

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO



TESIS DE GRADO

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE
CIRUGIA SEGURA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE
QUIRÓFANO HOSPITAL MATERNO INFANTIL GESTIÓN 2019

Por: Lic. Martha Beatriz Pita Ojeda

Tesis presentada a consideración de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” como requisito para la obtención del título de **Maestría en Enfermería Médico Quirúrgico**

La Paz – Bolivia

2021

TITULO DE TESIS

**CONOCIMIENTO A APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE
CIRUGIA SEGURA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE
QUIRÓFANO HOSPITAL MATERNO INFANTIL GESTIÓN 2019**

POSTULANTE:

Lic. Martha Beatriz Pita Ojeda

TESIS APROBADA POR:

M Sc. Dra. Mariam Casal Chali
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

TRIBUNAL CALIFICADOR:

M Sc. Lic. María Elena Tenorio Capo
PRESIDENTE

M Sc. Lic. Irma Quispe Colque
SECRETARIA

M Sc. Lic. Rossmery Julia Ballón Lazarte
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

La Paz, ...27... de ...MARZO..... de ...2021.....

El Tribunal Calificador del presente trabajo no se solidariza ni responsabiliza con las forma, términos, modos y expresiones vertidas en el mismo, siendo esta responsabilidad del autor.

AGRADECIMIENTOS

De todo corazón a Dios por todo lo bueno que me dio

Por darme vida y salud y cuidar de mi cada momento de mi vida.

A la Universidad Juan Misael Saracho, por darme la oportunidad

y ser parte de esta formación académica que es muy importante

A mi familia por el apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A todas las Enfermeras del servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

A mi familia por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES	4
1.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.2.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2.2. Formulación del problema.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN	13
1.4. OBJETIVOS	16
1.4.1. Objetivo General	16
1.4.2. Objetivos Específicos.....	16
1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPITULO II	18
2. MARCO TEORICO	18
2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	18
2.1.1. Conocimiento	18
2.1.2. Definición de Lista de Verificación de Cirugía Segura	20
2.1.3. La cirugía	22
2.1.4. Seguridad y la Anestesia.....	23
2.1.5. Seguridad y el Paciente	24
2.1.6. Aportes de la OMS por la seguridad del paciente	26
2.1.7. Manual de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía OMS.....	30
2.1.8. Generalidades de la LVSC.....	31
2.1.9. Aplicación.....	32
2.1.10. Fases de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	33
2.1.11. Necesidad de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	43

2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	44
2.2.1. Servicio de quirófano	45
2.3. ALCANCE DEL ESTUDIO	47
2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	48
CAPITULO III	49
3. DISEÑO METODOLÓGICO	49
3.1. Tipo de estudio.....	49
3.2. Unidad de análisis y universo de estudio	49
3.3. Cálculo del tamaño de la muestra.....	50
3.4. Selección de la muestra	50
3.5. Operacionalización de variables	50
3.6. RECOLECCION DE DATOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	56
3.7. Plan de Análisis estadístico.....	56
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	57
CAPITULO IV	58
4. RESULTADOS	58
4.1. Presentación de resultados.....	58
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	73
4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
4.3.1. Conclusiones.....	75
4.3.2. Recomendaciones	77
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
6. ANEXOS	

RESUMEN

La lista de verificación de la cirugía segura es una herramienta diseñada por la OMS para disminuir las tasas de morbilidad perioperatoria, su conocimiento es de vital importancia para aplicarla correctamente. El objetivo Identificar los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil en la gestión 2019. Metodología. Es cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional, universo 32 y muestra 20 profesionales de enfermería del servicio de quirófano. Resultados. El conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura encontrado en los profesionales de enfermería es del 66% que tiene conocimiento en relación al 34% que no conoce. Los resultados encontrados respecto a la aplicación de los momentos: Por otro lado, en cada una de las fases de la lista de verificación de cirugía segura, se encontró que en la fase de entrada el 56% no cumple con el llenado de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa el 40% y en la fase de salida el 8%. Estos resultados obtenidos en la presente investigación, nos recalcan la importancia y evidencian las debilidades en el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura cuyo único objetivo es la reducción de eventos adversos para fines únicos de mejorar la seguridad del paciente, siendo un pilar importante en la calidad de atención de salud. Conclusiones: El conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es el 66%, la aplicación de los momentos la fase de entrada el 56% no cumple, fase de pausa el 40% y la fase de salida el 8%, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

Palabras Claves: Conocimiento, Aplicación, Lista de Verificación de Cirugía Segura.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Con el fin de reducir los eventos adversos evitables, el listado de verificación del procedimiento quirúrgico es una herramienta útil dentro de las estrategias para dar seguridad a las intervenciones planteadas en la atención sanitaria en todo el mundo. Es frecuente la aparición de complicaciones asociadas a la cirugía a menudo puede ser prevenible hasta en un 50% de los casos. Los sistemas de salud, que han establecido acciones y compromisos para lograr una medicina más segura, señalan la necesidad de establecer una cultura de seguridad. (1)

La Organización Mundial de Salud, con el fin de promover la seguridad del paciente quirúrgico, desarrolla estrategias para reducir los eventos adversos al paciente que va a ser intervenido, diversos países a nivel mundial han extendido la implementación del listado de verificación (checklist) en cirugía segura.

La OMS creó en 2008 una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables: La lista de Verificación de Cirugía segura o Checklist quirúrgico.

La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente creó la iniciativa a cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de 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 sea comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. (2)

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podría llevarse a cabo en cualquier quirófano.

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

La lista de verificación se diseñó por la Organización Mundial de la Salud para ser utilizada de manera simple y breve en la práctica habitual de centros de hospitalización en todo el mundo; la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) 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.

La lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) con el asesoramiento de cirujanos, anesthesiólogos, enfermeros expertos en seguridad para el paciente de todo el mundo ha identificado diez objetivos

fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista O.M.S. De verificación de la cirugía segura salva vidas”.

Actualmente las políticas están dirigidas de entregar una atención de calidad y calidez, esto por los grandes beneficios que ofrece: clientes satisfechos, mayor efectividad, eficiencia y eficacia de los procesos, profesionales empoderados de sus roles y mejoramiento continuo de las cirugías realizadas.

El objetivo es lograr la seguridad del cliente a través de la verificación del cumplimiento del correcto llenado del formulario; esto es imprescindible para la seguridad del cliente al corroborar el llenado de la lista de verificación cirugía segura en las tres etapas entrada, pausa quirúrgica y salida. A través de la verificación, se pretende llevar practicas adecuadas como cirugía correcta a cliente correcto, sitio, premeditación y seguridad anestésica, infecciones quirúrgicas evitables, así como comunicación eficiente entre el equipo de salud, evitando así las posibles complicaciones trans y post quirúrgicas en todo tipo de procedimientos quirúrgicos.

1.1. ANTECEDENTES

Un estudio realizado en Chile en el año 2011, bajo el título de “Percepción de los Profesionales de Salud del uso de Listas de Chequeo para la Seguridad de la Atención del Paciente”, con el objetivo de conocer la percepción que los profesionales de salud tienen del uso de listas de chequeo. El estudio fue de tipo cualitativo de tipo fenomenológico, donde se entrevistó a 15 profesionales de la salud pertenecientes a diversos sub departamentos del Hospital Base Valdivia donde deberían usarlas. Se obtuvo como resultado que los profesionales conocen las listas de chequeo como instrumentos que sirven para corroborar información necesaria del paciente para algún tipo de procedimiento que se realiza, considerándolas importantes dentro sus labores diarias. Además, reconocen que disminuyen en gran parte los errores médicos mejorando la calidad de atención y seguridad del paciente, lo que otorga a la institución de salud un reconocimiento por su confiabilidad. (3)

En Ecuador, en el año 2014, el estudio titulado “Verificación de la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014”, con el objetivo de Verificar la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014, de tipo descriptivo con un universo de 452 cirugías, cuya técnica usada fue la del cuestionario elaborado con base de datos de la OMS; obteniendo como resultados, el llenado del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente. (4)

En Ecuador en el año 2015, el estudio titulado “Evaluación del conocimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa.” Con el objetivo de Determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS, en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2015 a través de una encuesta directa; el estudio fue de tipo descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos; se aplicó una encuesta directa a 61 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión, obteniéndose como conclusiones: El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. (5)

Otro estudio en Ecuador en el año 2015, el estudio titulado “verificación de la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el Hospital Metropolitano de Quito en el año 2015”. Con el objetivo de Verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, a partir de ítems verificables por el paciente. El estudio fue de tipo y diseño descriptivo, en donde se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía electiva o de emergencia, bajo anestesia general o regional, de todas las especialidades y que se encontraban en el periodo postoperatorio mediato, en el mes de marzo 2015. Llegando a los siguientes resultados: Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el 79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento 50% fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre

y función fueron el instrumentador quirúrgico 52% y la enfermera circulante 32%. Un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores en la cirugía, el 89% de pacientes respondió haberse sentido seguro en quirófano, y un 99% de pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. (6)

