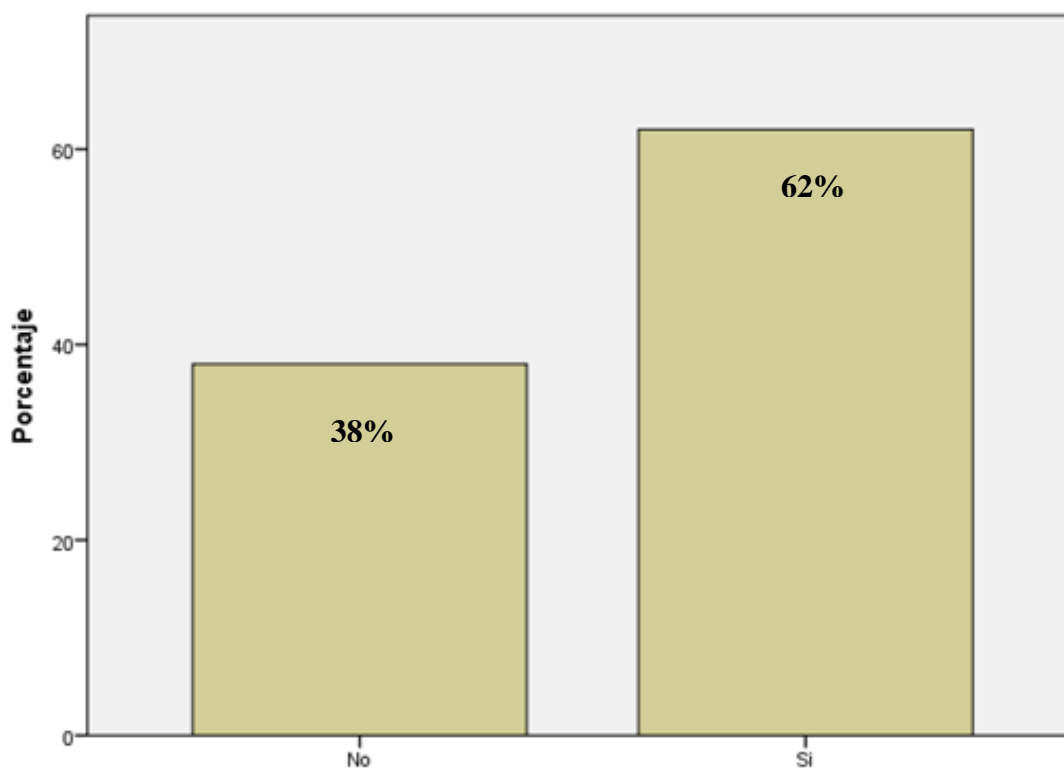
Se observa que la distribución según el ítem de **Mallampati**.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 62.0% y 38.0% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 12**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Mallampati**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 13**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Conocimiento de cirujano o anesthesiólogo**

<b>Conocimiento de Cirujano o Anesthesiólogo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	99	49,5	49,5
Si	101	50,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

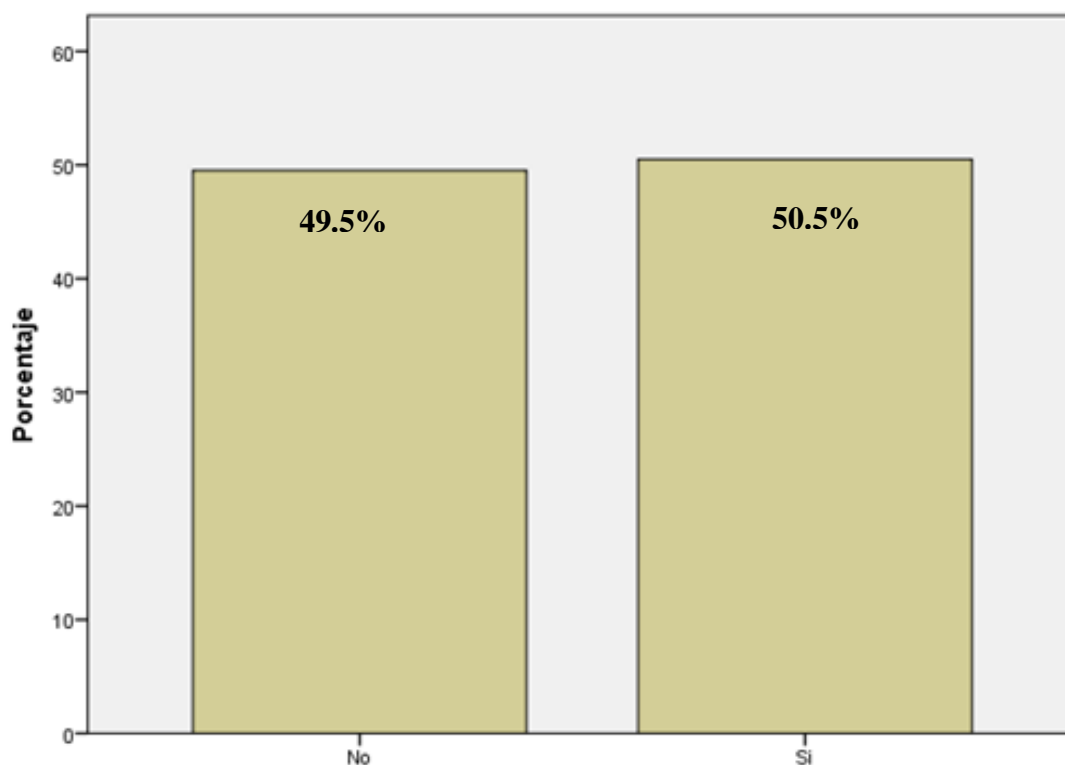
Se observa que la distribución según el ítem de **Conocimiento de cirujano o anesthesiólogo**.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 50.5% y 49.5% refiere que no se cumplió dicho ítem por tanto no conocen al anesthesiólogo o cirujano que lo ha operado.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 13**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Conocimiento de cirujano o anestesiólogo**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 14**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Anatomía patológica**

<b>Anatomía Patológica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	97	48,5	48,5
Si	103	51,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

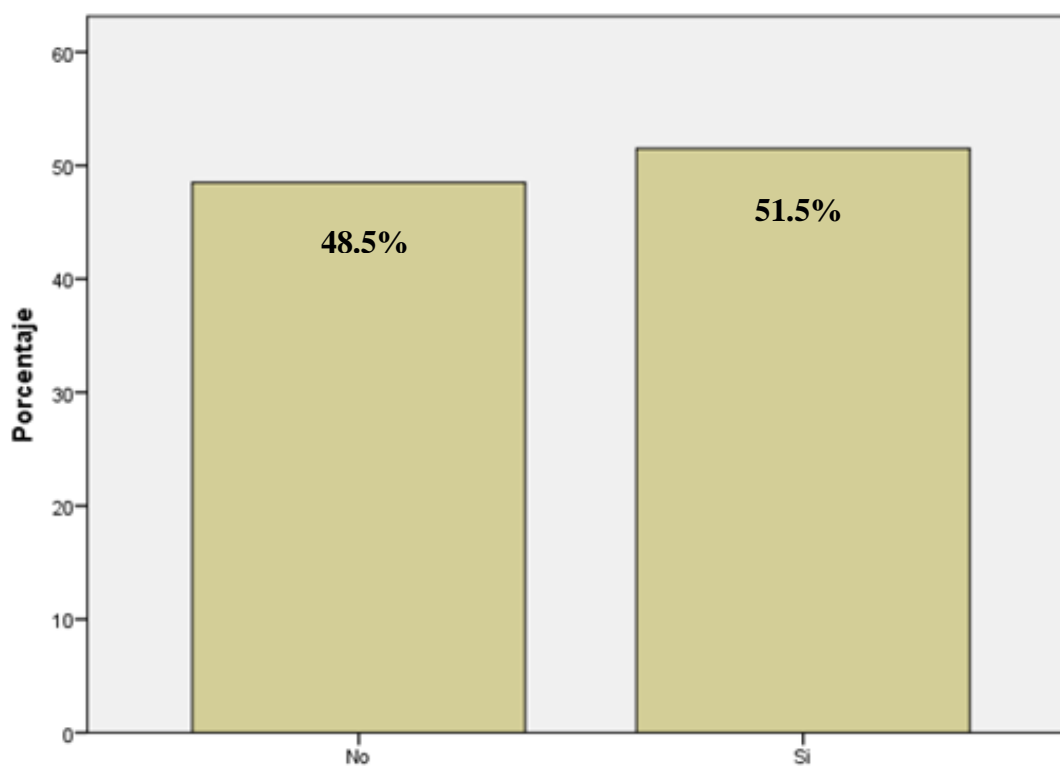
Se observa que la distribución según el ítem de **Anatomía patológica**.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 51.5% y 48.5% desconoce él envió a anatomía patológica de alguna muestra en la operación.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 14**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Anatomía patológica**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 15**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Recomendaciones post operatorias**

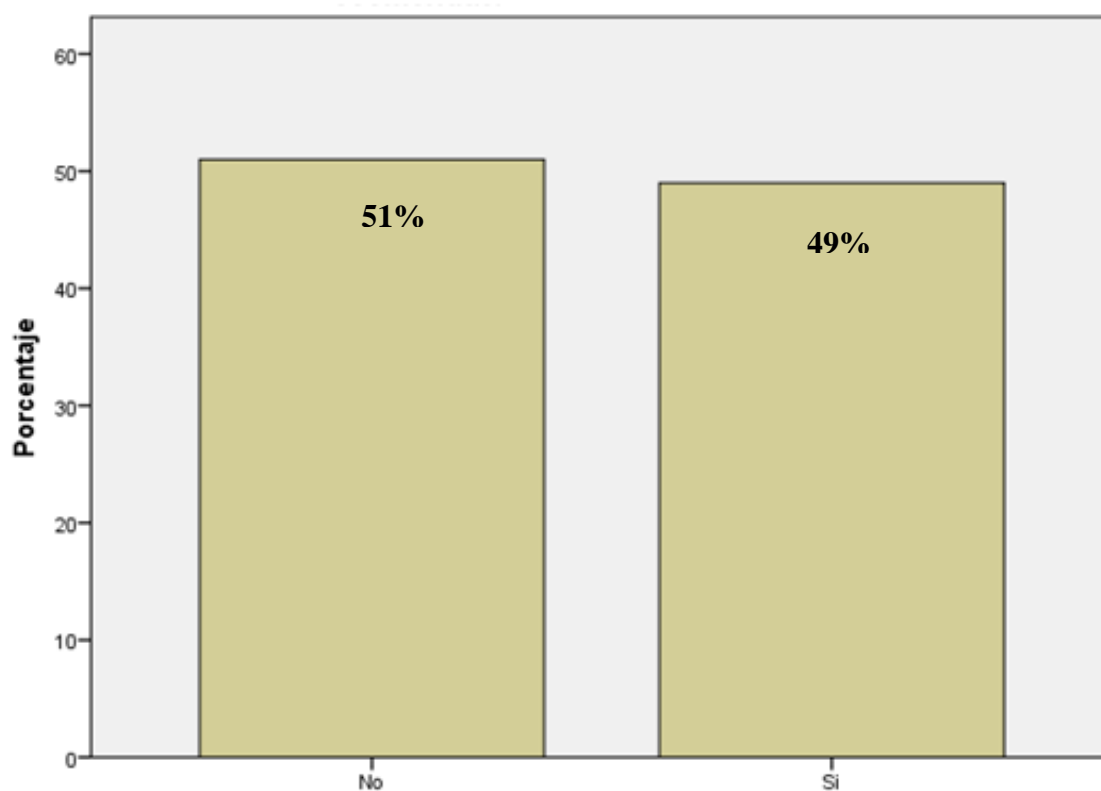
Recomendaciones post operatorias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	102	51,0	51,0
Si	98	49,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según el ítem de **Recomendaciones post operatorias** El paciente pos operado percibió como cumplido en un 49.0% y 51.0% refiere que no recibió ninguna recomendación post operatoria.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 15**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica: Recomendaciones post operatorias**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 16**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica**

Ítems que el paciente percibió como cumplidos		Frecuencia	Porcentaje
Identificación del paciente	No	29	14.5
	Si	171	85.5
Identificación de la zona quirúrgica	No	88	44
	Si	112	56
Tipo de Cirugía	No	53	26.5
	Si	147	73.5
Consentimiento informado	No	71	35.5
	Si	129	64.5
Marcado de zona quirúrgica	No	200	100
	Si	0	0
Antecedentes Alérgicos	No	5	2.5
	Si	195	97.5
Mallampati	No	76	38
	Si	124	62
Conocimiento de Cirujano o Anestesiólogo	No	99	49.5
	Si	101	50.5
Anatomía Patológica	No	97	48.5
	Si	103	51.5
Recomendaciones pos operatorias	No	102	51
	Si	98	49

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 16**

**Distribución según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Cuadro 17**

**Distribución según el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la  
seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional  
Honorio Delgado, Enero 2015.**

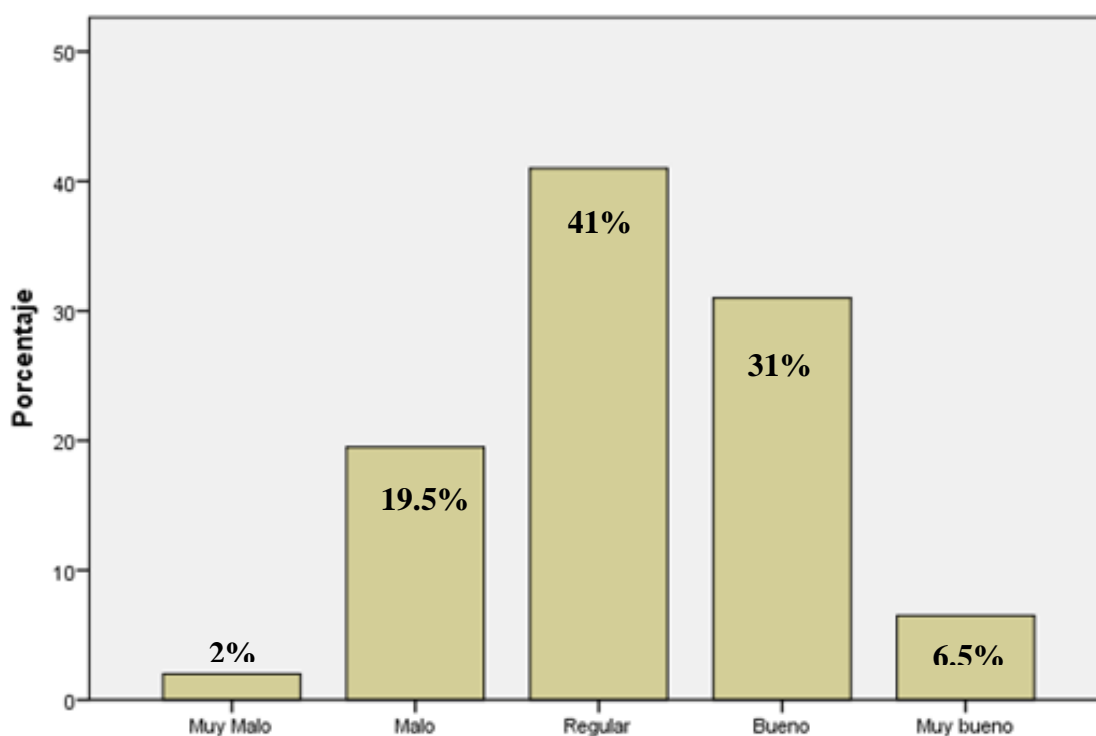
<b>Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Muy Malo (0-2 ítems)	4	2,0	2,0
Malo (3-4 ítems)	39	19,5	21,5
Regular (5-6 ítems)	82	41,0	62,5
Bueno (7-8 ítems)	62	31,0	93,5
Muy bueno (9-10 ítems)	13	6,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que la distribución según el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS desde la perspectiva del paciente fue 41.0% Regular, 31% Bueno, Malo en un 19.5%, Muy bueno en 6.5% y Muy malo en 2.0% de pacientes post operados de cirugía mayor.