Posteriormente en el año 2015 en Lima, el proyecto titulado “Nivel de Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Personal de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015”, con el objetivo de Determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 57 historias clínicas, la técnica empleada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. Llegando a los siguientes resultados; el 100% 57 Historias clínicas, un 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32% cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% y un 9% No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% y un 23% No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% y un 42% No Cumple. (7)

Moreta D, (2015) En su estudio Evaluación del Conocimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, Establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) En Anestesiólogos, Cirujanos Y Enfermeras en El Hospital Eugenio Espejo - Ecuador. Tuvo como objetivo determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación en los diferentes profesionales del equipo quirúrgico a través de una encuesta directa, realizó un estudio descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos, aplicó una encuesta directa a 61 profesionales, obteniendo como resultados que solo el 11% de

todos los profesionales cumplieron la normativa. completamente, dentro de este grupo las enfermeras son las que más la cumplieron Los anesthesiólogos son los profesionales que por preguntas individuales poseen mayor conocimiento. Los puntos donde existen mayor dificultad en su conocimiento se basan en la profilaxis antibiótica y sobre la persona que debe aplicar la lista. Concluyendo que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. (8)

Según Choquemallco R, (2017,) en su estudio titulado Conocimiento sobre la Lista de Verificación en La Seguridad de la Cirugía, En Profesionales de la Salud del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Peni. Tuvo por objetivo determinar el Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2017; fue un estudio de tipo descriptivo - comparativo con diseño no experimental de corte transversal, la muestra fue de 46 profesionales entre Cirujanos, Anesthesiólogos y Enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento, un cuestionario para el procesamiento de datos se utilizó el análisis estadístico porcentual. Se llegaron a los siguientes resultados el 38% de Enfermeras poseen conocimiento deficiente 50% de Enfermeras poseen conocimiento regular y finalmente, 12% de enfermeras, poseen un nivel de conocimiento bueno y es el momento del proceso quirúrgico que mayor conocimiento poseen. (9)

De igual manera León, M. (2016), realizó un estudio denominado Conocimiento e Implementación sobre la seguridad en el paciente quirúrgico en una institución pediátrica, cuyo objetivo fue estimar el nivel de conocimiento, así como la implementación sobre seguridad en el paciente quirúrgico. En cuanto a la Metodología se realizó un estudio observacional, de

nivel descriptivo, con corte transversal durante los meses de abril del 2014 hasta diciembre del año 2015. La muestra estuvo representada por 78 profesionales del ámbito de salud de diferentes turnos de trabajo, los instrumentos utilizados para recolectar datos consistieron en 1) Cuestionario relacionado al conocimiento sobre seguridad en el paciente quirúrgico y 2) Cuestionario sobre el cumplimiento de la seguridad quirúrgica. (10)

Por otro lado Lázaro (2017) realizó un estudio de investigación denominado conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por parte del profesional de enfermería de centros quirúrgicos de la clínica Limatambo, el objeto de este estudio fue establecer la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, en cuanto a la metodología aplicada , el estudio es de tipo descriptivo Correlacional, los datos fueron recolectados en forma individual de cada uno de las 40 profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico. Los instrumentos de investigación empleados consistieron en un cuestionario el cuál sirvió para valorar el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una encuesta para recolectar información acerca de la aplicación de la Lista. Los datos se tabularon y se graficaron en Excel, y se utilizaron medidas de frecuencias y porcentajes, así como la prueba de correlación lineal de Pearson para la contratación de las hipótesis de estudio. Se dedujo que existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, del mismo modo que entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de las dimensiones de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el profesional de enfermería de la muestra investigada. (11)

Según Félix M., Vicente M., De la Cruz C. realizó un estudio sobre Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México 2016, con el objetivo de

evaluar el nivel de conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico. Concluyeron que el nivel de conocimiento de la seguridad quirúrgica fue aceptable sin embargo en la implementación de la seguridad quirúrgica se identificó una menor evaluación en la medición de la lista de verificación quirúrgica en la etapa II, mostrando que son áreas de oportunidad para mejorar su implementación y así disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico. (12)

Becerra K, (2014), en su estudio sobre Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en un Hospital Essalud 2014 cuyo objetivo fue identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura concluyendo que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: falta de organización, ajuste de sus tiempos, labores sobrecargadas, falta de capacitación, conciencia del equipo y superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados afectando el proceso de seguridad del paciente en el acto quirúrgico y sobre todo la falta de responsabilidad y compromiso en la aplicación y cumplimiento de la Lista de Chequeo. (13)

1.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Planteamiento del problema

La atención quirúrgica constituye desde hace más de un siglo un elemento esencial de los sistemas sanitarios a nivel mundial, así mismo el desarrollo tecnológico ha producido avances importantes transitando hacia los procedimientos de mínima invasión, sin embargo, la atención quirúrgica puede ocasionar eventos adversos en el paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo, ya que estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud del problema.

En los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal, la grave escasez de recursos; son algunos factores que contribuyen a aumentar el problema de inseguridad quirúrgica del paciente. En Latinoamérica, el Estudio IBEAS, desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. Los eventos adversos estaban relacionados con: los cuidados en el 13.27%, uso de medicación 8.23%, infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento 28.69% y diagnóstico 6.15%. (14)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas puede presentar complicaciones, así mismo cada año ocurren 7 millones de complicaciones incapacitantes, el 0.5-5% de los pacientes mueren tras cirugía y ocurren 1 millón de muertes al año en todo el mundo. El 50% de las complicaciones quirúrgicas son eventos adversos prevenibles siendo frecuente las relacionadas a la identificación incorrecta del paciente, el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones

anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria. Debido a este problema de salud mundial desarrollado un manual para la implementación del listado de comprobación de la seguridad en cirugía, que ha sido adoptado por la Asociación Española de Cirujanos donde se refleja que la comunicación eficaz en toda la organización es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano. La lista de verificación de cirugía segura es una breve lista de chequeo que, sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros hospitalarios, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos y permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o por el contrario se debe a fallos técnicos.

La aplicación de la lista de verificación de cirugía segura permite salvar hasta medio millón de vidas al año en todo el mundo demostrado por el estudio piloto de la Organización Mundial de la Salud entre 2008 y 2009 el cual reveló que se redujo el porcentaje de errores evitables de un 35,2 % a un 24,3 % a partir de su implementación siendo una herramienta básica que ha orientado a lo largo de los últimos años, más de 3.900 hospitales de 122 países. Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial asegura poder disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y así mismo disponer de una capacidad de mejora continua.(15)

La aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil es responsabilidad del personal de enfermería que dentro del equipo quirúrgico cumple la función de enfermera circulante, es quien debe dirigir y aplicar correctamente la lista de verificación a cada paciente quirúrgico, sin embargo se ha observado que no se formulan las preguntas de forma correcta, marcan las casillas inadecuadamente, incorrecta aplicación de la lista de chequeo evidenciando un llenado según criterio de la enfermera circulante sin brindar veracidad a este documento, omitiendo el verbalizar las pautas indicadas en la lista de verificación como lo

indica la guía técnica, anesthesiólogos y cirujanos omiten la firma considerándola una pérdida de tiempo o interrupción, otros lo hacen por imposición, mostrando la falta de compromiso con la seguridad del paciente y adherencia del equipo quirúrgico sobre la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Los procedimientos quirúrgicos incorrectos comprenden el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada son poco frecuentes, pero no inexistentes y que además se consideran accidentes evitables, que por lo general se generan por una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Dentro de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y de una preparación del personal de salud sobre la forma de enfrentar las diversas situaciones de la verificación preoperatoria. (14)

1.2.2. Formulación del problema

¿Cuál es el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería del servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil en la gestión 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”. Se consideran incidentes evitables, que en gran parte son el resultado de una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y probablemente de un grado de automatización del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias.

La importancia de la correcta aplicación de la lista de verificación, los beneficios de su cumplimiento y perjuicios de su omisión, hemos observado en los últimos años en los diferentes centros quirúrgicos de los hospitales que los profesionales conocen que deben realizar la lista de verificación; no obstante no se realiza la aplicación de la lista de verificación o no lo realizan de la forma correcta, realizando el llenado del check list de forma individual y según su criterio, teniendo como consecuencia la ocurrencia de eventos adversos prevenibles, como cirugías en zonas equivocadas, paciente incorrecto y el alto riesgo de complicaciones intraoperatorias.

Por otro lado, cuando no se cumplimentan eficientemente las fases de la lista de verificación de cirugía segura, pueden surgir complicaciones por eventos adversos; tales complicaciones en la actualidad han sido motivo de muchos problemas médico-legales, pero al margen de ello hay que tener en cuenta al paciente que busca solución a sus problemas de salud y confía en los establecimientos que lo imparten.