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 17**

**Distribución según el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la  
seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional  
Honorio Delgado, Enero 2015.**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tabla 18**

**Distribución según la Grupo etéreo y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**

Grupo etéreo		Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente					Total	*p
		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Joven	Frecuencia	4	12	25	23	1	65	0.536
	%	6,2	18,5	38,5	35,4	1,5	100,0	
	% del total	2,0	6,0	12,5	11,5	0,5	32,5	
Adulto	Frecuencia	0	20	36	31	10	97	
	%	0,0	20,6	37,1	32,0	10,3	100,0	
	% del total	0,0	10,0	18,0	15,5	5,0	48,5	
Adulto mayor	Frecuencia	0	7	21	8	2	38	
	%	0,0	18,4	55,3	21,1	5,3	100,0	
	% del total	0,0	3,5	10,5	4,0	1,0	19,0	
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	
	<b>%</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	
	<b>% del total</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	

Se observa de todo el grupo joven 38.5% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma regular, De todo el grupo adulto 37.1% cumplimiento regular.

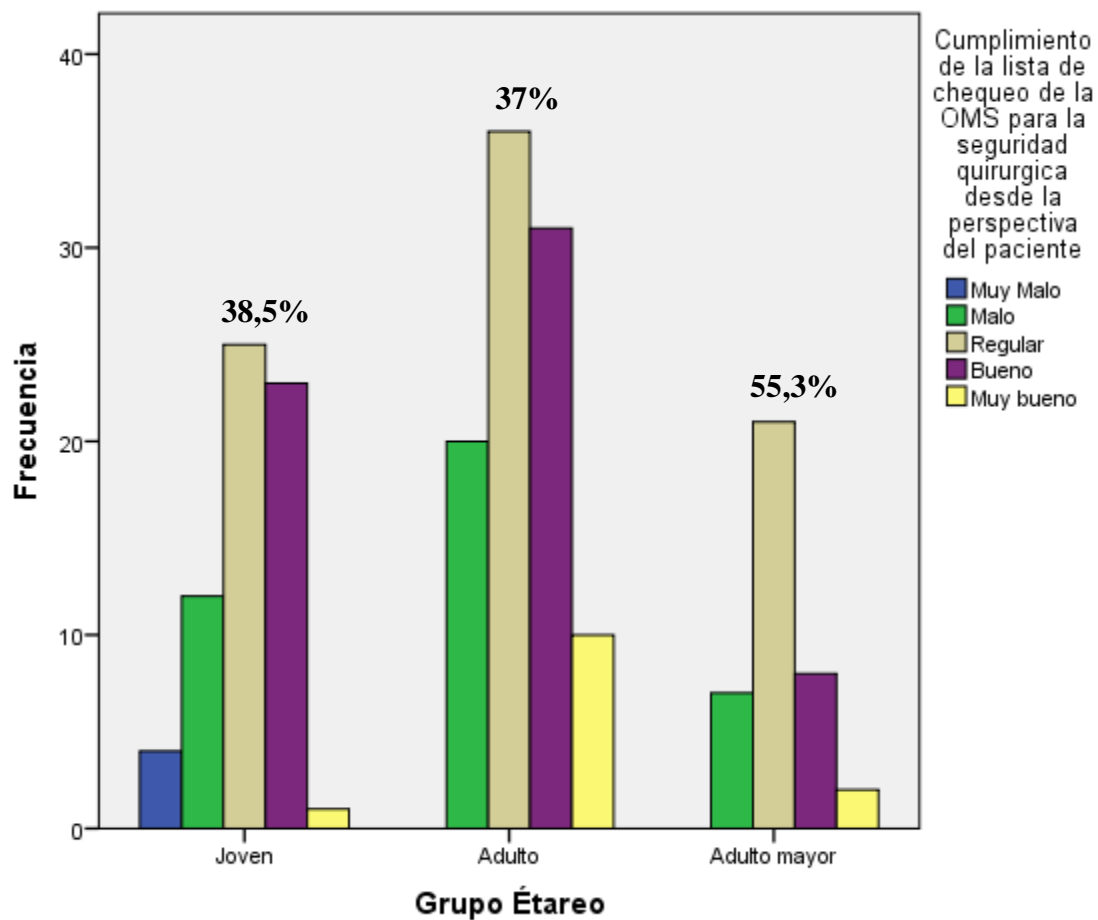
No hay asociación estadísticamente significativa entre el grupo etéreo y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica.

\* El valor de p fue calculado con la prueba lineal por lineal

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 18**

**Distribución según la Grupo etáreo y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tabla 19**

**Distribución según la Género y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**

Género	Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente					Total	*p
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Varón Frecuencia	1	24	37	30	6	98	0.417
%	1,0	24,5	37,8	30,6	6,1	100,0	
% del total	0,5	12,0	18,5	15,0	3,0	49,0	
Mujer Frecuencia	3	15	45	32	7	102	
%	2,9	14,7	44,1	31,4	6,9	100,0	
% del total	1,5	7,5	22,5	16,0	3,5	51,0	
<b>Total Frecuencia</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	
<b>%</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>% del total</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que de todo el grupo de Varones 37.8% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma regular, De todo el grupo de Mujeres 44,1% cumplimiento regular.

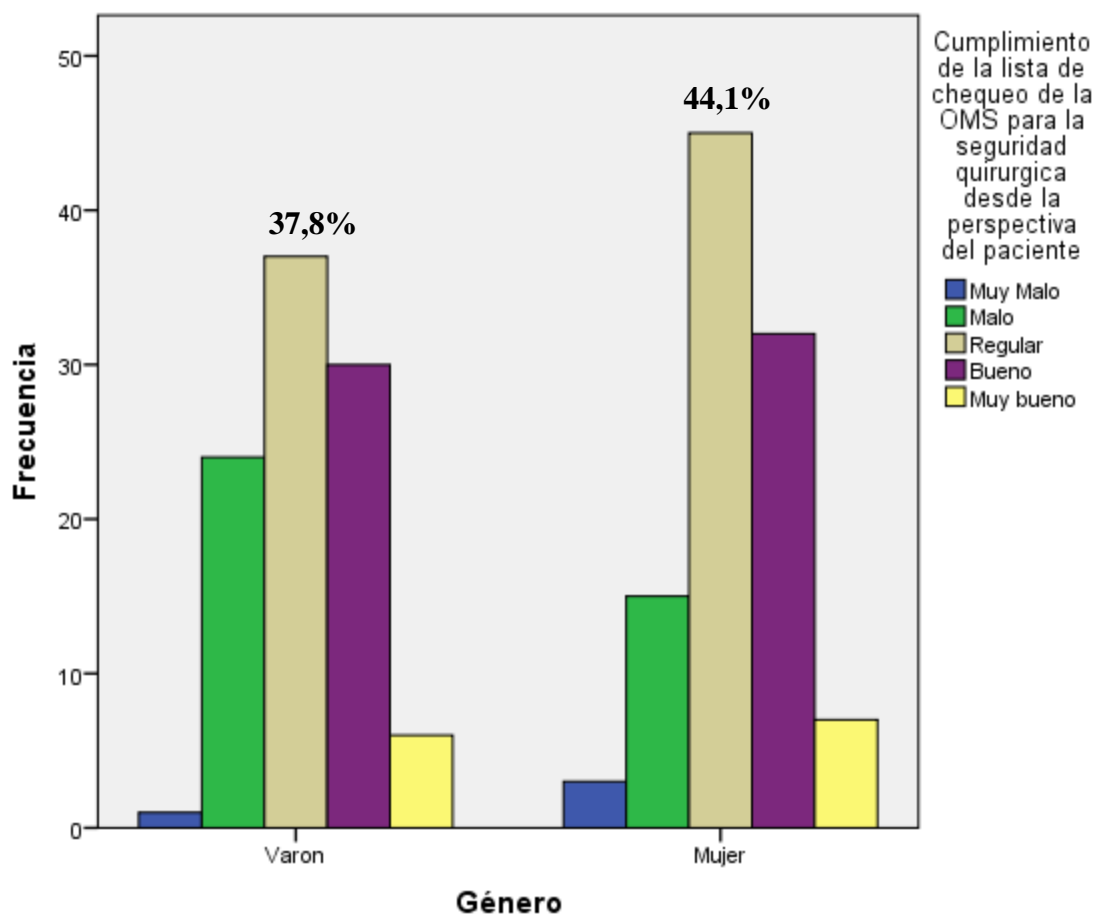
No hay asociación estadísticamente significativa entre el Género y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica.

\*El valor de p fue calculado con la prueba chi<sup>2</sup>

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 19**

**Distribución según la Género y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tabla 20**  
**Distribución según El Lugar de procedencia y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**

Procedencia		Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente					Total	*p
		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Arequipa	Frecuencia	2	18	39	39	7	105	<b>0.357</b>
	%	1,9	17,1	37,1	37,1	6,7	100,0	
	% del total	1,0	9,0	19,5	19,5	3,5	52,5	
Provincias	Frecuencia	1	8	25	8	2	44	
	%	2,3	18,2	56,8	18,2	4,5	100,0	
	% del total	0,5	4,0	12,5	4,0	1,0	22,0	
Otros Departamentos	Frecuencia	1	13	18	15	4	51	
	%	2,0	25,5	35,3	29,4	7,8	100,0	
	% del total	0,5	6,5	9,0	7,5	2,0	25,5	
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	
	<b>%</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	
	<b>% del total</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que de todo el grupo de procedencia Arequipa 37.1% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Buena, De todo el grupo de otros departamentos 35.3% cumplimiento regular.

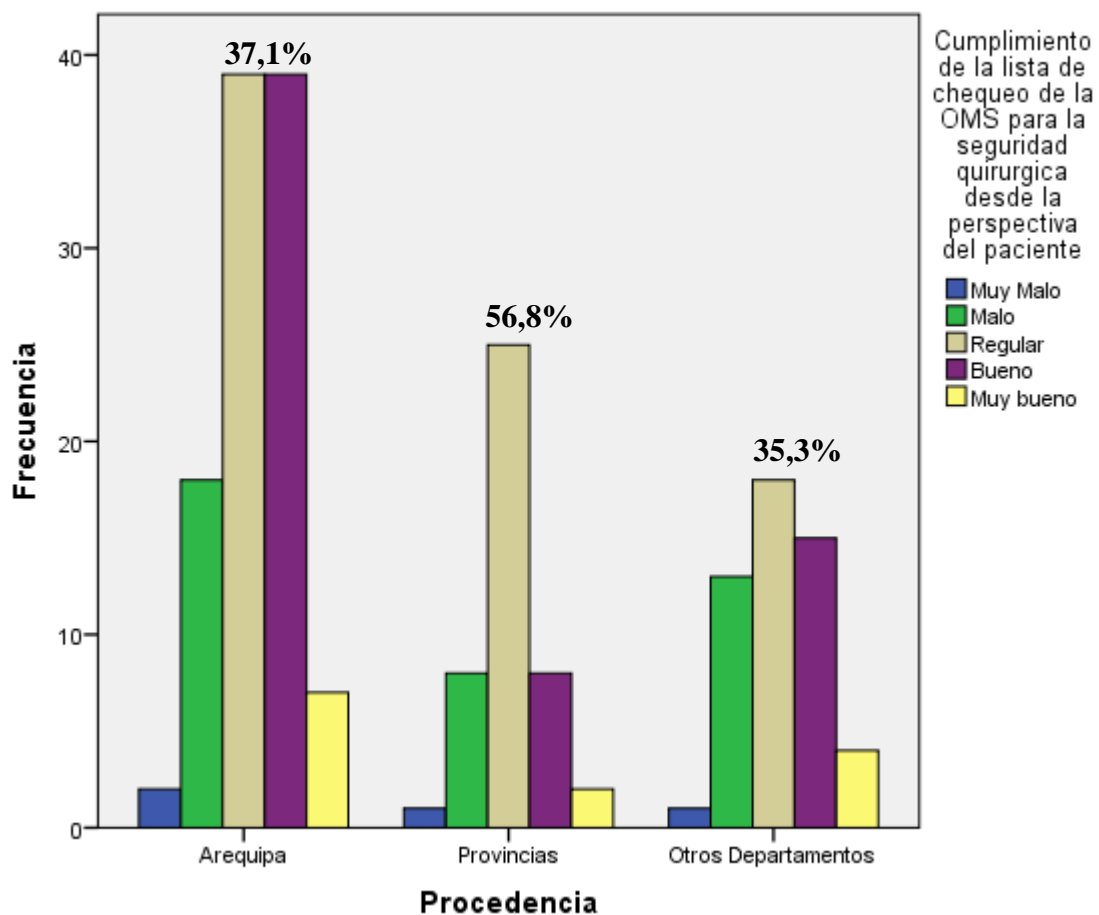
No hay asociación estadísticamente significativa entre el Lugar de procedencia y el cumplimiento de la lista de la OMS de seguridad quirúrgica

\*El valor de p fue calculado con la prueba chi<sup>2</sup>

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 20**

**Distribución según El Lugar de procedencia y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tabla 21**

**Distribución según El Nivel de Instrucción y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**

Nivel de Instrucción		Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente					Total	*p
		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Analfabeto	Frecuencia	0	2	9	2	0	13	0.000
	%	0,0	15,4	69,2	15,4	0,0	100,0	
	% del total	0,0	1,0	4,5	1,0	0,0	6,5	
Primaria	Frecuencia	0	13	16	8	1	38	
	%	0,0	34,2	42,1	21,1	2,6	100,0	
	% del total	0,0	6,5	8,0	4,0	0,5	19,0	
Secundaria	Frecuencia	2	17	33	19	6	77	
	%	2,6	22,1	42,9	24,7	7,8	100,0	
	% del total	1,0	8,5	16,5	9,5	3,0	38,5	
Superior	Frecuencia	2	7	24	33	6	72	
	%	2,8	9,7	33,3	45,8	8,3	100,0	
	% del total	1,0	3,5	12,0	16,5	3,0	36,0	
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	
	<b>%</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	
	<b>% del total</b>	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	

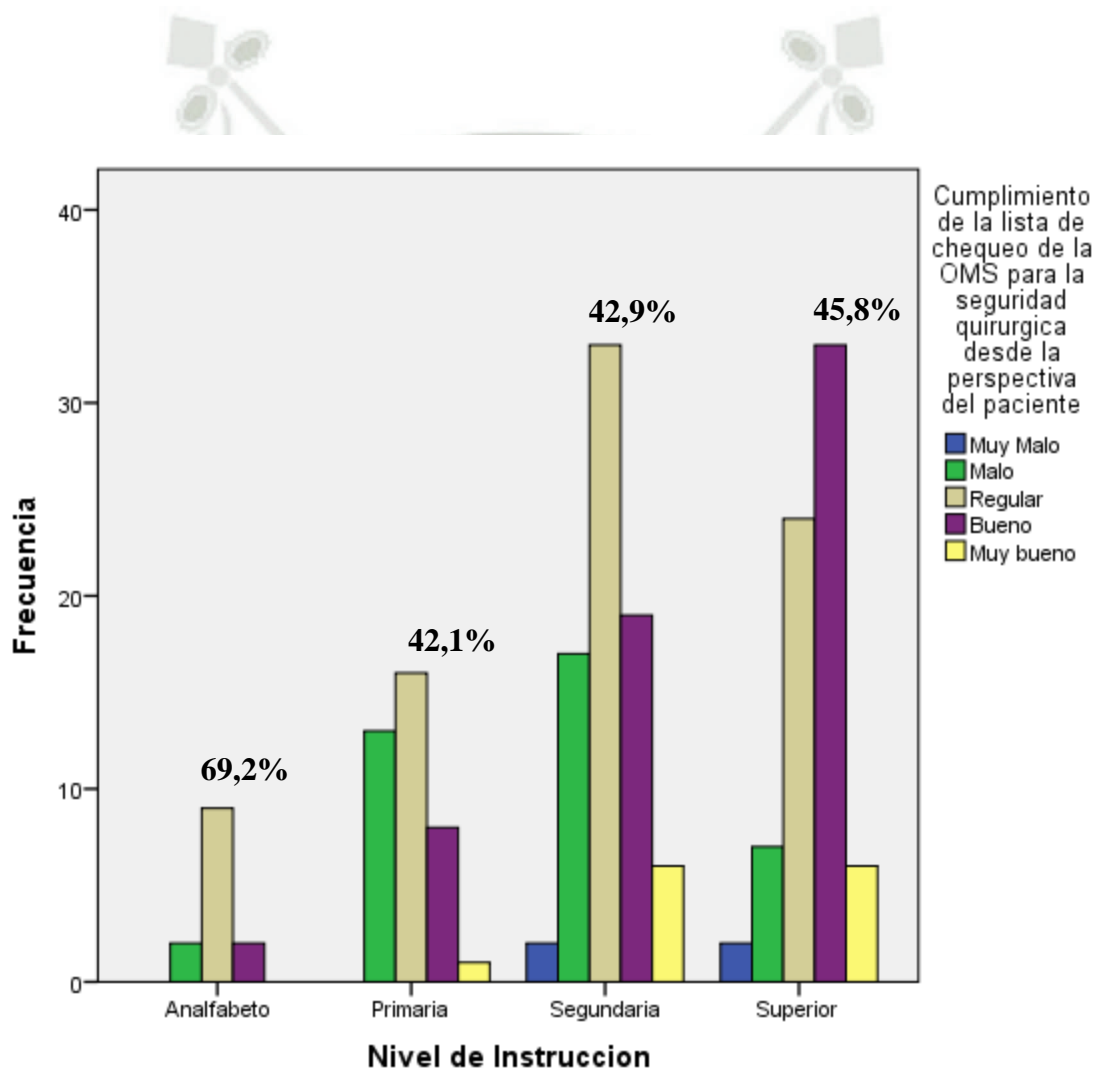
Se observa que de todo en el grupo de instrucción secundaria 42.9% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Regular, De todo el grupo de instrucción superior 45.8% de cumplimiento Bueno.

Existe asociación estadísticamente significativa entre el Nivel de instrucción y el cumplimiento de la lista de la OMS de seguridad quirúrgica pero de una manera pobre Se utilizó la prueba Tau B de Kendall=0.218 para un \*Valor p= <0.0001

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 21**

**Distribución según El Nivel de Instrucción y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**



**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Tabla 22**

**Distribución según El Grupo Ocupacional y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**

Grupo ocupacional		Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente					Total	*p
		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Estado	Frecuencia	0	0	5	3	0	8	0.251
	%	0,0	0,0	62,5	37,5	0,0	100,0	
	% del total	0,0	0,0	2,5	1,5	0,0	4,0	
Privado	Frecuencia	0	3	8	7	3	21	
	%	0,0	14,3	38,1	33,3	14,3	100,0	
	% del total	0,0	1,5	4,0	3,5	1,5	10,5	
Independiente	Frecuencia	0	22	37	25	5	89	
	%	0,0	24,7	41,6	28,1	5,6	100,0	
	% del total	0,0	11,0	18,5	12,5	2,5	44,5	
Estudiante	Frecuencia	2	7	9	15	1	34	
	%	5,9	20,6	26,5	44,1	2,9	100,0	
	% del total	1,0	3,5	4,5	7,5	0,5	17,0	
Ninguno	Frecuencia	2	7	23	12	4	48	
	%	4,2	14,6	47,9	25,0	8,3	100,0	
	% del total	1,0	3,5	11,5	6,0	2,0	24,0	
<b>Total</b>	Frecuencia	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	
	%	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	
	% del total	<b>2,0</b>	<b>19,5</b>	<b>41,0</b>	<b>31,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	

Se observa que de todo en el Grupo Ocupacional Independiente 41.6% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Regular, De todo el grupo de Estudiante 44.1% de cumplimiento Bueno.

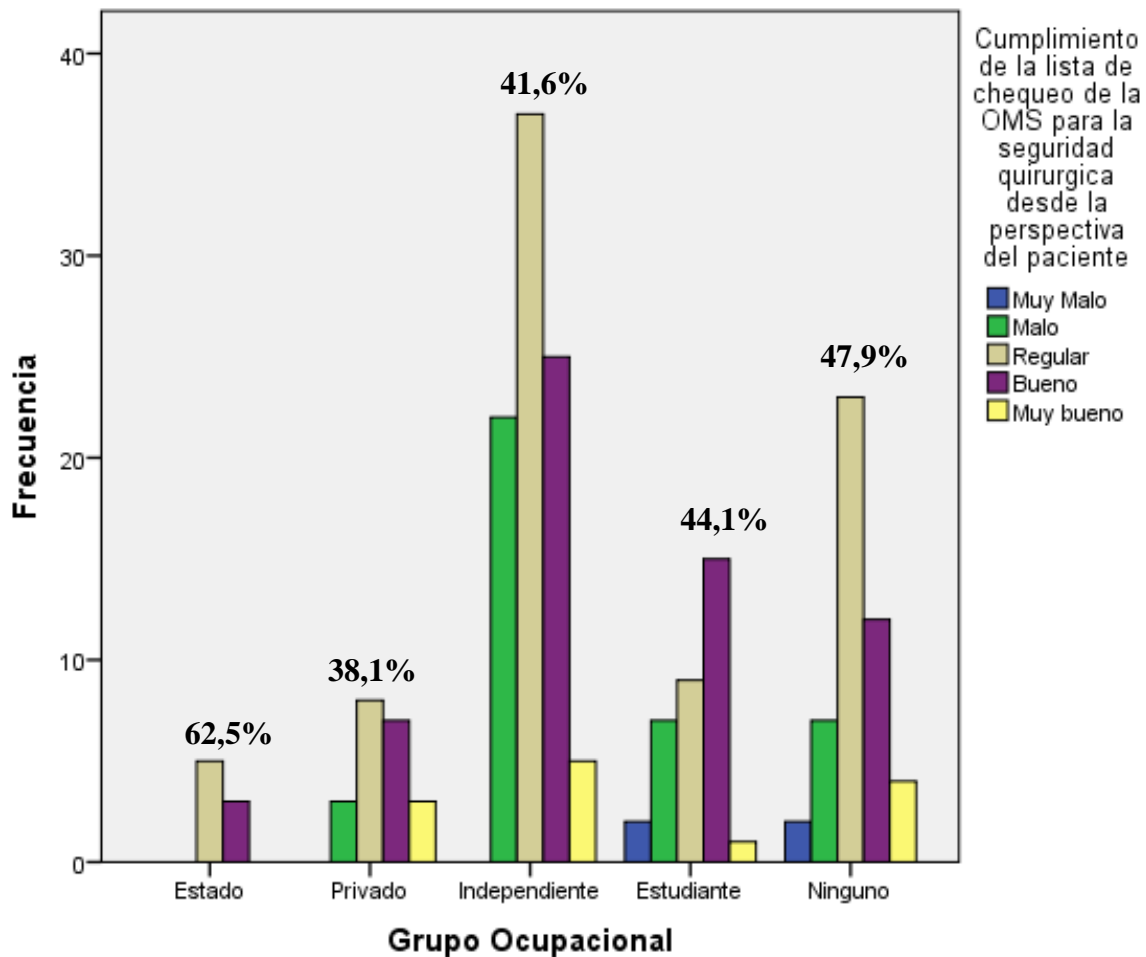
No hay asociación estadísticamente significativa entre el Grupo ocupacional y cumplimiento de la lista de la OMS de seguridad quirúrgica.

\*El valor de p fue calculado con la prueba chi<sup>2</sup>

**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA  
SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015**

**Grafico 22**

**Distribución según El Grupo Ocupacional y el Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015.**





El presente trabajo busco Determinar desde la percepción del paciente, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en el Hospital Regional Honorio Delgado durante Enero del 2015.

Este trabajo se realizó debido a que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas, basada en la lista de verificación de seguridad quirúrgica. Como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. Es así que Perú también se ve inmerso en esta campaña, pues en el 2010 pone a disposición de todos los hospitales públicos y privados bajo resolución ministerial esta lista de chequeo de seguridad quirúrgica.

Se aplicó la técnica de entrevista estructurada. Se incluyeron pacientes pos operados de cirugía mayor del HRHDE atendidos en Enero 2015. Posteriormente se procedió a preguntar sobre características socio demográfico de la población estudiada, sobre ítems percibidos por el paciente como cumplidos e incumplidos de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica. Se analiza los datos sociodemográficos debido que existe la posibilidad que dichas características influyan en el resultado de la percepción de pacientes.

**En el Cuadro y Grafico1** Se observa que la distribución según edad de los pacientes postoperados, 48.5% corresponde al grupo de edad adulta, 32.5% corresponde al grupo de edad Joven y 19% corresponde al grupo de edad Adulto mayor.

Estos porcentajes de edad nos muestran que pacientes pos operados de cirugía mayor del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa durante el mes de Enero 2015, estuvo predominantemente conformado por gente adulta, seguida muy cerca de la población joven. En un estudio de la Dra. Collazos Constanza sobre Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente, Se encuestó a 246 pacientes durante los meses de febrero y marzo de 2011, La media de edad fue de 48,5 años (21) lo que corresponde en nuestro estudio al grupo de gente adulta, se decidió a dividir en grupos etáreos y no valores exactos de edad debido a la facilidad de recolección de datos.

**En el Cuadro y Grafico 2** Se observa que la distribución según género de los pacientes postoperados, 51,0% corresponde a mujeres y 49.0% corresponde a varones.

Estos porcentajes de Género nos muestran que pacientes pos operados de cirugía mayor del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa durante el mes de Enero 2015, estuvo conformado ligeramente mayor por mujeres.

En el estudio de la Dra. Collazos Constanza sobre Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente se encontró 29% mujeres y 71% hombres. (21) Estos datos van a depender de la población, de cada lugar. Pues en Perú hasta mediados del año 2014 la población general era 30 millones 814 mil 175 habitantes de los cuales 50.1% corresponden a hombres y 49.9% a mujeres (32), lo que significa que actualmente en nuestro país aproximadamente la mitad de la población son hombres y la otra mitad mujeres.

**En el Cuadro y Grafico 3** Se observa que la distribución según lugar de procedencia un 52.5% corresponde a la ciudad de Arequipa, 25.5% corresponde a otros departamentos y 22% a provincias de Arequipa.

Estos porcentajes de procedencia nos muestran que pacientes pos operados de cirugía mayor del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa durante el mes de Enero 2015, estuvo conformado en su mayoría (más de la mitad) por el lugar de procedencia de la ciudad de Arequipa, seguida por otros departamentos entre estos más de la mitad aproximadamente 76% correspondió a Puno 43% y Cusco 33% de este último grupo la ¼ parte procedía de Espinar .En los cuales se indago por qué acudían a este hospital y no al de Cusco “ refiriendo que preferían venir por que presentaban familiares en la ciudad de Arequipa mas no en el propio Cusco”

**En el Cuadro y Grafico 4** Se observa que la distribución según Nivel de Instrucción fue 38.5% nivel secundario, 36% nivel superior ,19% nivel primario y 6.5% corresponde a analfabetos.

Estos porcentajes de Nivel de instrucción nos muestran que pacientes pos operados de cirugía mayor del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa durante el mes de Enero 2015, estuvo conformado en su mayoría Aproximadamente  $\frac{3}{4}$  partes (74.5%) por un nivel de instrucción secundario y superior (repartidos a la mitad aproximadamente estos grupos).

**En el Cuadro y Grafico 5** Se observa que la distribución según Grupo ocupacional el 44.5% corresponde al grupo de trabajo independiente (negocio propio), 24% ninguno, 17% estudiantes, 10.5% dependientes de empresa privada y un 4 % dependientes del estado. Estos porcentajes de Grupo ocupacional nos muestran que pacientes pos operados de cirugía mayor del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa durante el mes de Enero 2015, estuvo conformado en su mayoría por independientes (negocio propio) seguido de personas que al momento no tenía trabajo, esto nos podría hacer pensar porque hay una gran población sin trabajo, se observó que de estos pacientes la mitad aproximadamente correspondían al grupo etáreo adulto mayor y la otra mitad a personas del grupo adulto quienes en su mayoría eran amas de casa.