Muchas veces lo que está pasando es que todavía no se toma conciencia de las consecuencias de errores y se persiste en realizar operaciones

apresuradas para poder cumplir y terminar la programación de intervenciones como la lista de verificación de cirugía segura, originando con ello una equivocación de pacientes, no se realiza la marcación de la zona operatoria a intervenir, el cirujano no conoce previamente a su paciente a operar y solo dispone de pocos minutos para leer la historia clínica; es decir, tiene el tiempo limitado.

El Hospital Materno Infantil, por su parte, ha realizado capacitaciones para la difusión y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, pero aún se observa que este no se realiza al 100% como debería ser. Tales déficits traen como consecuencia los problemas médico-legales. El servicio de quirófano no es ajeno a estos acontecimientos y, dada la importancia de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se debe prevenir la aparición de eventos adversos, pues el paciente es la razón de ser de todo profesional de salud. Como se podrá suponer, esta situación debería superarse en la actualidad, pero no se observan cambios sustanciales en el personal que trabaja en el servicio de quirófano.

En cuanto a la importancia del estudio, cabe mencionar que los resultados permitirán describir la manera en que el equipo quirúrgico realiza la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, así como el rol de la enfermera, su nivel de información y compromiso, identificando las falencias de los integrantes del equipo quirúrgico acerca de la utilidad y aplicación del mismo.

Así como también los resultados de la investigación nos permitirán implementar estrategias viables como talleres y capacitaciones, para la sensibilización y el cumplimiento correcto de la lista de verificación en todo el acto quirúrgico de la intervención para superar las limitaciones en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y mejorar los conocimientos en las profesionales de enfermería del servicio de quirófano, garantizando el cuidado holístico y de calidad con un acto quirúrgico seguro y concordante con el respeto a la vida y dignidad de esta manera disminuir los

eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, así como concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia del uso correcto de la lista de verificación de cirugía segura.

Por último, este trabajo es relevante por el aporte y fuente de consulta que constituirá para los profesionales de enfermería, del servicio de quirófano, y para los demás profesionales de la salud interesados en el tema de la seguridad del paciente en la cirugía.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Identificar los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería del servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil en la gestión 2019

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas del personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano.
- Identificar los conocimientos del profesional de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura
- Verificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el momento de la entrada, pausa y la salida quirúrgica por el profesional
- Elaborar un protocolo de cirugía segura para el personal de salud del servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud

1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es viable porque se cuenta con las factibilidades correspondientes y beneficiara en brindar mayor información sobre conocimiento e implementación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería en el servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, gestión 2019

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1.1. Conocimiento

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye, finalmente, en la razón.

El conocimiento es el estado de quien conoce o sabe algo, se adquiere mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza aprendizaje y testimonios de terceros.

Es una capacidad humana, y su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza aprendizaje.

Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito. (15)

No obstante, conocimiento puede ser de diferentes clases: cotidiano, pre-científico y científico, empírico y teórico. El conocimiento científico y el empírico difieren de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. El primero utiliza esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verifica su coherencia externa y

somete a prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis. Los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan a la constancia de los hechos y a su descripción. (16). En cambio, los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia.

El conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia convierte en preciso lo que el sentido común conoce de manera nebulosa; la ciencia es más que sentido común organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta mejorar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él.

El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con la finalidad de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. Estas pueden ser todo lo audaces o complejas posibles, pero en todos los casos deben ser puestas a prueba. La forma de hacerlo es por medio de la observación y experimentación.

La enfermería es una disciplina que se caracteriza por poseer una gama de conocimientos en las diferentes áreas, una de ellas el cuidado en centro quirúrgico, la cual, entre otros elementos importantes, tiene que ver con el conocimiento adecuado de la lista de verificación de cirugía segura, que ayudará a la enfermera a comprender las etapas y procedimientos que comprende la seguridad integral del paciente, además de la posible aparición de reacciones adversas y la verificación permanente de cada uno de los indicadores del cuidado del paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica realizada.

De tal modo, cuando los enfermeros asisten a un usuario en un servicio de centro quirúrgico, o en cualquier otra circunstancia, actúan poniendo en acción conocimientos aprendidos y la experiencia propia, capacidades

personales como la intuición y principios científicos resultantes de la investigación. Ellos lo hacen reflexivamente, considerando la persona, la situación y el escenario, ponderando la mejor manera de hacerlo posible dentro de un cuadro ético. Estos profesionales, cuando encuentran soluciones para los problemas que emergen del contexto, en un proceso de reflexión en la acción y reflexión sobre la acción, están a construir conocimiento propio de enfermería que, al ser sistematizado en este proceso, compartido y validado por sus pares, se transforma en ciencia de enfermería.

2.1.2. Definición de Lista de Verificación de Cirugía Segura

Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, se edita la Lista de Verificación de Cirugía Segura, la cual es una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía. (17)

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Para ello esta estrategia de seguridad, propone objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, (en el que está inmersa la enfermera, lo incluye la autora) estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como instrumento para lograrlo.

Existen tres principios aplicables a la lista de verificación de cirugía segura, que son: Simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad.

Simplicidad:

Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente

se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

Amplitud de aplicación:

De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.

Mensurabilidad:

Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

Si se cumplen los tres principios anteriores es posible que se logre aplicar la lista de verificación de cirugía segura con éxito. La inclusión de cada medida de control en la lista de chequeo está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reduciría la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve a lesiones ni costos irrazonables.

Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía.

2.1.3. La cirugía

Es una parte de las ciencias médicas que tiene por objeto el estudio; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico total o parcial de las enfermedades y o accidentes traumáticos, mediante procedimientos manuales e instrumentales. (18)

Es la rama de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de intervenciones manuales es una especialidad médica que utiliza técnicas manuales e instrumentales operativas en un paciente, con el objetivo de investigar o tratar enfermedades o lesiones. El objetivo de la cirugía es mejorar y recuperar la función o la apariencia corporal, también es llamado procedimiento quirúrgico u operación, la duración dependerá del asunto a tratar pudiendo ser minutos o horas. (19)

TIPOS DE CIRUGÍA

a) Cirugía Urgente

Es la que se realiza para evitar el riesgo de la vida del paciente o para recuperar alguna función vital del organismo, es una cirugía que se realiza inmediatamente después de la valoración médica de urgencias, no existe un horario, sino que depende del estado en el que llega el paciente a ser atendido.

De manera imprevista todo el equipo quirúrgico tiene que preparar y realizar lo más rápidamente una intervención que no ha sido planificada cuidadosamente.

b) Cirugía Programada

Esta cirugía se realiza por decisión del paciente o por recomendación médica, pero con tiempo suficiente para sopesar los riesgos y los beneficios. Esta cirugía se programa en base a varios criterios, son cirugías que se preparan

con tiempo suficiente para que el paciente esté preparado y poder evitar así riesgos posteriores.

c) Cirugía Ambulatoria

La cirugía ambulatoria, también llamada cirugía externa o cirugía de corta estancia, se refiere a toda intervención quirúrgica que no requiere internamiento del paciente en un centro hospitalario independientemente si es cirugía mayor o cirugía menor. Dentro de la cirugía programada encontramos este tipo de intervención, que se realiza generalmente en menos de 2 horas y no requiere estancia hospitalaria durante la noche. (20)

2.1.4. Seguridad y la Anestesia

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados.

Hace 30 años, el riesgo de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de 1 entre 5000. Con los avances de los conocimientos y de las normas básicas de atención, así como la mejora de la monitorización, la implantación de guías clínicas y protocolos de actuación y el entrenamiento mediante simulación, entre otras medidas, el riesgo se ha reducido en un mundo desarrollado a un riesgo 40 veces menor. (21)

En algunos países existen Normas Oficiales en donde se explica el proceder del anestesiólogo, tanto en los requerimientos de equipamiento y monitorización como en la autorización previa del paciente y sus familiares; además de que el paciente debe estar acompañado por una persona responsable.

2.1.5. Seguridad y el Paciente

La seguridad de los pacientes, entendida como la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, es un aspecto clave del ámbito asistencial. Su relevancia nace del imperativo ético de la no maleficencia “*primun non nocere*” y del convencimiento de que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atención de salud recibida, la cual se espera sea sanadora y proporcione una mejor calidad de vida. Recientemente se ha acuñado el término “cultura de seguridad”: el profesional, los pacientes y el resto de los agentes del sistema han de conocer que, si bien el error humano puede aparecer, hay que adoptar las medidas para que las causas que lo producen sean reducidas de forma sistemática. (22)

La seguridad del paciente, dimensión clave de la calidad asistencial, es un concepto que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud. Un resultado adverso relacionado con la asistencia es cualquier suceso asociado al proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria.

La seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario. Asimismo, aunque la seguridad del paciente se centra en la prevención de los reacciones adversas consecuencia de la atención recibida y no en las complicaciones o consecuencias del devenir desfavorable de la historia

natural de la afección del paciente, algunas características de la población atendida, como el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar, constituyen una amenaza para la seguridad del paciente, dado que incrementan la vulnerabilidad del mismo.