**En el Cuadro y Grafico 6** Se observa que la distribución según el ítem de identificación del paciente. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 85.5%, y 14.5% refiere que no se cumplió dicho ítem. Significa que dicho ítem es cumplido casi en su totalidad.

En el estudio de la Dra. Collazos Constanza sobre Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente se encontró 99,59% como cumplido para dicho ítem (21) En el estudio del Dr. Haynes este ítem se aplica en un 100% antes y después de la implementación de la lista de seguridad quirúrgica (25).El porcentaje de cumplimiento en nuestro estudio podría estar influenciado, que en ese momento el paciente estaba distraído y no pudo escuchar su nombre pero ,creemos que eso no justifica pues debemos acostumbrarnos a llamar a todos los pacientes por su nombre y no por la enfermedad que padecen, eso probablemente ayude a darle mayor seguridad al paciente.

**En el Cuadro y Grafico 7** Se observa que la distribución según el ítem de Identificación de la zona quirúrgica. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 56.0%, y 44.0% refiere que no se cumplió dicho ítem.

En el estudio de la Dra. Collazos Constanza sobre Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente se encontró 93,09% como cumplido para dicho ítem (21).Podría hacernos pensar que este dato va a depender si la cirugía fue de emergencia o programada. Sin embargo nosotros excluimos a las personas en mal estado general que no recordarían este momento de la cirugía, En el hospital de estudio, se

evidencio que la mayoría de patologías operadas por emergencia correspondían a apendicitis aguda y obstrucción intestinal.

En el estudio de Alex B. Haynes, M.D, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity And Mortality in a Global Population publicada en la revista The new england journal of medicine encontró que la confirmación oral de la identificación del paciente y sitio operatorio antes y después de la aplicación de la lista de chequeo fue 100%(25).

Se ha estimado que en el lugar equivocado y una cirugía equivocada para el paciente ocurre en aproximadamente uno de cada 50 000 a 100 000 procedimientos en los Estados Unidos, equivalente a 1500-2500 incidentes cada año (33,34).La literatura apoya la suposición de que la cirugía en el lugar equivocado es más común en determinados ámbitos, en particular la cirugía ortopédica. (35) Existen datos sobre los tipos de errores de lateralidad que son más comunes (por ejemplo, errores en la rodilla y error en el dedo equivocado (36) La literatura también apoya la necesidad de listas de verificación quirúrgica. Dos estudios publicados en la última década indican que el 21 por ciento de los cirujanos de la mano y el 8 por ciento de artroscopistas de rodilla, informan de realizar una cirugía en el lugar equivocado durante sus carreras. (37) Este ítem es de importancia para prevenir equivocaciones.

**En el Cuadro y Grafico 8** Se observa que la distribución según el ítem de Tipo de cirugía.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 73.5%, y 26.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

**En el Cuadro y grafico 9** Se observa que la distribución según el ítem de Consentimiento informado. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 64.5%, y 35.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

Cabe aclarar que en este ítem no se preguntó solo si había firmado la autorización de la operación sino también si le brindaron información sobre beneficios y riesgos de la operación pues el 35.5% había firmado el consentimiento pero no les informaron adecuadamente sobre la operación y hasta hubo casos en su minoría que no sabían que habían firmado.

En un el estudio de Jawaid M. Preoperative informed consent: is it truly informed?.

Realizado en Pakistán se encontró que de 350 pacientes, la mayor parte, es decir 307 (87,7%) pacientes fueron informados sobre su condición, pero muy pocos 12 (3,4%) fueron informados respecto a las complicaciones. Sólo 17 (4,9%) pacientes dijeron que sabían acerca de los riesgos y complicaciones de la anestesia propuesta. Este estudio pone de manifiesto la mala calidad de conocimiento de los pacientes acerca de los procedimientos quirúrgicos y la insuficiente información proporcionada (38).

En un estudio en Perú. Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un hospital del norte del Perú. La percepción de la información, el entendimiento y la autonomía fue mala en un 67,9%, 54,2% y 70,2% respectivamente. El grado de percepción total del Consentimiento Informado Anestesiológico fue malo según 52,7% de los encuestados. (39) Este estudio se basó en el consentimiento informado anestesiológico no muy difundido en nuestro medio sin embargo demostró que no se cumple con una correcta información al paciente que sería útil para mejorar la relación médico-paciente.

Sin embargo esto se ve influenciado por factores tanto internos y externos, dentro de los primeros creo que lo importante es, sentir la igualdad entre médicos y pacientes, así brindar información correcta como nos gustaría que nos informaran, lamentablemente también estamos sujetos a factores externos donde quiero mencionar el sistema de salud de nuestro país, que no permite dedicar tiempo suficiente a nuestros pacientes lo cual no debería de ser una justificación.

**En el Cuadro y grafico 10** Se observa que la distribución según el ítem de Marcado de zona quirúrgica. El paciente pos operado percibió como incumplido en un 100%.

Significa que dicho ítem no es realizado en nuestro hospital. Consideramos que este ítem va a depender de la estructura que se va a operar pues es aplicable cuando la estructura es par y el lugar de la lesión no sea evidente a simple vista. En nuestro estudio evidenciamos que la gran cantidad de operaciones fue colecistectomía y apendicetomía.

**En el Cuadro y Grafico 11** Se observa que la distribución según el ítem de Antecedentes alérgicos. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 97.5% y 2.5% refiere que no se cumplió dicho ítem.

En el estudio de la Dra. Constanza Collazos hecho en Colombia (21) se evidenció 99%

había percibido como cumplido al preguntarle si tenía alergia a algún medicamento antes de la operación. Lo cual nos podría hacer suponer que este pequeño porcentaje que no percibió como cumplido en nuestro estudio podría deberse al estado del paciente operado por emergencia, con dolor que le imposibilite recordar algunos momentos antes de la operación.

Según un estudio realizado en Perú, Hospital Almanzor Aguinaga-Chiclayo los fármacos más frecuentes asociados a la aparición de RAM son fentanilo, bupivacaina 0,5% y tiopental ; las reacciones adversas más frecuentes son hipotensión y bradicardia (18).

La anestesia epidural se asocia con una gran cantidad de efectos secundarios menores, y a efectos graves también menores, Entre 0,8 y 1.7 / 10.000 en un estudio prospectivo realizado en el Reino Unido (40). En un estudio en suiza la incidencia de complicaciones después bloqueo espinal estaba dentro de 1: 20-30.000 (41) Estos datos fueron publicados en el Congreso de la Sociedad Europea de Anestesia (42). Según un estudio en Uruguay se encontró que la reacción anafiláctica durante la anestesia tiene una mortalidad perioperatoria entre 3% y 10%, presentándose cerca de 90% durante la inducción anestésica (15). En un estudio hecho en la clínica Mayo de E.E.U.U ,Los antibióticos son el agente causal probable más común asociado con reacciones anafilácticas mediadas por IgE seguido por los relajantes neuromusculares Sin embargo para 52,6% de las reacciones, no se pudo determinar un agente causal (43). Podemos decir que estos valores varían de acuerdo al lugar y a la comorbilidad del paciente. Por lo tanto es importante hacer una evaluación integral no solo preguntar sobre el antecedente alérgico.

En un estudio publicado este año, si la evaluación integral de la alergia es útil en la posterior atención de pacientes con reacciones de hipersensibilidad a fármacos durante la anestesia. Se demostró que la evaluación y gestión integral minimiza el riesgo con anestesia posterior, aun cuando la causa de la reacción de hipersensibilidad a drogas no se pudo identificar (44)

**En el Cuadro y Grafico 12** Se observa que la distribución según el ítem de Mallampati.

El paciente pos operado percibió como cumplido en un 62.0% y 38.0% refiere que no se cumplió dicho ítem. Este dato nos podría hacer pensar y decir que este examen de las estructuras de la cavidad oral va a depender del tipo de anestesia si fue epidural, raquídea o general, sin embargo consideramos que este examen es importante en todos los casos para prevenir posibles complicaciones en el manejo de la vía aérea por ese motivo no se tomó en cuenta el tipo de anestesia brindada.

Un estudio en México evidencio que los grados III Y IV de Mallampati (84%) y la extensión limitada del cuello (99%) mostraron elevada especificidad para la predicción de la intubación difícil (14)

En un reciente estudio del Cuarto Proyecto de Auditoría del Royal College of Anaesthetists (Colegio Real de Anestesiólogos del Reino Unido), la tasa de mortalidad asociada al manejo de las vías aéreas fue 1/22.000 anestесias generales, la de daños cerebrales fue 1/180.000 anestесias, la de ingreso en UCI fue 1/29.000 y de vía aérea quirúrgica de emergencia fue 1/50.000 anestесias generales (45).

La evaluación pre anestésica de las vías aéreas debe tener como objetivo principal la identificación del mayor número de pacientes con intubación difícil para minimizar el riesgo de imprevistos de intubación difícil que lleven al fracaso (46)

Es más un estudio reciente en Jordania demostró que la posición palatal de Friedman que se usa en el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño es un test más útil, valioso y sensible comparado con el test modificado de selección de Mallampati para prever la intubación difícil pre-anestesia, y su participación en el modelo multivariado puede aumentar la exactitud y el valor diagnóstico de la evaluación preoperatoria de la vía aérea difícil (47)

Esto nos hace pensar la gran utilidad de asegurar la vía aérea del paciente.

**En el Cuadro y Grafico 13** Se observa que la distribución según el ítem de Conocimiento de cirujano o anestesiólogo. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 50.5% y 49.5% refiere que no se cumplió dicho ítem por tanto no conocen al anestesiólogo o cirujano que lo ha operado.

Aproximadamente la mitad de los pacientes post operados refería conocer al Anestesiólogo o Médico que lo opero antes de la incisión cutánea. Esto como en el ítem anterior nos podría hacer pensar que esto depende, si la cirugía es de emergencia o programada. Sin embargo este ítem se debería realizar en sala de operaciones antes de la incisión cutánea, en caso de pacientes en mal estado general ellos no lograrían escuchar que medico lo va a operar, pues dichos pacientes no fueron considerados en nuestro estudio. Además se evidencio que aquellas personas que sabían que anestesiólogo o medico lo había operado sentían “más confianza o mejor relación médico paciente” esto podría ayudar a un mejor apego a la terapéutica y control pos operatorio por lo cual consideramos un ítem importante a cumplir.

**En el Cuadro y Grafico 14** Se observa que la distribución según el ítem de Anatomía patológica. El paciente pos operado percibió como cumplido en un 51.5% y 48.5% desconoce él envió a anatomía patológica de alguna muestra en la operación.

Esta última cifra está influenciada de aquellas operaciones que no ameritaban enviar una muestra a patología, que aproximadamente correspondía a la mitad debido a lo cual aproximadamente 24% desconoce él envió a anatomía patológica. Se evidencio además que dicha información era dada al familiar y no al paciente pues esto puede estar contrarrestado debido que la entrevista se realizó por las tardes y casi siempre estaba un familiar, consideramos importante que el paciente este informado adecuadamente sobre los exámenes auxiliares, y se realice adecuadamente él envió de muestra a patología con el debido etiquetado.

En un estudio realizado por Makari MA. Identificación de errores en muestras de laboratorio de 417 instituciones de Estados Unidos, cerca del 50% fueron debido a error en el etiquetado (19). En otro estudió Valenstein PN .Identificación de errores en laboratorios clínicos mostró que ocurren errores en 3,7 de 1.000 muestras en las salas de operaciones e implican la ausencia de etiquetado, la omisión de detalles con respecto al sitio del tejido y la ausencia de nombre del paciente (20) Dichos datos no fueron considerados en nuestro estudio, lo cual puede ser un tema importante de estudios posteriores.

**En el Cuadro y Grafico 15** Se observa que la distribución según el ítem de Recomendaciones post operatorias El paciente post operado percibió como cumplido en un 49.0% y 51.0% refiere que no recibió ninguna recomendación post operatoria.

El último valor puede estar influenciado por información brindada sobre los cuidados a los familiares debido que la recuperación pos anestesia es diferente en cada persona. Pues varias pacientes refirieron “no acordarse muy bien” Este ítem consideramos importante sobre todo en pacientes con factores de riesgo asociados en los cuales se toman decisiones de suspender o adicionar medicamentos por la patología concomitante o en caso de pacientes en mal estado general que el cuidado post operatorio es más exhaustivo , este grupo de pacientes no fueron considerados en nuestro estudio .Dichas decisiones deben ser tomadas antes de salir de sala de operaciones en conjunto anestesiólogos, médicos y enfermeras debido a que se informa todo el equipo quirúrgico y así puedan ayudar al cumplimiento de indicaciones y recomendaciones pos operatorias.

Consideramos importante, terminada toda cirugía, informar a los familiares sobre la operación y posteriores cuidados, pues esto ayuda que la familia tenga más confianza en la atención brindada.

**En el Cuadro y Grafico 17** Se observa que la distribución según el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS desde la perspectiva del paciente fue 41.0% Regular, 31% Bueno, Malo en un 19.5%, Muy bueno en 6.5% y Muy malo en 2.0% .

Aproximadamente 7 de 10 pacientes (72%) percibe un cumplimiento de la lista de chequeo de seguridad quirúrgica entre regular y bueno del servicio de cirugía general del HRHD durante Enero del 2015.

**En el Cuadro y Grafico 18** Se observa, de todo el grupo joven 38.5% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma regular, De todo el grupo adulto 37.1% cumplimiento regular.

Tanto en el grupo joven, adulto y adulto mayor, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente fue Regular.

No hay asociación estadísticamente significativa entre el grupo etéreo y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica  $p=0.536$  ( $p>0.05$ )

**En la tabla y Grafico 19** Se observa que, de todo el grupo de varones 37.8% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma regular, De todo el grupo Mujeres 44,1% cumplimiento regular. Tanto en el grupo de Varones y Mujeres el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente fue Regular. No hay asociación estadísticamente significativa entre el Género y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica  $p=0.417$  ( $p>0.05$ )

**En la tabla y Grafico 20** Se observa que, de todo el grupo de procedencia Arequipa 37.1% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Buena y 37.1% de forma regular, De todo el grupo de, otros departamentos 35.3% cumplimiento regular. Lo que podría hacer pensar que los que no son de Arequipa tienen una percepción de Cumplimiento de la lista de chequeo menor a la de los que si son de Arequipa. Esta asociación no fue estadísticamente significativa  $p =0.357$ ( $p>0.05$ )

**En la tabla y Grafico 21** Se observa que, de todo el grupo de instrucción secundaria 42.9% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Regular, De todo el grupo de instrucción superior 45.8% de cumplimiento Bueno. Se evidencio la probabilidad que a medida que disminuía el Nivel de Instrucción disminuía la percepción del cumplimiento de la lista de chequeo. Existe asociación estadísticamente significativa entre el Nivel de instrucción y el cumplimiento de la lista de la OMS de seguridad quirúrgica pero de una manera pobre. Se utilizó la prueba Tau B de Kendall=0.218 para un Valor  $p= <0.0001$ .

Sin embargo el grupo de analfabetos percibía un regular cumplimiento pero esto puede estar influenciado a la poca cantidad de pacientes que correspondían a este grupo y que en este grupo estaban personas que no había recibido educación “formal”, pero podrían haber aprendido muchas cosas por si mismas o enseñanza de familiares.

En un estudio del Dr. Mauro Barone y Dra. Annalisa Cogliandro. *Cognitive Investigation*

Study of Patients Admitted for Cosmetic Surgery: Information, Expectations, and Consent for Treatment. Realizado en Italia, determino que Sólo el 30% de los pacientes con un nivel educativo inferior afirmó que la información preoperatoria había sido adecuada, mientras que el 92% de los sujetos con estudios secundarios o un título de estudios superiores consideró que la información era suficiente ( $P = 0,001$ ) (48)

Lo cual significa dedicar un mayor tiempo de explicación y con términos sencillos, que nos puedan entender, sobre la enfermedad del paciente.

**En el Cuadro y Grafico 22** Se observa que, de todo en el Grupo Ocupacional Independiente 41.6% de pacientes percibió el cumplimiento de la lista de chequeo de forma Regular, De todo el grupo de Estudiante 44.1% de cumplimiento Bueno. Esto podría hacer suponer que los estudiantes tienen una mejor percepción del cumplimiento de la lista de chequeo que los de trabajo independiente. No hay asociación estadísticamente significativa entre el Grupo ocupacional y cumplimiento de la lista de la OMS de seguridad quirúrgica ( $p = 0.251$ ,  $p > 0.05$ ) .Sin embargo en el grupo de estudiantes no hubo percepciones muy buenas a diferencia de los otros grupos que si habían. El hecho que el grupo de estudiantes no tenga percepción muy buena podría deberse a que en la mayoría de los casos, estos pacientes eran operados de apendicitis y referían que no les habían dicho si su muestra fue enviada a patología. Consideramos importante este punto, debido a que creemos por ejemplo si queremos hacer prevención de enfermedades crónicas a veces raras tipo Síndrome Carcinoide estaría indicado el envío a anatomía patológica de la muestra quirúrgica.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones pues evaluamos menos de la mitad de ítems que conforman la lista de chequeo de seguridad quirúrgica. Debido a que solo estas pueden ser verificables por el paciente, por tanto los resultados deben ser interpretados como el cumplimiento del instrumento de los ítems que el paciente los pudo verificar, solo una parte de la lista de verificación y dentro de estas la mayoría de preguntas era de información brindada algo tan básico e importante que bajo la percepción del paciente no se cumple en totalidad en comparación con hospitales de otros países que antes de la aplicación del instrumento estos se cumplían en casi un 100%. Lo cual nos debe llevar a un mayor compromiso del equipo quirúrgico con el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES

**Primero.-**El cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente fue aproximadamente 72% entre Regular a Bueno, en el Hospital Regional Honorio Delgado, durante Enero del 2015

**Segundo.-**Las características sociodemográficas de la población estudiada, estuvo predominantemente conformada por gente adulta con ligero predominio femenino. Más de la mitad de la población estudiada era de la ciudad de Arequipa con un nivel de instrucción secundario a superior y un trabajo independiente (negocio propio).

**Tercera.-** El ítem de mayor cumplimiento fue el antecedente alérgico seguido de la identificación del paciente. El ítem menos cumplido fue el Marcado de la zona quirúrgica, seguido de Recomendaciones post operatorias.

**Cuarto.-** Se demostró que no hubo asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas: edad, sexo, lugar de procedencia, ocupación y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS, sin embargo se evidencio pobre asociación entre el nivel de instrucción y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente.

## SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere un mayor compromiso del equipo quirúrgico con el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica. Este es un instrumento que debemos de aplicarlo, para que sea de beneficio y no una pérdida de tiempo como la mayoría piensa.
- 2) Se recomienda realizar una adecuada historia clínica, minuciosa y exhaustiva, considerando todas las secciones que esta involucra, para así contar con una evaluación integral del paciente, debido que esta información es de vital importancia al momento de tomar decisiones sobre el acto quirúrgico.
- 3) Una adecuada relación médico-paciente, involucrando empática, comunicación y solidaridad humana, pues esto ayuda a tener confianza y seguridad al paciente post operado.
- 4) La información y/o explicación acerca de la intervención quirúrgica al paciente, debe hacerse en términos sencillos y con mayor tiempo en especial para los grupos con menor nivel de instrucción, pues como médicos también debemos de ser educadores para que haya una comprensión y adecuada relación médico-paciente.
- 5) Se recomienda realizar un adecuado marcado de la zona quirúrgica, pues ayuda a tener la seguridad de la identificación correcta de la zona y el tipo de cirugía a realizar, para

prevenir graves lesiones de incapacidad, más aun cuando la estructura a operar sea par

y el lugar de la lesión no sea evidente.

- 6) La identificación correcta del paciente, debe de aplicarse en su totalidad y no simplemente en la mayoría, pues este un hecho simple que en algunas ocasiones podrían repercutir en problemas graves.
- 7) Capacitar al servicio de cirugía acerca del uso adecuado de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, adecuando algunos ítems que se consideren más o menos importantes para el servicio de cada hospital, debido a que este instrumento puede ser cambiado o modificado de acuerdo a la realidad y prioridad; siendo este instrumento un beneficio y no un protocolo que debamos de seguir y cumplir por obligación sin estar convencidos que es de gran ayuda.
- 8) Sugiero a los nuevos investigadores y autoridades del servicio de cirugía (HRHDE) tomar en cuenta los resultados de la presente investigación, para realizar otros trabajos relacionados al tema y mejorar la calidad de atención del paciente y la relación médico-paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1.-Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet.2008; 372 (9633):139-44.

[http://www.who.int/surgery/global\\_volume\\_surgery.pdf](http://www.who.int/surgery/global_volume_surgery.pdf).

2.-Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente, la cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008

[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf)

3.- Resolución ministerial, Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, Ministerio de Salud. N° 1021-210.Lima 30 de Diciembre del 2010.

[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/archivos/otros/GuiaTecImplementacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/GuiaTecImplementacion.pdf)

4.- Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D, Goodrich E, Hartmann E et al. Operating room briefings and wrong- site surgery. J Am Coll Surg. 2007; 204(2):236–43.

<http://www.journalacs.org/article/S1072-7515%2806%2901585-7/abstract>

4. Mallampati SR. Clinical sign to predict difficult tracheal intubation (hypothesis). Can Anaesth Soc J.1983; 30(3):316–7.

[http://blogs.ubc.ca/ransonetec530b/files/2012/07/MALLAMPATI\\_SCORE.pdf](http://blogs.ubc.ca/ransonetec530b/files/2012/07/MALLAMPATI_SCORE.pdf)

6.-Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18.Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_18-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_18-sp.pdf)

- 7.-Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008  
[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- 8.- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington D.C: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999  
<http://www.csen.com/err.pdf>
- 9.-Gawande AA , Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 1999; 126(1):66-75.  
<http://www.atulgawande.com/documents/TheincidenceandnatureofsurgicaladverseeventsinColoradoandUtahin1992.pdf>
- 10.-Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, La cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf)
- 11.-Mulet JF. Consentimiento informado y bioética. Cir Pediatr. 2007;20 (3):137-138  
<http://www.secipe.org/SB10revist.asp?cid=37>
- 12.- Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, Blitt CD, Connis RT, Nickinovich DG. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. 2013; 118(2):251-70.  
<file:///C:/Users/pc/Downloads/practice-guidelines-for-management-of-the-difficult-airway.pdf>
- 13.- Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B. Freiberger D et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. Can Anaesth Soc J. 1985; 32(4): 429–34.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4027773>

14.-Orozco Díaz Élidea , Álvarez Ríos Juan Jorge, Arceo Díaz José Luis, Ornelas Aguirre José Manuel. Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea. Cir Cir. 2010; 78(5):393-399.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220238004>

15.- Amoroso Cosimini Leonel Ezequiel , Ferrari Acosta María Gabriela. Anafilaxia y anestesia. Anest Analg Reanim. Montevideo .2013; 26 (1):7-15

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000100007&script=sci_arttext)

16.- Nimmo WS, Bogod DG, McNicol LR, Vipond A, Foxell R, Ewan P. Suspected anaphylactic reactions associated with anesthesia. London: Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland and British Society for Allergy and Clinical Immunology; 2003.

<http://www.aagbi.org/sites/default/files/anaphylaxis03.pdf>

17.- Kroigaard M, Garvey LH, Gillberg L, Johansson SG, Mosbech H, Florvaag E et al. Scandinavian clinical practice guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anesthesia. Acta Anaesthesiol Scand.2007; 51 (6):655–70.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17567266>

18.- Rodríguez Terrones Janeth Ysabel, Aguilar Armas José, Arana Delgado Julio C. Reacciones adversas medicamentosas durante el acto anestésico en pacientes sometidos a cirugía electiva en el centro quirúrgico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de octubre 2008 – marzo 2009. Rev. cuerpo méd.2013; 6(3):9-16

[http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n3-2013/RCM-V6-N3-2013\\_pag9-16.pdf](http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n3-2013/RCM-V6-N3-2013_pag9-16.pdf)

19.-Makary MA, Epstein J, Pronovost PJ, Millman EA, Hartmann EC, Freischlag JA et al. Surgical specimen identification errors: a new measure of quality in surgical care. Surgery, 2007; 141(4):450–5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17383521>

20.- College of American Pathologists, Valenstein PN, Raab SS, Walsh MK. Identification errors involving clinical laboratories: a College of American Pathologists Q-Probes study of patient and specimen identification errors at 120 institutions. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130(8):1106–1113.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879009>

21.-Collazos Constanza, Bermudez Liliana, Quintero Alvaro, Quintero León E, Díaz Marcela M.. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev colomb anestesiología. 2013; 41(2):109–113.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195126355006>

22.- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966; 44(3):166–206.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

23.- Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmueller C et al. Patient safety in surgery. Ann Surg. 2006, 243(5):628–32.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>

24.-Becerra Eneque Katherin`s Milagros. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú 2012. (tesis profesional). Chiclayo: Servicio de publicaciones, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2014.

[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL\\_Becerra\\_Eneque\\_KatherinsMilagros.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL_Becerra_Eneque_KatherinsMilagros.pdf)

25.-Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009; 360(5): 491–9.

[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical\\_Safety\\_Checklist.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical_Safety_Checklist.pdf)

26.-Arribalzaga Eduardo B., Lupica Liliana, Delor Stella Maris, Ferrana Pedro A.

Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev. Argent, Cirug. 2012; 102 (1-3): 12-16.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2012000100002&script=sci_arttext)

27.-Arenas Márquez Humberto, Hernández Zúñiga Jaime Francisco, Carvajal Morones José Alberto, Jiménez Tornero Jorge, Baltazar Sánchez Itamar, Flores Valenzuela Martha. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cir Gen Jalisco. 2011; 33(3):156-162.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113d.pdf>

28.-Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. RevGaúchaEnferm. 2013; 34(1):71-78.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000100009&script=sci_arttext&tlng=en)

29.-López Milhet Ana Bertha, Barrios Osuna Irene, Roque González Rosalba, Quintana Pajón Ingrid, Pereira Fraga Jorge Gerardo, Nodal Ortega Josefina. El consentimiento informado en la práctica quirúrgica. Rev. Cub. Cir. 2010; 49(2)

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223017015>

30.-Steinar Haugen Arvid , Høyland Sindre, Thomassen Øyvind, Aase Karina. 'It's a State of Mind': a qualitative study after two years' experience with the World Health Organization's surgical safety checklist. Cogn Tech Work. 2015; 17:55-72

[http://download.springer.com/static/pdf/221/art%253A10.1007%252Fs10111-014-0304-0.pdf?auth66=1420505541\\_613922f6cc9dd30fde98296c5a089a2c&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/221/art%253A10.1007%252Fs10111-014-0304-0.pdf?auth66=1420505541_613922f6cc9dd30fde98296c5a089a2c&ext=.pdf)

31.-Oficina de estadística e informática del Hospital Regional Honorio Delgado-Arequipa

[http://www.hrhdapq.gob.pe/publi\\_esta\\_infor/info/pdf/boletin\\_2014.pdf](http://www.hrhdapq.gob.pe/publi_esta_infor/info/pdf/boletin_2014.pdf)

- 32.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana 2014  
[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf)
- 33.- Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Arch Surg. 2006; 141(4):353–8.  
<http://www.atulgawande.com/documents/IncidentsPatternsandPrevalenceofWrong-SiteSurgery.pdf>
- 34.- Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg, 2006; 141(9):931–9.  
<file:///C:/Users/pc/Downloads/Wrong%20sided%20cases.pdf>
- 35.- Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations. A follow-up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert. 2001; 24: 1-3  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11902243>
- 36.- Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998; 80(9):1398  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9759832>
- 37.- Nakano JM. In Search of the Perfect Surgical Timeout , Are checklists a boon or boondoggle?. Chicago: The American Academy of Orthopedic Surgeons;2014.  
[http://www6.aaos.org/news/PDFopen/PDFopen.cfm?page\\_url=http://www.aaos.org/news/aosnow/feb14/managing9.asp](http://www6.aaos.org/news/PDFopen/PDFopen.cfm?page_url=http://www.aaos.org/news/aosnow/feb14/managing9.asp)
- 38.- Jawaid M, Farhan M, Masood Z, Husnain S. Preoperative informed consent: is it truly informed?. Iran J Public Health.2012; 41(9):25-30.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494211/pdf/ijph-41-25.pdf>

39.- Cochachin Chuica Claudia Edilma, Cardoza Jiménez Kennlly Joeseph, Cochachin

Chuica Celia Edilia , Purizaca Rosillo Nelson, Baudry Rodríguez Nélica. Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un hospital del norte del Perú. Rev. cuerpo méd. HNAAA.2013; 6(4):7-11

<file:///C:/Users/pc/Downloads/Dialnet->

<PercepcionYCumplimientoDelConsentimientoInformadoA-4724546.pdf>

40.- Cook TM, Counsell D, Wildsmith JA. Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. Br J Anaesth 2009; 102(2): 179-90

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139027>

41.- Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe Neurological complication safter central neuraxial blockade in Sweden 1990-1999. Anesthesiology.2004; 101(4):950-9.