Uno de los problemas más importantes en los hospitales son las infecciones nosocomiales. Representan el 50% de las complicaciones mayores de un hospital. En relación con la seguridad quirúrgica, los cirujanos deben recordar que el 25% de estas infecciones ocurren sobre la zona intervenida. La infección postoperatoria puede ser una complicación, pero también puede ser la consecuencia de un error. Puede ser un error, por ejemplo, si no se administra el antibiótico requerido en el preoperatorio o en el momento adecuado y a la dosis apropiada. La tasa de este error es alarmantemente elevada.

Otro de los problemas quirúrgicos es el olvido de instrumentos o de gasas en el interior del organismo. Gawande reportó que ocurrían aproximadamente 2.700 casos cada año en Estados Unidos, con un coste de unos 36.000 dólares del año 2004 por cada caso. (23)

Es por los constantes “errores” que el objetivo de una atención quirúrgica segura consiste en el desarrollo de sistemas de atención seguros, con una búsqueda de la prevención del error en Cirugía y de los eventos adversos; en síntesis, una atención sin errores. El paciente quirúrgico reúne 3 características distintivas que lo hacen más susceptible a enfrentar los riesgos y el potencial daño causado por un error durante su proceso de atención:

1. La ausencia de mecanismos de defensa. La anestesia disminuye la alerta y el dolor, el mecanismo de defensa fundamental y más primitivo.

2. Toda intervención quirúrgica representa una agresión traumática o bien una invasividad de envergadura.
3. El paciente quirúrgico transcurre su estadía hospitalaria por diversos sectores: unidad de guardia, sala de internación, quirófano, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos, servicios de diagnóstico por imágenes, etc., y para cada uno de ellos representa un nuevo paciente y cada sector se encuentra carente de la totalidad de la información detallada del cuadro clínico y de los antecedentes para un correcto manejo.

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica, por un lado, poner en práctica actuaciones con demostrada efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, y generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre los factores que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

2.1.6. Aportes de la OMS por la seguridad del paciente

La seguridad del paciente ha sido desde siempre centro de la atención y del esfuerzo de los profesionales e instituciones sanitarias. Aunque su importancia fue puesta especialmente de manifiesto a partir del informe “Errar es humano construyendo un sistema sanitario más seguro”, publicado en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. (24)

Este informe orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones sanitarias internacionales al desarrollo de estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la atención sanitaria.

Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas Sanitarios. Además de que, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son un problema cada vez mayor.

Los pacientes se hacen cada vez más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan cada vez enfermedades más graves; se calcula que entre el 5 % y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales modernos del mundo desarrollado contraen una o más infecciones; en países en desarrollo, el riesgo de contraer infecciones nosocomiales es entre 2 y 20 veces superior al del mundo desarrollado; en algunos de ellos la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%. Sobre la base de los mejores datos disponibles se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1,4 millones de casos de infecciones contraídas en centros de salud. (25)

La OMS en la 55 Asamblea Mundial de Salud, celebrada en Ginebra en mayo del 2002, aprobó la resolución WHA 55.18 en la que insta a los estados miembros a que prestaran mayor la atención posible al problema de la seguridad del paciente, y que establecieran y consolidaran sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. (26)

En sentido a lo establecido en la 55 Asamblea Mundial de Salud; la 57ª Asamblea Mundial de Salud acogió la propuesta de establecer una alianza internacional que facilitase la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsar el logro de mejoras a escala internacional.

En la asamblea mundial del 2004 se acordó organizar una alianza internacional para la seguridad de los pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre del mismo año. La alianza promueve la sensibilización y el

compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.

a. RETOS

Programas que abordan riesgos significativos para los pacientes que reciben cuidados y relevantes para todos los países de la Organización Mundial de la Salud: (27)

- ✓ Una atención limpia es una atención más segura. Su objetivo prioritario es el de asegurar que la mejora de la higiene de las manos esté en la agenda de las organizaciones sanitarias para promover la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y sus consecuencias.
- ✓ La cirugía segura salva vidas. El centro de este programa es la lista de verificación quirúrgica como herramienta para mejorar la seguridad en cirugía.
- ✓ Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. Tercer reto de la Organización Mundial de la Salud lanzado en 2010 para promover el uso prudente de los antibióticos en humanos, veterinaria y agricultura y promover la investigación en ese campo.

b. ACCIONES PRINCIPALES

Entre las acciones principales cabe destacar:

- ✓ Pacientes por la seguridad del paciente. Orientada a la creación de una Red de Pacientes y Consumidores por la seguridad del paciente.
- ✓ Sistemas de notificación y aprendizaje.
- ✓ Gestión del conocimiento.

✓ Prácticas clínicas seguras.

El primer Reto Mundial que se eligió, es el que plantean las infecciones asociadas a la atención de salud, y en 2005 y 2006 la labor se orientó por el lema «Una atención limpia es una atención más segura», donde la idea fue la de catalizar el compromiso mundial para lograr que la atención limpia sea una realidad cotidiana en todos los lugares en los que se proporciona atención de salud.

La higiene de las manos es una acción muy sencilla con la que pueden reducirse considerablemente las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y sus riesgos. El Reto Mundial en pro de la seguridad del paciente el 2005 – 2006 combinó las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria con acciones en curso encaminadas a mejorar la seguridad de las transfusiones, de las inyecciones e inmunizaciones de las prácticas clínicas, del agua y saneamiento y la gestión de residuos.

El título del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007, en pro de la seguridad del paciente “la cirugía segura salva vidas” sobre la seguridad de prácticas quirúrgicas, cuyo objetivo fue de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

En el 2008 la Alianza lanzó su segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. Este reto pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se consolidó la Lista 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.

2.1.7. Manual de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía OMS

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) para reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

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

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesiólogos, profesional de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muerte quirúrgicas aplicables.

En el manual, por “equipo quirúrgico” se entiende a los cirujanos, anestesiólogos, profesional de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los

controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente.

El equipo quirúrgico al que se hace referencia en el manual se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. El manual presenta propuestas para la aplicación de la Lista de verificación, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. La lista de verificación también se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad.

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

2.1.8. Generalidades de la LVSC

Como consecuencia al segundo reto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente “la cirugía segura salva vidas”, se publicaron guías aplicables, dirigidas a reducir eventos adversos, tanto en pacientes que reciben tratamiento médico, como a pacientes que reciben tratamiento quirúrgico.

El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente compuesto por cirujanos, anestesistas, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificó diez objetivos fundamentales, recogidos en la «Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía»; a través de estos objetivos se pretende guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos en tres momentos distintos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de la incisión cutánea (PAUSA QUIRÚRGICA) y antes de que el paciente salga de quirófano (SALIDA).

El objetivo final de la lista de verificación de la seguridad de la Cirugía, es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. Su implantación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, y olvido de cuerpos extraños.

2.1.9. Aplicación

Una sola persona por turno quirúrgico debe ser el Coordinador, responsable de dirigir todos los componentes de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y chequear las casillas del listado, esto es esencial para su éxito. Se recomienda que sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica.
(28)

El coordinador de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no ha sido cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente. La lista de verificación divide la

operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico:

- ✓ El periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada)
- ✓ El periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica)
- ✓ El periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

2.1.10. Fases de la Lista de Verificación Cirugía Segura

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. La lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. (29)

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:

A. FASE DE ENTRADA

Para iniciar con esta fase se requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. Los ítems a seguir de la lista de verificación son:

1. Obtención del consentimiento informado.

Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia.

2. El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento.

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y la localización de la cirugía. A pesar de que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o un procedimiento erróneo. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol.

3. Demarcación del sitio / no procede

El encargado de la coordinación debe confirmar que el médico cirujano que realizará la cirugía haya marcado el sitio quirúrgico con un lápiz para piel, en los casos donde hay lateralidad se debe distinguir correctamente, así como observar las estructuras o niveles como por ejemplo: un dedo, una lesión

cutánea o una vértebra específica; en el caso de las estructuras mediales o únicas, la delimitación del sitio dependerá de la práctica local; algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado; no obstante, la delimitación sistemática del sitio quirúrgico es una confirmación adicional del lugar anatómico y del procedimiento.

Al terminar el coordinador pedirá al anesthesiólogo que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención, además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el personal de anestesia debe inspeccionar el set de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación y los fármacos, así como los dispositivos y equipos de urgencia funcionen correctamente.

4. Oximetría de pulso colocado y en funcionamiento

Se debe confirmar que al paciente se le colocó antes de iniciar con la inducción anestésica el pulsioxímetro y que este funcione correctamente; es ideal que el dispositivo este visible para el equipo quirúrgico y tenga alerta sonora. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al oxímetro de pulso como componente necesario para la seguridad de la anestesia; en caso de que no esté disponible durante la cirugía, el equipo evaluara la gravedad del caso y considerara la posibilidad de suspender la intervención quirúrgica; sin embargo, en casos que se requiera salvar un miembro o la vida puede obviarse este requisito, pero en ese caso se deja sin marcar esta casilla.

5. Tiene el paciente alergias conocidas

Esta pregunta y las dos siguientes son dirigidas al anesthesiólogo, es necesario conocer si el paciente tiene alergias; la pregunta se la hará así se conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo

entonces se marcará la casilla correspondiente; si la persona encargada de la coordinación conoce de alguna alergia que el médico anesthesiologo no, le debe comunicar acerca de la misma.

6. Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración

Quien asume el papel de coordinador debe confirmar verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré.

La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. Si se conoce que hay una vía aérea difícil, el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación como tener cerca a otro anesthesiologo con mayor experiencia.

Dentro de la evaluación de la vía aérea se debe examinar el riesgo de aspiración; si el paciente sufre de reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla e iniciarse la inducción después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

7. Tiene el paciente riesgo de hemorragia > 500 ML

En este punto, el coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparando para hacerle frente. Es probable que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería; por lo tanto, si el anesthesiologo no

conoce acerca del riesgo hemorrágico, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera riesgo de hemorragia, se recomienda que antes de la incisión se coloquen al menos dos vías intravenosas de grueso calibre o en su defecto una vía venosa central.

B. FASE DE PAUSA QUIRÚRGICA

La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

1. Confirmación e identificación de los miembros del equipo quirúrgico, el procedimiento y la posición.

Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista de chequeo, u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento, y confirma verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma, y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “Vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?” Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo.

2. Anticipación (previsión) de incidentes críticos

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que comunica cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de

enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta.

El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: Este es un caso rutinario de X tiempo de duración y preguntar al resto del equipo si tienen alguna reserva en particular.

Revisión por parte del cirujano - pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista

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

Revisión por el anesestesiólogo sobre la presentación de problemas específicos

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación especialmente, la intención de utilizar hemoderivados y cualquier característica o comorbilidad del paciente que complique la situación. Hay muchas intervenciones que no tienen riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: este caso no presenta problemas especiales.

Revisión por el equipo de enfermería – esterilidad, indicador e instrumental

El instrumentista, debe confirmar verbalmente que ha verificado la esterilización del instrumental mediante los indicadores de esterilidad. Cualquier duda entre los resultados esperados y los reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: esterilidad comprobada, ninguna duda al respecto.

3. Administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos dentro de los 60 minutos previos a la cirugía.

El responsable de administrar, suele ser el anestesiólogo, y debe confirmarla verbalmente. En caso de que no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, se deben administrar antes de la incisión; si se administraron hace más de 60 minutos, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria, se marcará la casilla no procede una vez confirmado verbalmente por el equipo.

4. Visualización de imágenes diagnósticas esenciales

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la pausa quirúrgica, el coordinador de la lista pregunta al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen, de ser así, la persona encargada de la lista confirma verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación y sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse.

El cirujano tendrá la última palabra sobre si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marca la casilla no procede.

C. FASE DE SALIDA

Esta fase debe completarse antes de que el paciente abandone el quirófano. El objetivo es facilitar el intercambio de información importante con los equipos sanitarios que se encargarán de atender al paciente después de la intervención; la puede iniciar el circulante, el cirujano o el anesthesiólogo, y se lleva a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano; puede coincidir con el cierre de la herida. Las casillas sólo se marcan cuando el coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

1. Confirmación verbalmente por el equipo de enfermería con el nombre del procedimiento realizado

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la cirugía, el coordinador de la lista confirma con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se realizó. Puede hacerse a modo de

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

2. Confirmación por el equipo de enfermería sobre el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos o no proceden

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El circulante o instrumentista debe por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas.

En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alarma al equipo para que tomen las medidas adecuadas.

Las prácticas recomendadas de la Asociación de Enfermeras de Centros Quirúrgicos (AORN) para el recuento de gasas, agujas e instrumentos, y la declaración sobre prevención de retención de cuerpos extraños en las heridas quirúrgicas del American College of Surgeons (ACS) son instrumentos a tener en cuenta para disminuir los errores:

- Qué artículos deben ser contados.
- Cuando contar.
- Cómo efectuar el recuento.
- Qué información tiene que ser documentada.
- Las gasas se deben contar en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que una de ellas pueda ser olvidada.
- Deben contarse entre dos enfermeras.

- Las agujas, torundas y otros objetos deben contarse en todos los procedimientos.
- Los instrumentos deben contarse en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que un instrumento pueda olvidarse.
- Los recuentos deben establecerse antes de iniciar el procedimiento para establecer una línea de partida y antes de cerrar una cavidad y al final del procedimiento. Así como cuando haya un relevo de enfermera o del personal de limpieza.
- Todos los recuentos se deben registrar en el expediente intra operatorio del paciente. (30)

3. Personal de enfermería confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras, incluido el nombre del paciente

La rotulación errada de las muestras anatómicas patológicas, es desastrosa para el paciente y a menudo una fuente común de errores por parte de los laboratorios. El circulante confirma el correcto etiquetado de toda muestra patológica que se haya obtenido durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

4. Personal de enfermería confirma verbalmente con el resto del equipo si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Los problemas relacionados con el instrumental son habituales en los quirófanos, por ello es importante identificar los fallos en el instrumental o con los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema.

5. Equipo quirúrgico revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente

En esta parte se revisará el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose particularmente en las cuestiones intra operatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo. (31).

2.1.11. Necesidad de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Para lograr un cambio en la matriz de enseñanza-aprendizaje de cirugía segura, en Argentina, se ideó un ensayo preliminar donde se insinuaron las dificultades que traería un cambio de organización: había inicialmente más fallas que operaciones, fundamentalmente debidas a factores humanos como, por ejemplo, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la lista de verificación quirúrgica, señalados previamente al ensayo en una instrucción dirigida tanto a médicos como al personal paramédico (instrumentadoras, enfermeras, técnicos) y cuya acción u omisión podían hacer insegura esa cirugía al producir un evento adverso. Estas fallas se debían a la falta de aplicación de la lista de verificación y no a una técnica quirúrgica inadecuada que podía poner en riesgo al paciente quirúrgico.

La insuficiente comunicación y/o falta de información como así también la sobrecarga de trabajo, y la escasa atención a las responsabilidades de los distintos roles quirúrgicos, revelaron la necesidad de diálogos de instrucción a todo el personal involucrado para poder implementar este programa.

Debido a esto, para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a

diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos la organización mundial de la salud dispone “investigación encaminada a promover la seguridad del paciente”.

2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

La Caja Nacional de Salud (C.N.S.), nace en Bolivia n 1956, con la creación de la Caja Nacional de Salud, como el Seguro Social de Salud en el país que brinda un seguro a los trabajadores que tienen una relación obrera-patronal. Gracias a este sistema, la población trabajadora está protegida desde hace 64 años.

La Caja Nacional de Salud en el año 1987 cambia de nombre de Caja Nacional de Seguridad Social CNSS. A Caja Nacional de Salud (CNS), el Ministerio de salud y Deportes junto al Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES en resolución administrativa aprueba el Estatuto Orgánico de la Caja Nacional de Salud, que está sujeta al código de Seguridad Social y los dictámenes amnados por las Autoridades en el transcurso de los años. Además, cuenta con una organización estructurada.

Se rige por los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Económica, Oportunidad y Eficacia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, optimizando el uso de recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura.

Misión:

Brindar protección integral de salud en los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a la población asegurada, bajo los principios de universalidad, Solidaridad, unidad de gestión, económica, optimizando los recursos y ampliando la cobertura.

Visión:

Ser líder nacional en la provisión de servicios integrales de salud, calidad y calidez.

El Hospital Materno Infantil es un centro de tercer nivel dependiente de la Caja Nacional de Salud que es una institución descentralizada de derecho público es un hospital de referencia nacional. Está ubicado en la zona de Miraflores entre calles Republica Dominicana, entre Díaz Romero y Villalobos inicia sus actividades a partir del 18 de diciembre del año 2000, inicialmente funciona con los consultorios externos de obstetricia y pediatria, en abril de año 2001 arranca con todas las especialidades e inicia las cirugías en el área de quirófanos. Brindando de esta manera atención integral a los pacientes del seguro y los pacientes del Sistema Único de Salud.

2.2.1. Servicio de quirófano

En el servicio de quirófano la atención oportuna es la gran prioridad del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, y en momentos de la intervención quirúrgica la atención oportuna es tan importante como la vida misma. Partiendo de este concepto, el servicio de quirófano se esfuerza en la capacitación y coordinación del personal y así atender de la manera más profesional oportuna, eficiente y eficaz para abatir la morbimortalidad de la población consientes de la calidad de servicio que se debe otorgar, imparte y coordina la enseñanza teórico y práctico del personal de servicio de quirófano así como promueve el ámbito del servicio de quirófano a todo lo que implica este servicio, debe estar consiente todo el personal, tanto médicos cirujanos, anestesiólogos y enfermeras, se encuentran en este servicio donde se intervienen las cirugías hora a hora con toda responsabilidad seriedad, no para olvidad una enfermedad sino para una cirugía segura salvavidas.