<http://ape.med.miami.edu/Doc/Resident%20Web%20Site%20Articles/Complications%20of%20regional%20anesthesia/Neurological%20complications/severe%20neurological%20complications%20after%20RA%20in%20sweden1990-99,%202004.pdf>

42.- Beaussie M. Safety of Epidural Anaesthesia. En: XXIX Annual European Society of Regional Anaesthesia (ESRA) .Porto: The European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy; 2010.

<http://www.readcube.com/articles/10.1097%2FAAP.0b013e3181f3582c>

43.- Gurrieri C, Weingarten TN, Martin DP, Babovic N, Narr BJ, Sprung J, Volcheck GW. Allergic reaction during anesthesia at a large United States referral center. Anesth Analg. 2011;113(5):1202-12.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21865494>

44.-Guyer AC, Saff RR, Conroy M, Blumenthal KG, Camargo CA, Long AA et al. Comprehensive allergy evaluation is useful in the subsequent care of patients with drug hypersensitivity reactions during anesthesia. J Allergy Clin Immunol Pract. 2015;3(1):94-100.

[http://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(14\)00537-6/abstract](http://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(14)00537-6/abstract)

45.- Cook TM, Woodall N, Frerk C. Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 1: anaesthesia. Br J Anaesth. 2011;106(5):617-31.

<http://bj.oxfordjournals.org/content/106/5/617.full.pdf+html>

46.- Naguib M, Scamman FL, O'Sullivan C, Aker J, Ross AF, Kosmach S et al. Predictive performance of three multivariate difficult tracheal intubation models: a double-blind, case-controlled study. Anesth Analg. 2006; 102(3):818-24

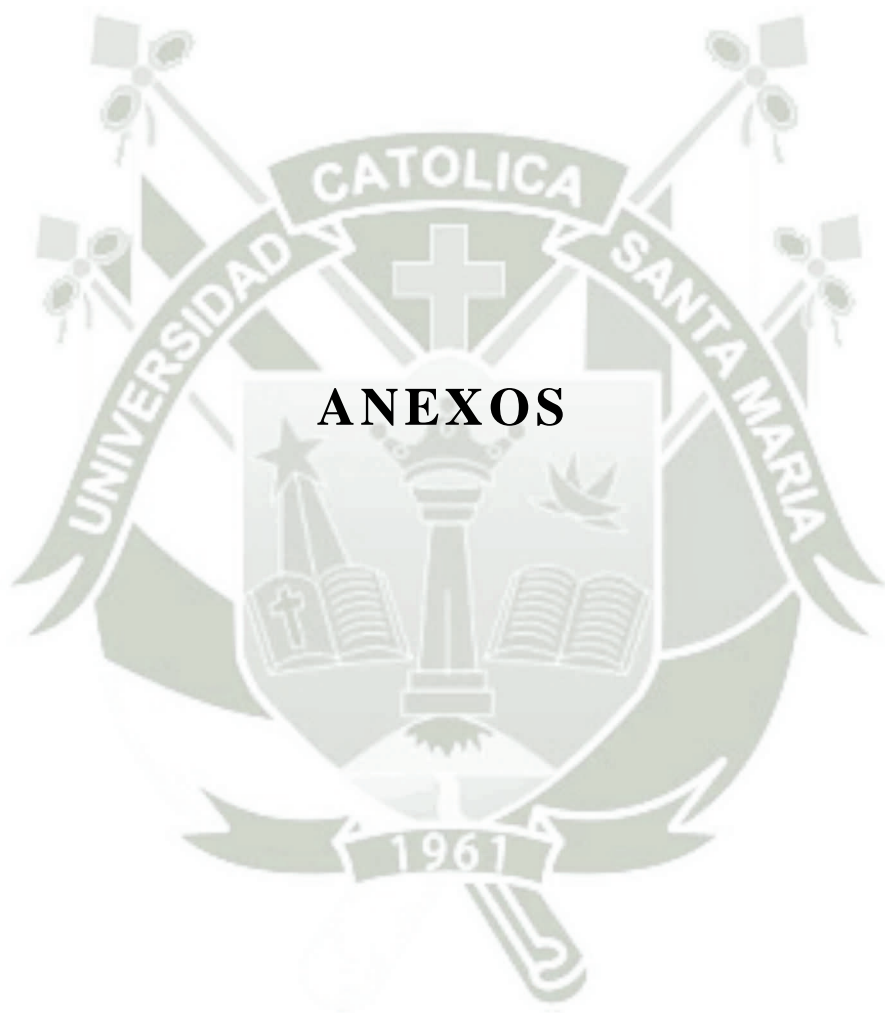
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492835>

47.- Rabadi Daher, Abu Baker Ahmad, Al-Qudah Mohannad. Correlación entre los formatos de la orofaringe e hipofaringe y el posicionamiento en la intubación endotraqueal difícil. Rev Bras Anesthesiol. 2014; 64(6):433-437.

[http://www.scielo.br/pdf/rba/v64n6/es\\_0034-7094-rba-64-06-0433.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v64n6/es_0034-7094-rba-64-06-0433.pdf)

48.- Barone Mauro, Cogliandro Annalisa, La Monaca Giuseppe, Tambone Vittoradolfo T, Persichetti Paolo. Cognitive Investigation Study of Patients Admitted for Cosmetic Surgery: Information, Expectations, and Consent for Treatment. Arch Plast Surg. 2015 Jan; 42(1):46-51.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297806/pdf/aps-42-46.pdf>



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



### CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, ENERO 2015

**Autor:** Calsina Quispe David Kevin

Proyecto de tesis

**Profesor y asesor:**

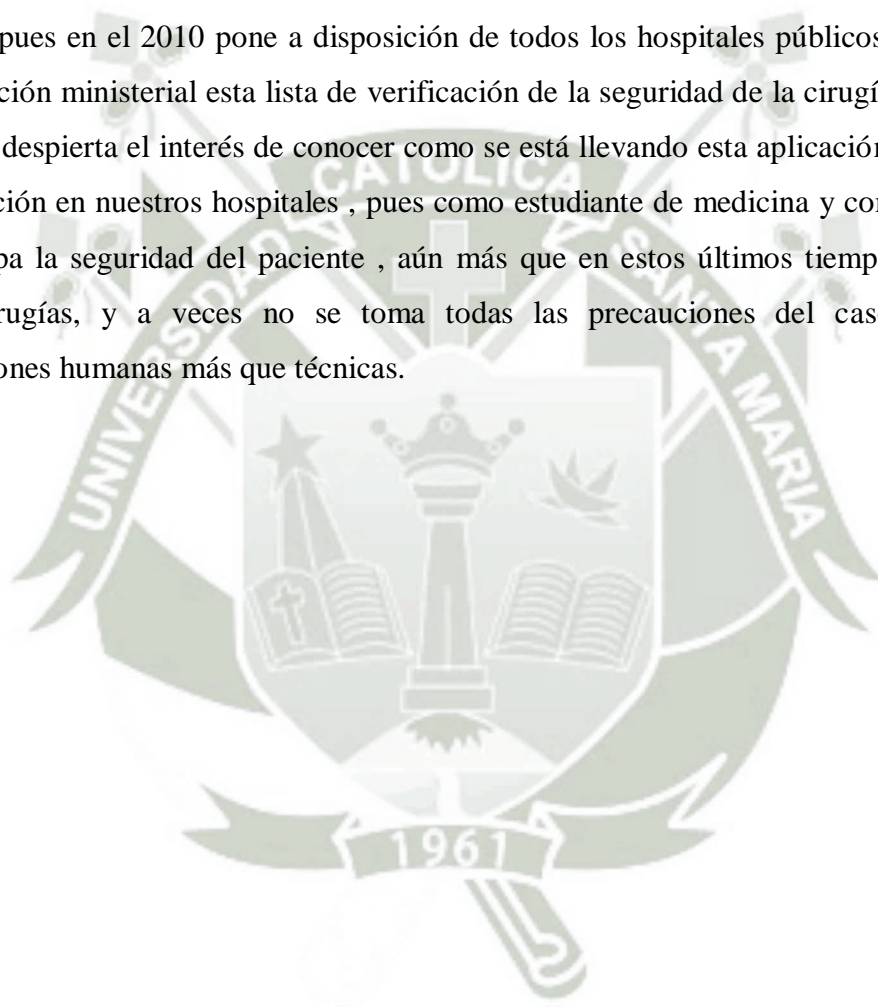
Dr. Wilfredo Pino Chávez

**Arequipa - Perú**

**2015**

## I. PREÁMBULO

La gran cantidad de cirugías aproximadamente 234 millones de operaciones realizadas anualmente (1) y sus complicaciones hacen que la campaña «Cirugía segura salva vidas» de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basada en la lista de verificación, busque mejorar la seguridad de las cirugías (2), es así que Perú también se ve inmersa en esta campaña, pues en el 2010 pone a disposición de todos los hospitales públicos y privados bajo resolución ministerial esta lista de verificación de la seguridad de la cirugía (3), por tal motivo me despierta el interés de conocer como se está llevando esta aplicación del listado de verificación en nuestros hospitales, pues como estudiante de medicina y como paciente me preocupa la seguridad del paciente, aún más que en estos últimos tiempos se hacen muchas cirugías, y a veces no se toma todas las precauciones del caso y vemos equivocaciones humanas más que técnicas.



## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación:

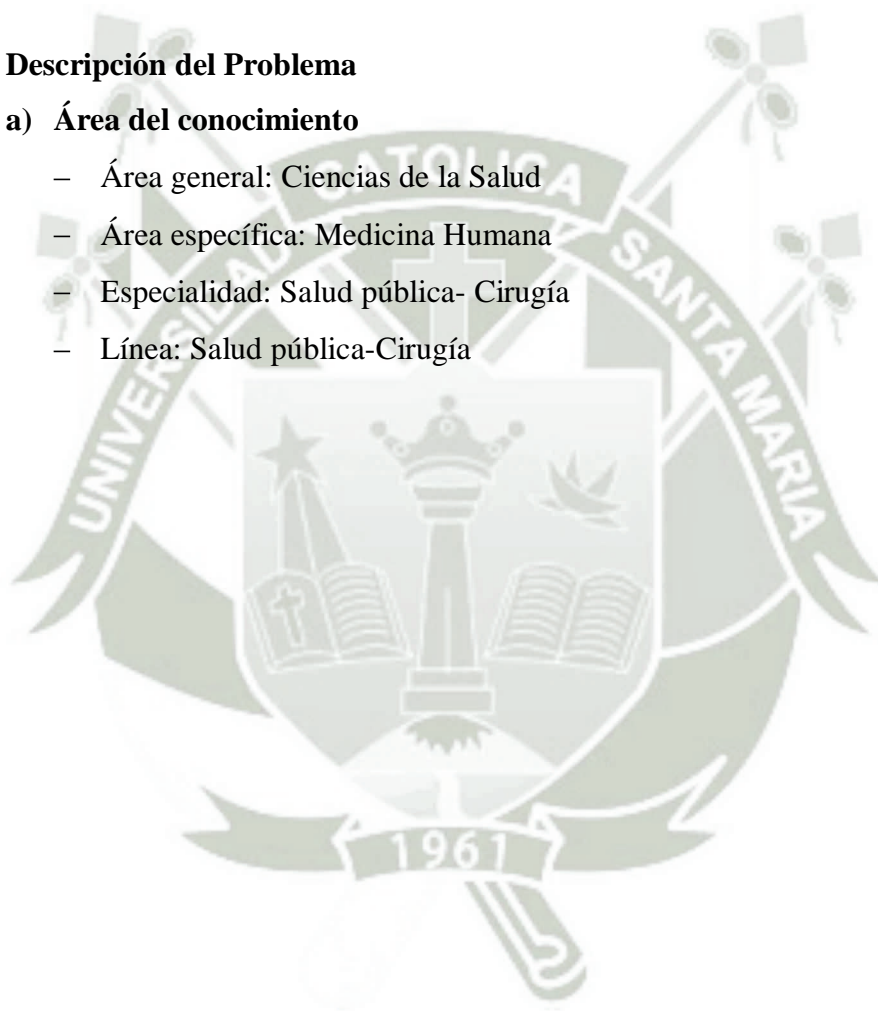
#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa-Enero 2015?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud pública- Cirugía
- Línea: Salud pública-Cirugía



**b.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS (Anexo3)**

<b>Variab</b> <b>intervenientes</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidad /</b> <b>Categoría</b>	<b>Escala</b>
Edad	Fecha de nacimiento según cuestionario	Grupo etéreo: -joven(18-29 años) -adulto(30-59 años) -adulto mayor(60 o más)	Categórica ordinal
Sexo	Género Según cuestionario	Varón mujer	Categórica Nominal
Lugar de procedencia	Según cuestionario	-Ciudad de Arequipa -Provincias de Arequipa -Otros departamentos	Categórica Nominal
Nivel de instrucción	Último año de estudios aprobado según cuestionario	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior	Categórica Ordinal
Ocupación	Grupo ocupacional según cuestionario	-dependiente del estado -dependiente de empresa privada - Independiente (negocio propio) -estudiante -ninguno	Categórica Nominal

**b.2 VARIABLE (percepción de la lista de chequeo para la seguridad quirúrgica)**

<p><b>Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en la perspectiva del paciente</b></p>	<p>Según los ítems que el paciente percibió como cumplidos en la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) identificación del paciente,</li> <li>2) Identificación de la zona quirúrgica,</li> <li>3) Tipo de cirugía,</li> <li>4) Consentimiento informado,</li> <li>5) Marcado de zona quirúrgica(4)</li> <li>6) Antecedentes alérgicos,</li> <li>7)Mallampati (5)</li> <li>8) Conocimiento de cirujano o anesthesiólogo</li> <li>9) Anatomía patológica,</li> <li>10) Recomendaciones postoperatorias</li> </ol>	<p>-Muy bueno (9 – 10 ítems cumplidos) -Bueno(7 – 8 ítems cumplidos) -Regular (5 - 6 ítems cumplidos) -Malo(3 - 4 ítems cumplidos) -Muy malo( 0 a 2 ítems cumplidos)</p>	<p>Categoría Ordinal</p>
--	--	--	------------------------------

(Anexo 4)

**c) Interrogantes básicas**

1.- ¿Cómo es el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la percepción del paciente en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015?

2.- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población estudiada (pacientes postoperados del servicio de Cirugía general del HRHD) en la percepción de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica?

3.- ¿Cuáles son los ítems que más se cumplen e incumplen de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en la percepción de los pacientes operados en el Hospital Honorio Delgado?

4.-¿Cuál es la relación existente entre las características socio-demográficas y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente operado en el Hospital Honorio Delgado?

**d) Tipo de investigación:**

Observacional de corte transversal

**e) Nivel de investigación:**

Descriptivo

**f) Justificación del problema**

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

### **Relevancia Social**

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. (6)

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. (7)

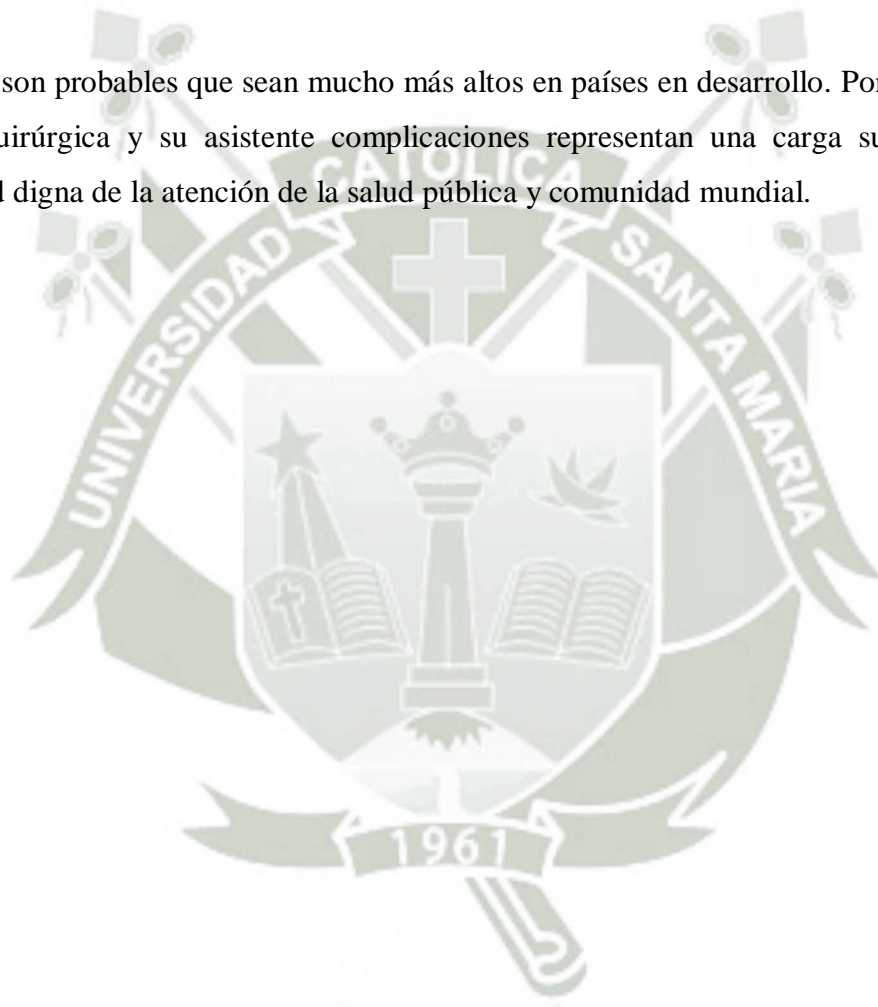
### **Relevancia contemporánea**

La atención quirúrgica es una parte integral de la atención de salud en todo el mundo, se estima aproximadamente 234 millones de operaciones realizadas anualmente en todo el mundo. Este volumen anual supera ya la de nacimientos. Por lo menos 7 millones tienen alguna complicación discapacitante y un millón terminan en muerte (1). El Instituto de Medicina (IOM) calcula que "errores médicos" causa entre 44 000 y 98 000 muertes al año en los hospitales de EE.UU. más que los accidentes automovilísticos, cáncer de mama o el SIDA (8)

Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones

La cirugía se lleva a cabo en todas las comunidades: ricos y pobres, rurales y urbanos, y en todas las regiones. El Banco Mundial informó que en el 2002, un estimado de 164 millones por discapacidad años vida, que representa el 11 % de toda la carga de la enfermedad, fueron atribuibles a condiciones tratables quirúrgicamente. El riesgo de complicaciones está mal caracterizado en muchas partes del mundo, pero los estudios en los países industrializados han mostrado una tasa de mortalidad peri operatoria de la cirugía de 0,4 a 0,8% y una tasa de las principales complicaciones de 3 a 17 % (9)

Estas tasas son probables que sean mucho más altos en países en desarrollo. Por lo tanto, la atención quirúrgica y su asistente complicaciones representan una carga sustancial de enfermedad digna de la atención de la salud pública y comunidad mundial.



Según la OMS la calidad de la atención en salud consiste en el desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares), de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y de desnutrición.(6)

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En el año 2004 la Asamblea número 57 de la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, y se definieron pautas para reducir los errores en la atención en salud. En ese marco de acción, en junio de 2008, la Alianza lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña «Cirugía segura salva vidas», cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. Este conjunto de normas se recogió en una lista de verificación, denominada Lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía, compuesta por un conjunto de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención.(6)

Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación, por tanto constituye un “equipo quirúrgico” se entiende por este a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente.

Existe un manual que nos orienta sobre el uso de la Lista de verificación (10), Debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

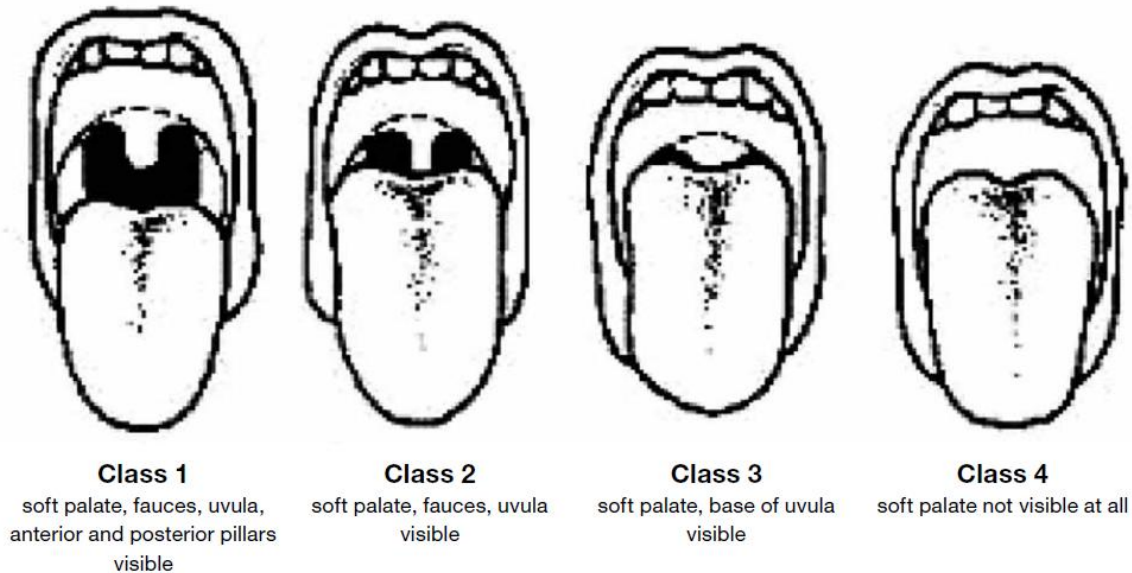
A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos los cuales deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, antes de la inducción de la anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el anestesista y el paciente (si es posible) la identidad de éste, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como si se ha dado el consentimiento para la operación pues el consentimiento informado es un derecho del paciente, desarrolla y fortalece la relación médico paciente (11). Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea, pues una vía aérea difícil se define como la situación clínica en la que un anestesiólogo convencionalmente entrenado experimenta dificultad para la ventilación con mascarilla de la vía aérea superior, dificultad con la intubación traqueal, o ambos. La vía aérea difícil representa una compleja interacción entre factores del paciente, la clínica, y las habilidades del practicante. (12).

En 1985 Mallampati y col introdujeron La escala de Mallampati la cual es una subjetiva evaluación de la relación de volumen de la cavidad oral al volumen de la lengua (5).

Originalmente propusieron tres clases de oro faringe, pero fue modificada a cuatro clases sobre la base de la experiencia con la técnica (13). La prueba se realiza en un paciente

sentado con la cabeza en una posición neutral, la boca completamente abierta y la lengua totalmente extendida y consiste en la evaluación de la visibilidad de las estructuras anatómicas, como se muestra en la Figura 3.1.

*Fig.3.1 - Mallampati classification of the airway*



Un estudio en México evidencio que los grados III Y IV de Mallampati (84%) y la extensión limitada del cuello (99%) mostraron elevada especificidad para la predicción de la intubación difícil (14)

Reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica pues la incidencia de las reacciones anafilácticas varía desde 1/3.500 a 1/20.000 anestesis, con una mortalidad peri operatoria entre 3% y 10% ,presentándose cerca de 90% durante la inducción anestésica.(15)

Las reacciones anafilácticas se presentan con varios signos y síntomas, incluyendo el colapso cardiovascular, broncoespasmo, angioedema y erupción cutánea. La mayoría de las reacciones anafilácticas son inmediatamente evidentes después de la introducción del fármaco responsable, por vía intravenosa, aunque una reacción completa puede tardar 5-10 min para desarrollar. La gestión de esta emergencia potencialmente mortal incluye medidas de apoyo para hacer frente a un colapso cardiovascular, la oclusión de la vía aérea y

broncoespasmo. Oxígeno, ventilación, fluidos y antihistamínicos intravenosos están recomendados en los protocolos publicados (16,17)

Según un estudio realizado en Perú, Hospital Almanzor Aguinaga-Chiclayo los fármacos más frecuentes asociados a la aparición de RAM son fentanilo, bupivacaina 0,5% y tiopental; las reacciones adversas más frecuentes son hipotensión y bradicardia (18)

Lo ideal es que el cirujano esté presente durante esta fase, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación. Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto.

Un estudio hecho por Markary en el Hospital de Johns Hopkins en los Estados Unidos mostro que el conocimiento de cada equipo en el sitio correcto de la operación incremento con el uso de la lista de chequeo e instrucciones (4). Y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de verificación.

Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. Antes de salir del quirófano, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. Pues en un estudio de identificación de errores en muestras de laboratorio de 417 instituciones de Estados Unidos, cerca del 50% fueron debido a error en el etiquetado (19).

Un estudio reciente realizado por Makary mostró que ocurren errores en 3,7 de 1.000 muestras en las salas de operaciones e implican la ausencia de etiquetado, la omisión de detalles con respecto al sitio del tejido y la ausencia de nombre del paciente (20)

También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por

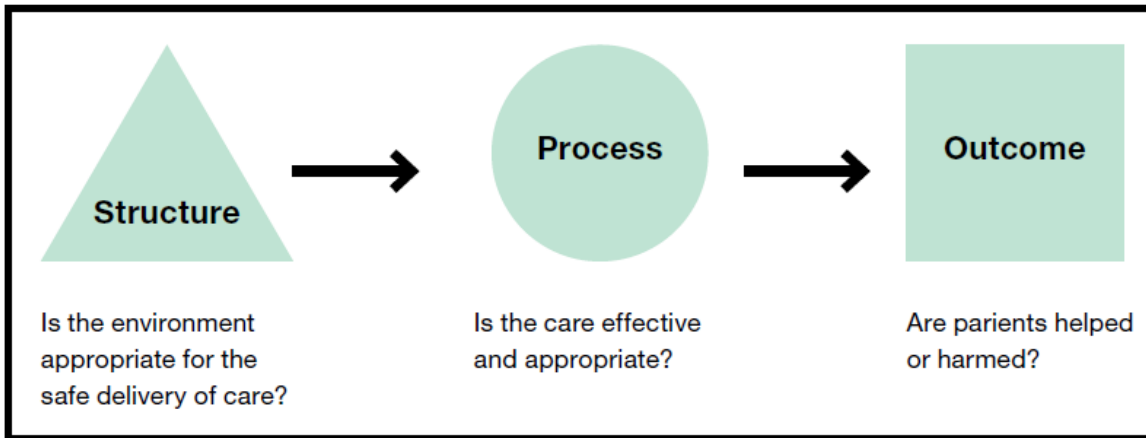
último, antes de que el paciente salga del quirófano, hablarán sobre los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (10)

El estudio de la aplicación de la lista de verificación demostró una importante reducción en las tasas de muerte y complicaciones de pacientes mayores de 16 años sometidos a procedimientos quirúrgicos no cardíacos, en un grupo diverso de hospitales en el mundo (21). Tras el lanzamiento de la campaña por la OMS, se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos.

Según Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente en la primera conferencia internacional sobre investigación en seguridad del paciente que se celebró en Porto (Portugal) del 24 al 26 de septiembre de 2007 menciono lo siguiente «la investigación sobre la seguridad del paciente ofrece a todos los Estados miembros de la OMS un recurso innovador muy importante para ayudar a sus hospitales a prevenir posibles daños resultantes de la atención médica y velar por que la atención sanitaria reduzca el sufrimiento de los pacientes y no contribuya a aumentarlo. Los países tienen ahora la oportunidad de convertir los resultados de la investigación en medidas concretas que permitan efectivamente salvar vidas.»(7)

El modelo actual para medir la prestación de servicios de salud es la Marco Donabedian (22). Presentado por primera vez en 1966, este marco se basa en tres niveles de medidas: las de estructura, proceso y resultado. En el cual la estructura influye en el proceso y esta a su vez influye en el resultado (23) Una completa evaluación de la prestación de atención de salud requiere comprensión de los tres elementos de forma individual y las relaciones entre ellos.