Misión

Preservar ante cualquier eventualidad de intervención quirúrgica del paciente utilizando el equipo tecnológico sofisticado y proporcionando una atención holística y de alto nivel realizadas con dedicación, calidad, calidez ética y desarrollo profesional del personal para el beneficio de los pacientes, familiares y población en general.

Visión

Llegar a un ser a un servicio de quirófano que muestre gran capacidad resolutive ante la mayoría de las enfermedades del paciente en estado crítico, en beneficio de la población, aplicando la excelencia tanto en el ramo científico, tecnológico y humano con apertura las 24 horas los 365 días del año. Ser actualizados tanto el personal médico cirujano, anestesiólogo y enfermería especialistas en el ramo proporcionando educación médica continua y proporcionando al más alto nivel.

El servicio de quirófano cuenta con 7 unidades de quirófano donde se intervienen las cirugías por especialidades en pediatría, ginecoobstetricia, neurología, traumatología tanto como cirugías programadas y de emergencias

Y cuenta con dos las de recuperación con 10 camas con sus respectivos equipos de monitorización y oxígeno central al igual que el sistema de aspiración, balones de oxígeno está equipado con todos los insumos necesarios para la atención del paciente postquirúrgico.

El servicio de quirófano cuenta con equipamiento actualizado y de última generación y tecnología también cuenta con instrumental actualizado y en buenas condiciones

2.3. ALCANCE DEL ESTUDIO

El alcance de la presente investigación es de tipo descriptivo, este tipo de estudio en la investigación fue utilizado para clasificar y ordenar estadísticamente los datos obtenidos y conseguir la interpretación de la información.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación no tiene hipótesis por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

Cuantitativo: Es aquella donde se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables, estudiando la asociación o relación entre las variables cuantificadas. Trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generación y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede

Descriptivo: Porque se describen situaciones, hechos y eventos, podemos decir se manifiesta determinado fenómeno. Son estudios que buscan especificar las propiedades, la característica y los perfiles importantes de personas, grupo, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Miden, evalúan y recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones componentes del fenómeno a investigar.

Transversal: Porque el estudio se realizó en un determinado momento en la gestión 2019.

Observacional: Porque no se manipulan las variables ni datos ya que solo se recabará información en cuanto al conocimiento y se observará la práctica que tiene el personal de enfermería referente a la implementación de la hoja de checklist de cirugía segura.

3.2. Unidad de análisis y universo de estudio

El universo de la presente investigación estuvo conformado por todo el personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital

Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, que son en un total de 32, es decir: (20 Licenciadas en Enfermería y 12 Auxiliares en Enfermería), distribuidos en los diferentes turnos.

3.3. Cálculo del tamaño de la muestra

Para la presente investigación se ha considerado como muestra al personal profesional de enfermería que son en total 20, que trabajan en el servicio de quirófano en los diferentes turnos.

3.4. Selección de la muestra

El tipo de muestreo es, No Probabilístico por Conveniencia, ya que a la presente investigación solo participaron el personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano independientemente a los turnos que realiza.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Edad	Cuantitativo Discreto	a. De 22 a 28 años b. De 29 a 35 años c. De 36 a 42 años d. De 43 a más años	Según la edad del profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
Sexo	Cualitativo Nominal	a. Masculino b. Femenino	Según el sexo del profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
Estado Civil	Cualitativo Nominal	a. Soltera (o) b. Casado (o) c. Conviviente (o)	Según el estado civil del profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
Tiempo de servicio	Cuantitativo Discreto	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 6 a 10 años d. De 11 a más años	Según el tiempo de trabajo del profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
Conocimientos de la lista de	Cualitativo Nominal	a. Es una lista que toma en cuenta	Según los conocimientos	Frecuencia Porcentaje

verificación de la seguridad de la cirugía		<p>los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente</p> <p>b. Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos.</p> <p>c. Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.</p> <p>d. Todas son correctas</p>	de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	
Objetivo principal de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Cualitativo Nominal	<p>a. Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.</p> <p>b. Aumentar la tasa de productividad del quirófano.</p> <p>c. Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.</p> <p>d. Mejorar la relación médico paciente.</p>	Según los conocimientos del objetivo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Frecuencia Porcentaje
Persona debe ser la que aplique la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Cualitativo Nominal	<p>a. Enfermero (a).</p> <p>b. Anestesiólogo (a).</p> <p>c. Cirujano (a).</p> <p>d. Cualquiera puede realizarlo</p>	Según los conocimientos de la persona que debe aplicar la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Frecuencia Porcentaje
Es obligatorio que los miembros del	Cualitativo Nominal	<p>a. Verdadero</p> <p>b. Falso</p>	Según los conocimientos de lo	Frecuencia Porcentaje

equipo se presenten por su nombre y función.			obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función. de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	
Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión	Cualitativo Nominal	a. Verdadero b. Falso	Según los conocimientos sobre si es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión	Frecuencia Porcentaje
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.	Cualitativo Nominal	a. Verdadero b. Falso	Según los conocimientos si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento	Frecuencia Porcentaje
Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:	Cualitativo Nominal	a. 24 horas antes de la incisión. b. 60 minutos antes de la incisión. c. 30 minutos antes de la incisión. d. No importa en el momento de administración.	Según los conocimientos si dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser	Frecuencia Porcentaje

<p>La implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>	<p>a. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.</p> <p>b. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones</p> <p>c. Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones</p> <p>d. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.</p>	<p>Según los conocimientos sobre la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución</p>	<p>Frecuencia Porcentaje</p>
<p>Principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>	<p>a. Falta de conocimiento de su importancia</p> <p>b. Falta de tiempo para realizarlo</p> <p>c. Falta de unidad en el equipo quirúrgico</p> <p>d. Falta de material para realizarlo</p>	<p>Según los conocimientos del principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución</p>	<p>Frecuencia Porcentaje</p>

Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de la Entrada	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Verificación de la pulsera identificadora b. Identificación del paciente con la historia clínica c. Confirmación del lugar anatómico de la incisión quirúrgica d. Verificación del consentimiento informado 	Según la Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de Entrada por el profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de la Pausa	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan antes de la cirugía b. Confirmación antes de la incisión cutánea la identidad del paciente c. Confirmación de esterilidad del instrumental quirúrgico d. Verificación la disponibilidad de material para la cirugía e. Administra profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos 	Según la Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de Pausa por el profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje

Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de Salida	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Confirmación del procedimiento quirúrgico b. Recuento de gasas, compresas e instrumental c. Se etiqueta la muestra biológica d. Verificación de instrumental y equipos queden en buen estado e. Revisión de la recuperación y tratamiento del paciente 	Según la Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de Salida por el profesional de enfermería	Frecuencia Porcentaje
---	---------------------	---	---	-----------------------

3.6. RECOLECCIÓN DE DATOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICA

La técnica es un conjunto de procedimientos metodológicos y sistemáticos que se encargan de implementar los métodos de Investigación y que tienen la facilidad de recoger información de manera inmediata, estableciendo la relación entre objeto y sujeto de investigación. Se utilizó la encuesta para evaluar el conocimiento, dirigida a los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de quirófano.

Así como también la observación, para verificar el cumplimiento correcto de la lista de verificación de cirugía segura se utilizó como instrumento la **lista de cotejo** (Anexo N° 3), para identificar el cumplimiento de cada uno de los ítems de las fases de la lista de verificación de cirugía segura, correspondientes: antes de inducción de anestesia (Entrada), antes de incisión quirúrgica (Pausa) y antes de salida del paciente del quirófano (Salida).

INSTRUMENTO

Para medir el conocimiento se aplicó un **cuestionario**, la encuesta directa para la evaluación del conocimiento de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, establecida por la Organización Mundial de la Salud, que consta de 9 preguntas. (Anexo N° 2)

Para la correcta obtención de datos, el instrumento se sometió a una validación de expertos previa aplicación del mismo (Anexo N° 4)

3.7. Plan de Análisis estadístico

Los datos se procesarán en el Programa Estadístico SPSS; se analizarán los datos mediante la estadística descriptiva de frecuencia y porcentajes, se empleará un análisis logístico invariable para confirmar el cumplimiento de la

lista de chequeo de cirugía segura. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su posterior análisis y discusión con el marco teórico.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Principio de autonomía: No se realizará ningún tipo de referencia que pueda identificar a los participantes del equipo quirúrgico, ni a las personas sometidas a las cirugías. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para fines de la investigación.

Principio de justicia: La selección de las listas de cirugía segura será aleatoria y no basada en otro criterio.

Principio de beneficencia: Se devolverán los resultados en una sesión que refuerce la importancia de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura y las alternativas de solución.

Principio de no maleficencia: El estudio no causará ningún daño ni riesgo alguno, ni a los pacientes ni a los profesionales de enfermería; por ser un estudio descriptivo

Finalmente se solicitó la respectiva autorización para la aplicación del instrumento enviando una carta al Comité de Bioética e Investigación del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de salud (Anexo N° 1)

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

Tabla Nª 1.

Profesional de enfermería según edad Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Edad	Frecuencia	Porcentaje
22 a 28 años	2	10%
29 a 35 años	7	35%
36 a 42 años	1	5%
43 a más años	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los resultados del presente gráfico muestra que el 50% del personal profesional de enfermería que trabaja en el área de quirófano tiene las edades de 43 a más años; el 35% tienen la edad de 29 a 35 años y un 10% de 22 a 28 años.

Tabla N° 2.
Profesional en enfermería según sexo Servicio de Quirófano Hospital
Materno Infantil, 2019

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	2	10%
Femenino	18	90%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los resultados demuestran que el 90% del personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano son de sexo femenino en relación al 10% que son del sexo masculino.

Tabla N^o 3.
Profesional en enfermería según estado civil Servicio de Quirófano
Hospital Materno Infantil, 2019

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	30%
Casado	13	65%
Conviviente	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los resultados refieren que un 65% del personal profesional de enfermería indican que dentro su estado civil es casado, un 30% son solteros y un 5% es conviviente.

Tabla N^o 4.
Profesional en enfermería según tiempo de trabajo Servicio de
Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Tiempo de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	2	10%
De 1 a 5 años	7	35%
De 6 a 10 años	1	5%
De 11 a más años	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los resultados del gráfico reflejan que el 50% del personal de profesional de enfermería tiene una antigüedad de más de 11 años en la institución, un 35% de 1 a 5 años y un 10% menor a 1 año.

Tabla N° 5
Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura Servicio de
Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
a. Toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno	1	5%
b. Lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano	15	75%
c. Escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.	0	0%
d. Todas son correctas	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Podemos observar que el 75% de los profesionales en enfermería contestaron correctamente la pregunta, lo que hace notar que el conocimiento sobre que es la lista de verificación aún no está claro en el resto de los profesionales encuestados.

Tabla N^o 6
Conocimiento sobre el objetivo de la lista de verificación de la cirugía
segura Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Objetivo	Frecuencia	Porcentaje
a. Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.	15	75%
b. Aumentar la tasa de productividad del quirófano.	0	0%
c. Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.	3	15%
d. Mejorar la relación médico paciente	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El 100% de los profesionales en enfermería el 75% tenía claro cuál es el objetivo principal de la lista de verificación, un 15% refirió disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico y un 10% mejorar la relación médico paciente.

Tabla N^o 7
Persona que debe aplicar la lista de verificación de cirugía segura
Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Persona que aplique	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera (o)	10	50%
Anestesiólogo (a)	3	15%
Cirujano (a)	1	5%
Cualquiera puede realizarlo	6	30%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los resultados muestra del total de profesionales en enfermería que han sido encuestadas el 50% no tiene claro que cualquier persona del equipo quirúrgico puede ser encargado de realizar la lista de verificación, por lo que solo contestan correctamente el 30%.

Tabla N° 8
Conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de cirugía
segura Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Conocimientos		Frecuencia	Porcentaje
Presentación personal	Verdadero	19	95%
	Falso	1	5%
Demarcación	Verdadero	8	40%
	Falso	12	60%
Pulsioxímetro	Verdadero	2	10%
	Falso	18	90%
TOTAL		20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El 95% de los profesionales en enfermería están consciente sobre la importancia de presentarse con el paciente cada uno de los miembros del equipo quirúrgico, además de que el pulsioxímetro es una herramienta necesaria en el trabajo diario en el quirófano para dar mayor seguridad al acto quirúrgico de 90%; en cuanto a la demarcación del sitio quirúrgico existe confusión, solo el 60% contestaron correctamente.

Tabla N^o 9
Profilaxis antibiótica ideal dentro la hoja de la lista de verificación de cirugía segura Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Profilaxis antibiótica ideal	Frecuencia	Porcentaje
24 horas antes de la incisión.	3	15%
60 minutos antes de la incisión.	14	70%
30 minutos antes de la incisión.	3	15%
No importa en el momento de administración.	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: Existe una confusión de los profesionales de enfermería sobre el tiempo ideal para la colocación antibiótica solo el 70% de las contestaron correctamente, haciendo notar sobre la falencia en este ítem de la lista de verificación.

Tabla N^a 10
Lista de verificación de cirugía segura - objetivo en nuestro medio
Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Item	Frecuencia	Porcentaje
Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.	4	20%
Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.	16	80%
Aumentaría el tiempo quirúrgico.	0	0%
Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El 80% de los profesionales en enfermería consideran que la utilización de esta lista disminuiría errores y tratar que no sean cometidos nuevamente, no así que solo el 20% de las enfermeras piensan que este ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.

Tabla N^a 11
Principales inconvenientes para la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Inconvenientes	Frecuencia	Porcentaje
Falta de conocimiento de su importancia	4	20%
Falta de tiempo para realizarlo	2	10%
Falta de unidad en el equipo quirúrgico	14	70%
Falta de material para realizarlo.	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El 70% de las profesionales en enfermería consideran que la falta de unidad de equipo es la razón por la que la lista de verificación no puede ser llevada a cabo; el 20% por la falta de conocimiento de su importancia y un 10% por falta de tiempo para realizarlo. Son importantes estas dos respuestas porque son en donde se deben basar futuras capacitaciones y estrategias para mejorar el conocimiento o la armonía entre los personales del equipo quirúrgico.

Tabla N^a 12
Resumen de los conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía
segura Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Ítems	Conoce	No Conoce
A qué se refiere la LVCS	75%	25%
objetivo principal de la LVCS	75%	25%
Persona debe ser la que aplique la LVCS	30%	70%
Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función	95%	5%
Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.	60%	40%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales	95%	5%
Dentro de la LVCS consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser	70%	30%
La implementación de la LVCS en la institución	20%	80%
Principal inconveniente de la aplicación de la LVCS	70%	30%
PROMEDIO	66%	34%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El nivel de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura encontrado en los profesionales de enfermería es del 66% que tiene conocimiento menor de lo esperado, en relación al 34% que no conoce. Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas correctas son las que hacen énfasis sobre la presentación con el paciente del personal que forma parte del equipo quirúrgico 95%, además de que el pulsioxímetro es una herramienta necesaria en el trabajo diario en el quirófano para dar mayor seguridad al acto quirúrgico 95%. Las preguntas con mayor índice de error son la que se enfocan sobre qué personal tiene que ser el encargado del checklist 70%, y la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución de 80%. Se considera que el principal problema para su implementación es la falta de conocimiento de su importancia 20% y la falta de unidad del equipo quirúrgico de un 70%.

A. PRIMERA FASE - ENTRADA

Tabla N^o 13

Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura: Fase de ENTRADA Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

N ^o	FASE DE ENTRADA	SI	NO
1	Verificación de la pulsera identificadora	20%	80%
2	Identificación del paciente con la historia clínica	64%	36%
3	Confirmación del lugar anatómico de la incisión quirúrgica	56%	44%
4	Verificación del consentimiento informado	68%	32%
	Evaluación Global de la Aplicación de LVCS	44%	56%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El porcentaje de cumplimiento en la fase de ENTRADA es del 44%, que corresponde a la verificación del consentimiento informado (68%), identificación el nombre del paciente con la historia clínica (64%) y la confirmación del lugar anatómico de la intervención quirúrgica (56%); el porcentaje de no cumplimiento es del 56% y corresponde a los ítems, verificación de la pulsera identificadora (80%), y la confirmación del lugar anatómico de la intervención quirúrgica (44%).

Tabla N^a 14
Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura: Fase de PAUSA
Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Nº	FASE DE PAUSA QUIRURGICA	SI	NO
1	Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan antes de la cirugía	24%	76%
2	Confirmación antes de la incisión cutánea la identidad del paciente	44%	56%
3	Confirmación de esterilidad del instrumental quirúrgico	96%	4%
4	Verificación la disponibilidad de material para la cirugía	80%	20%
5	Administra profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	8%	92%
	Evaluación Global de la Aplicación de LVCS	56%	44%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El porcentaje de cumplimiento en la fase de PAUSA es del 96% que corresponde a, confirmación de la esterilidad del instrumental (80%), la verificación de la disponibilidad del material y la confirmación del procedimiento quirúrgico (80%), el porcentaje de no cumplimiento es del 44% en: la administración de profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos (92%) y el ítem todos los miembros del equipo de cirugía se presentan antes de la cirugía (76%).