*The interaction of structure, process and outcome on health care*



Un objetivo central de la Seguridad del Paciente de la OMS: La cirugía segura salva Programa Vidas es definir un conjunto de "estadísticas vitales" para la cirugía que incorpora medidas de la estructura y el resultado mientras los esfuerzos del proceso de seguimiento, tales como el uso de una lista de control de seguridad y aplicación de protocolos estandarizados para la atención. El objetivo es evaluar tanto el acceso y la calidad de la atención. (10)

El 30 de diciembre del 2010 por resolución ministerial de la república del Perú se aprobó la "guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía" En el 2011 se implementó dicha lista de chequeo en Perú en los diferentes hospitales públicos y privados (3)

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1 A nivel local

Ninguno

#### 3.2 A nivel nacional

Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú 2012. Bach. Katherin Milagros Becerra Eneque. 2014. Chiclayo-Peru. Tuvo como objetivos identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. En las consideraciones finales se establece que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: Falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados (24)

#### 3.3 A nivel internacional

3.3.1. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. 2013. Medellín-Colombia revcolomb anestesiología. 2013. Constanza Collazos, Liliana Bermudez, Alvaro Quintero, León E. Quintero y Marcela M. Díaz. El objetivo fue Describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía de la OMS, a partir de ítems verificables por el paciente, y describir el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de verificación en el HGM (Colombia). Estudio Transversal. En pacientes de cirugía mayor del Hospital General de Medellín Colombia de un total de 246 pacientes que aceptaron participar en el estudio se cumplió en más del 90% de los ítems de la "lista de verificación". El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. El 97% de los pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Además la incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación 7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010. (21)

3.3.2 For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Check list to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population .Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, et al. Hecho entre octubre de 2007 y septiembre de 2008, en ocho hospitales de ocho ciudades ( Toronto, Canadá, Nueva Delhi , India ,

Londres, Inglaterra, y Seattle, WA) Encontraron que la tasa de mortalidad fue del 1,5 %, antes de la introducción de la lista y se redujo a 0,8 % después (  $p = 0,003$  ) .las complicaciones para pacientes hospitalizados se produjeron en el 11,0% de los pacientes y en el 7,0 % después de la introducción de la lista de control (  $P < 0,001$  ) .La aplicación de la “lista de verificación” se asoció con reducciones concomitantes en tasas de mortalidad y de complicaciones en los pacientes menores de 16 años de edad que fueron sometidos a cirugía no cardiaca en un grupo diverso de los hospitales.(25)

3.3.3 Implementación del listado de verificación de cirugía segura .Dr. Eduardo B. Arribalzaga, Lic. Liliana Lupica, Lic. Stella Maris Delor, Dr. Pedro A. Ferraina.2012.Argentina. Estudio prospectivo, realizada en la División de Quirófanos del Hospital Universitario Estatal-Argentina. Se hizo Operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12 meses. En las cuales se indicó a viva voz en distintos momentos operatorios de un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anesestesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante. Hubo 3680 operaciones programadas con implementación del listado de verificación en el 100% de los casos. Se encontró 2116 fallas (57,5%): de ellas, atribuibles al factor humano el 98,12% y técnico-mecánicas sólo el 0,18%. En el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intraoperatorio, la falta de previsión de eventos críticos y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gases. Se concluyó que la incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normatizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante. (26)

3.3.4 Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Humberto Arenas Márquez, Jaime Francisco Hernández Zúñiga, José Alberto Carvajal Morones, Jorge Jiménez Tornero, Itamar Baltazar Sánchez, Martha Flores Valenzuela.2011.México. En el Servicio de Cirugía General, Institución SANVITE, Guadalajara, Jalisco En los 60 pacientes en los que se aplicó la lista de verificación se detectaron 36 eventos que alteraron el flujo normal de la cirugía sin impactar en el paciente

y, de éstos, 13 fueron cuasi fallas. Las cuasi fallas detectadas fueron una fuga de Sevorean 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 disrupción del flujo quirúrgico. La lista de verificación es una herramienta sumamente útil para la reducción de eventos adversos en un procedimiento quirúrgico. (27)

3.3.5 Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital .Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM.2013.Brasil. Comprobó la opinión del equipo quirúrgico sobre la influencia de la aplicación de la lista en la seguridad del proceso quirúrgico y en la comunicación interpersonal realizado en el centro quirúrgico de un hospital escuela de Brasil .La investigadora aplicó la lista en un total de 30 cirugías, en tres etapas. A continuación un componente del equipo quirúrgico fue invitado a participar en el estudio, que firmó el consentimiento informado y contestó algunas preguntas guía. Los sujetos no perciben cambios en la comunicación interpersonal con el uso de la lista, pero hicieron sugerencias e indicaron que su uso le ha brindado más seguridad al procedimiento. (28)

3.3.6 El consentimiento informado en la práctica quirúrgica .Ana Bertha López Milhet Irene Barrios Osuna, Rosalba Roque González, Ingrid Quintana Pajón, Jorge Gerardo Pereira Fraga, Josefina Nodal Ortega.2010.Cuba. Se realizó una investigación exploratoria a partir de la revisión de artículos y bibliografía especializada sobre el tema, además de la experiencia del colectivo de autores que en su quehacer diario utilizan el consentimiento informado. Se valoró la repercusión del desarrollo científico-técnico en los aspectos éticos de los procedimientos quirúrgicos, específicamente en la toma de decisiones del paciente después de haber sido informado correctamente. Se resalta la importancia del consentimiento informado en la práctica asistencial, en especial en el área de la cirugía, y se analiza la experiencia cubana en la aplicación del consentimiento informado en las investigaciones. Se destacan las limitantes de su uso, como premisa necesaria para iniciar un proceso de perfeccionamiento en su aplicación. (29)

3.3.7 'It's a State of Mind': a qualitative study after two years' experience with the World Health Organization's surgical safety checklist .Arvid Steinar Haugen ,Sindre Høyland, Øyvind Thomassen, Karina Aase.2013.Noruega.el objetivo de este estudio fue explorar las experiencias de personal quirúrgico sobre la Lista de Seguridad de la Organización mundial de la Salud, 2 años después de la implementación. Tres entrevistas de grupos focales fueron llevados a cabo con el personal quirúrgico. Una guía de entrevista fue diseñado para ayudar al proceso de la entrevista, compuesto por preguntas abiertas. La lista de control mejora la confianza, la comunicación del equipo e intercambio de información crítica en el equipo quirúrgico. Sin embargo, los informantes describen la aparición de lugares equivocados en la cirugía no impedido por la lista de verificación debido al preoperatorio, el lugar incorrecto de marcación combinado con automatización del uso lista de verificación. (30)



## 4. OBJETIVOS

### 4.1 General

Determinar desde la percepción del paciente, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en el Hospital Regional Honorio Delgado, Enero 2015

### 4.2 Específicos

- a) Determinar cuáles son las características socio demográficas de la población estudiada (pacientes postoperados del servicio de Cirugía general del HRHD) en la percepción de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica.
- b) Determinar los ítems que más se cumplen e incumplen de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en la percepción de los pacientes operados en el Hospital Honorio Delgado
- c) Determinar la relación existente entre las características socio-demográficas y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente operado en el Hospital Honorio Delgado.

## 5. HIPÓTESIS

- a) Hipótesis nula: No existe relación entre las características socio-demográficas y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente operado en el Hospital Honorio Delgado.
- b) Hipótesis alterna: Existe relación entre las características socio-demográficas y el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del paciente operado en el Hospital Honorio Delgado.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de entrevista estructurada

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en el listado de verificación de seguridad en cirugía de la OMS (anexo 2), aprobada, adoptada e implementada por el MINSA Perú (Anexo 5)

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 5. Campo de verificación

2.6. **Ubicación espacial:** Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza -Arequipa

2.7. **Ubicación temporal:** Enero 2015

2.8. **Unidades de estudio:** pacientes operados en el mes de Enero 2015

2.9. **Población:** pacientes postoperados de cirugía mayor programada y emergencia del servicio de cirugía general del HRHD, en el lapso de tiempo de estudio.

2.10. **Muestra:** se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

$n$  = tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$p$  = frecuencia de conocimiento = 0.15

$q = 1 - p$

$E$  = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto:  $n = 195,92 \approx 200$  casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

### **Criterios de selección:**

#### • **Criterios de Inclusión**

- Pacientes pos operados de cirugía mayor(\*) programada y emergencia del servicio de cirugía general del HRHDE-Arequipa ,Enero 2015
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que aceptan participar en el estudio

\*Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor. (2)

#### • **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Pacientes en mal estado general que no puedan colaborar con la entrevista

## 6. Estrategia de Recolección de datos

### 4.1. Organización

Se solicitará autorización al Servicio de Cirugía General del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Se aplicará consentimiento informado a cada paciente (Anexo 1)

### 4.2. Recursos

#### d) Humanos

- Investigador
- Asesor.

#### e) Materiales

- Fichas de investigación ("instrumento, Anexo 4")
- Cuaderno de registro de operaciones realizadas
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

#### f) Financieros

- Autofinanciado

### 4.3. Validación de los instrumentos

Lista de verificación de la seguridad quirúrgica por la OMS que esta validada y aplicada en todo el mundo (Anexo 2), en este caso se aplican los ítems que el paciente participa y puede evaluar (Anexo4)

#### 4.4. Criterios para manejo de resultados

##### d) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 4 serán llevados al sistema estadístico SPSS vers. 20.

##### e) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

##### f) Plan de Codificación:

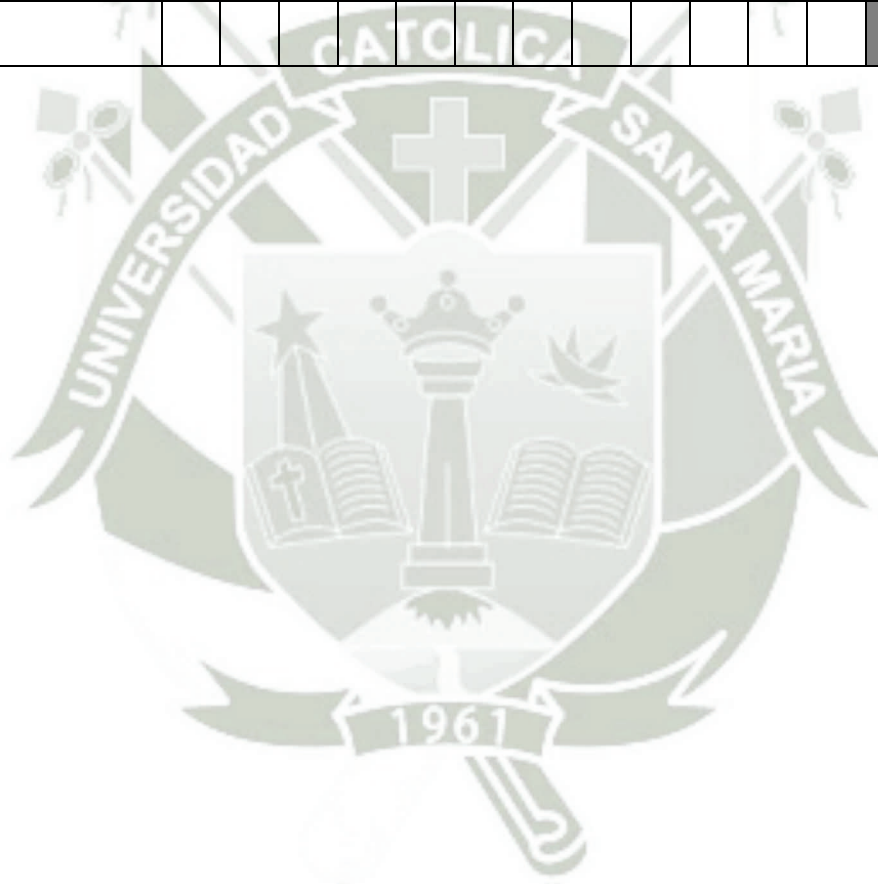
Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

Estadística descriptiva: Con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis es de tipo descriptivo, caracterizando las variables bajo la forma de frecuencias y porcentajes. Las variables se llevaron a cuadros y tablas, según las características presentes.

Estadística inferencial: Basados en los resultados obtenidos, para el análisis de comparación de los resultados se utilizó la prueba de  $\chi^2$  si las variables son categóricas nominal, prueba lineal por lineal y Tau B de Kendal si son categórica ordinal.

#### IV.-CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Noviembre 14				Diciembre 14				Enero 15				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■														
2. Revisión bibliográfica		■	■													
3. Aprobación del proyecto					■	■	■	■								
4. Ejecución									■	■	■	■				
5. Análisis e interpretación											■	■	■	■	■	■
6. Informe final													■	■	■	■



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....declaro que acepto participar a ser entrevistado en la investigación —Cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica desde la perspectiva del paciente, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.siendo realizada por el estudiante de Medicina Calsina Quispe David Kevin de la Universidad Católica de Santa María asesorado por el Dr. Wilfredo Pino Chaves. Esta investigación tiene como objetivo Determinar desde la percepción del paciente, el cumplimiento de la lista de chequeo de la OMS para la seguridad quirúrgica, en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2015.

Después de haber recibido la información necesaria sobre el estudio, acepto participar de un modo voluntario de la entrevista, en relación a mis experiencias. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador y de su asesor, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad al anonimato.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas consiento participar de la presente investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Arequipa,.....del 2015



**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:**

Edad	joven(18-29 años)	
	adulto(30-59 años)	
	adulto mayor(60 o más)	
Sexo	Varón	
	mujer	
Lugar de procedencia	-Ciudad de Arequipa	
	-Provincias de Arequipa	
	-Otros departamentos	
Nivel de instrucción	- Analfabeto	
	- Primaria	
	- Secundaria	
	- Superior	
Ocupación	-dependiente del estado	
	-dependientes de empresa privada	
	- Independiente (negocio propio)	

**Anexo 4: Percepción de la lista de chequeo para seguridad en cirugía**

1. Cuando estaba en la sala de cirugía y antes de que le dieran anestesia (antes de que lo(a) durmieran) le preguntaron	SI	NO
1.1 ¿Cuál es su nombre completo?		
1.2 ¿En qué sitio de su cuerpo era la cirugía?		
1.3 ¿Qué cirugía le iban a hacer?		
1.4 ¿le dieron información y le hicieron firmar a usted o a su familiar la autorización para que lo operen?		
1.5 ¿Le marcaron el sitio donde lo iban a operar?		
1.6 ¿Le preguntaron si tiene alergia a algo o a algún medicamento?		
1.7 ¿El anesthesiólogo le examino la garganta?		
<b>2.-antes de la incisión cutánea</b>		
2.1.¿Conoce usted al anesthesiólogo o médico que lo ha operado?		
<b>3.- Cuando se despertó después de la cirugía:</b>		
3.1 sabe si han enviado muestras o la pieza operatoria a analizar		
3.2.¿Elcirujano,anesthesiologo o enfermera le dieron recomendaciones para su cuidado después de la cirugía?		

Antes de la administración de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano
<p><b>ENTRADA</b></p> <p>Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo ¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> No Procede</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Tiene el(la) paciente... ... Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>... Via aérea difícil riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>En este caso, hay instrumental y equipos/ ayuda disponible?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>... Riesgo de hemorragia &gt; 500 ml (7 ml / Kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p><b>PAUSA</b></p> <p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano ¿Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del(la) paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> No Procede</p> <p>Previsión de Eventos Críticos</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestesiista verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de Enfermería verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> No Procede</p>	<p><b>SALIDA</b></p> <p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano El(la) enfermero(a) confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p>
<p>Nº Historia Clínica _____</p>	<p>Nombres y Apellidos del(la) paciente _____</p>	<p>Fecha _____</p>
<p>Firma del(la) coordinador(a) _____</p>	<p>Firma del(la) cirujano(a) _____</p>	<p>Firma del(la) enfermero(a) _____</p>