Tabla N^a 15
Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura: Fase de SALIDA
Servicio de Quirófano Hospital Materno Infantil, 2019

Nº	FASE DE SALIDA QUIRURGICA	SI	NO
1	Confirmación del procedimiento quirúrgico	80%	20%
2	Recuento de gasas, compresas e instrumental	100%	0%
3	Se etiqueta la muestra biológica	88%	12%
4	Verificación de instrumental y equipos queden en buen estado	92%	8%
5	Revisión de la recuperación y tratamiento del paciente	44%	56%
	Evaluación Global de la Aplicación de LVCS	92%	8%

Fuente: Elaboración propia

Análisis: En gráfico 15 se observa que el porcentaje de cumplimiento más elevado es el de 100% que corresponde a, recuento de gasas; por otro lado, el porcentaje de no cumplimiento más bajo es del 2% y corresponde al ítem, verificación del instrumental y equipos que queden en buen estado después de la cirugía. En la evaluación global de la aplicación de la LVCS en la fase salida quirúrgica en 92% del personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano aplica los procedimientos quirúrgicos en relación al 8% que no aplica los procedimientos quirúrgicos.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la aplicación de la LVCS por el personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano. La fase entrada, indispensable previa al acto quirúrgico, pues nos permite identificar las condiciones físicas y psíquicas del paciente para tolerar el estrés quirúrgico. En cuanto al cumplimiento de esta fase se encontró que, en Murcia en el año 2012, fue del 49.3%⁴⁷ y en Hospitales de Cataluña en el año 2009, la aplicación fue de un 75.1%. (2) Aunque lo ideal sería alcanzar el 100%.

En cambio, en nuestra investigación en el servicio de quirófano, tiene un incumplimiento que corresponde al 56%, de la misma manera encontramos resultados similares en el Hospital Nacional "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" Buenos Aires, Argentina en el año 2012, con el 56%. (27). Esto nos hace pensar que es posible una mejora en el cumplimiento de este ítem y por lo tanto debería ser considerado una meta a alcanzar por las autoridades encargadas del control de calidad en el servicio de quirófano.

El cumplimiento durante fase pausa podemos apreciar que, en investigaciones realizadas en Murcia en el año 2012, se dio en un 51.8%. y en nuestra investigación el cumplimiento es de 56%, observándose un buen manejo de esta fase en nuestro estudio. La principal falencia detectada en nuestro medio, así como en varios estudios alrededor del mundo en lo que respecta a la administración antibiótica profiláctica.

La fase salida es de gran importancia, pues se centra en la valoración integral y continúa del paciente, permitiéndonos identificar las posibles complicaciones y ofrecerles un tratamiento oportuno a las mismas, es por esta razón su apropiado cumplimiento, en nuestra investigación el cumplimiento es de 92%, observándose un buen manejo de esta fase en nuestro estudio, aportando de esta manera a una disminución de los eventos adversos en la recuperación del paciente. Sin embargo se evidencia

resultados poco alentadores en otros estudios como en Hospitales de Murcia en el año 2012, con un cumplimiento del 43.1%⁵⁶ y en Hospitales de Cataluña, año 2009, la aplicación alcanzo un 88.3% (5).

4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación se concluye lo siguiente:

1. De las características sociodemográficos, el 50% de los profesionales en enfermería se concluye: La edad oscila de 43 a más años, el 90% son del sexo es femenino, 65% son casados y 50% tienen un tiempo de servicio de 11 a más años.
2. El nivel de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura encontrado en los profesionales de enfermería es del 66% que tiene conocimiento menor de lo esperado, en relación al 34% que no conoce. Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas correctas son las que hacen énfasis sobre la presentación con el paciente del personal que forma parte del equipo quirúrgico 95%, además de que el pulsioxímetro es una herramienta necesaria en el trabajo diario en el quirófano para dar mayor seguridad al acto quirúrgico 95%. Las preguntas con mayor índice de error son la que se enfocan sobre qué personal tiene que ser el encargado del checklist 70%, y la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución de 80%. Se considera que el principal problema para su implementación es la falta de conocimiento de su importancia 20% y la falta de unidad del equipo quirúrgico de un 70%.
3. Los resultados encontrados respecto a la aplicación de los momentos: Por otro lado, en cada una de las fases de la lista de verificación de cirugía segura, se encontró que en la fase de entrada el 56% no cumple con el llenado de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa el 40% y en la fase de salida el 8%. Estos resultados obtenidos en la presente investigación, nos recalcan la importancia y evidencian las debilidades en el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura cuyo

único objetivo es la reducción de eventos adversos para fines únicos de mejorar la seguridad del paciente, siendo un pilar importante en la calidad de atención de salud

4.3.2. Recomendaciones

En la complejidad de un quirófano, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio inmediato.

1. Por tal razón, de acuerdo con el Manual de Instrucciones de la OMS para el uso de la Lista, se recomienda la designación de una única persona, preferiblemente la enfermera instrumentista o circulante, para confirmar que se complete cada paso de la lista y hasta que los miembros del equipo se familiaricen con ella; se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.
2. Fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la fase de Entrada, pues se encontró una baja frecuencia predominante en esta fase, a través de capacitaciones constantes a los profesionales enfermeros, con un seguimiento y periódicas evaluaciones para constatar si los conocimientos han sido asimilados en lo que corresponde a la fase de Entrada
3. Realizar simulacros con los profesionales de enfermería para poder poner en práctica y tratar de homogenizar la forma de llenar la Lista de Verificación de Cirugía Segura; y constatar, de este modo, el mejoramiento de la aplicación de la Lista en la fase de Pausa quirúrgica
4. Para reforzar y mejorar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se debe concientizar a los profesionales de enfermería acerca de la importancia de una adecuada aplicación de la Lista en todas sus fases, incluyendo la de Salida, de manera que asuman su rol con compromiso y responsabilidad, ya que las implicancias de su omisión constituyen una problemática que afecta prácticamente todos los ámbitos de la salud.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pecci E. Checklist Quirurgico: Una Herramienta para la seguridad del paciente. Enfermeria Castilla y Leon. 2013; 5(2).
2. Organizacion Mundial de la salud (OMS). Segundo Reto Mundial para la Seguridad del Paciente: La Cirugia segura salva vidas. [Online].; 2008 [cited 2014 Septiembre 5. Available from: HYPERLINK "http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf" http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf .
3. Cuq B, Runilar R, Tapia V. Percepcion de los Profesionales de salud del Uso de Listas de Chequeo para la Seguridad de la atencion del paciente Grado] [d, editor. Chile: Universidad Austral de Chile; 2017.
4. Astudillo C, Espinoza M. Verificacion de la Aplicacion del Manual de Cirugia Segura de la Organizacion Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vasquez Gualaceo. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
5. Moreta D. Evaluacion del conocimiento de la aplicacion de la lista de verificacion de la cirugia segura, establecida por la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiologos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2015.
6. Pozo C. Verificacion de la lista de chequeo para la cirugia segura establecida por la OMS desde la perspectiva del paciente en el Hospital Metropolitano. [Tesis de Grado]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.
7. Izquierdo B. Nivel de cumplimiento de la lista de verificacion de cirugia

- segura por el personal de Centro Quirurgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de Grado]. Peru: Universidad Nacional San Marcos; 2015.
8. Moreta DC. Evaluacion del Conocimiento de la Aplicacion de la Lista en Personal de Salud del Hospital Eugenio Espejo. [Tesis de Grado] . Ecuador: Universidad Central San Marcos; 2015.
 9. Choquemallco RR. Conocimientos sobre la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia, en profesionales de la Salud del Servicio de Quirofano del Hospital Calos Monge Medrano de Juliaca. [Tesis de Grado] . Peru: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
 - 10 Irigoín L, Lozada Y. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones Hospital regional docente las Mercedes. [Tesis de Grado]. Chiclayo: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
 - 11 Lazaro R. conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica Limatambo. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 19. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5152/Choquemallco_Ticona_Reyna_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y .
 - 12 Leon M, Vicente M, De la Cruz C. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Horiz. sanitario. 2016 Septiembre; 15(3).
 - 13 Becerra K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura, Hospital Essalud, Chiclayo, Perú. [Online].; 2012 [cited 2018 Enero 25. Available from:

<http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/424> .

- 14 Coba MG. Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica. 102015th ed. 47-72 ECN, editor. Quito - Ecuador: EDIMEC, Ediciones Médicas CIEZT; 2015.
- 15 Pary Montecinos ZSG. Técnica Quirúrgica. Segunda ed. Montecinos RP, editor. La Paz; 2018.
- 16 Federico Christmann CO. Técnica Quirúrgica. 2nd ed. Buenos Aires: Ateneo; 2001.
- 17 Braw AJG. Manual Práctico de Instrumentación Quirúrgica en Enfermería 92 G, editor. España: Elsevier; 2010.
- 18 Atkinson L. Técnicas de Quirofano. 7th ed. Mexico: Interamericana; 1994.
- 19 Armenteros DMDLMP. Procedimientos de Enfermería en Área Quirúrgica. Médicas CIEZT ed. Quito Ecuador: EDIMEC; 2015.
- 20 Dr. Diego Mauricio Medina Dorales MPACC. Procedimientos de Enfermería en el Área Quirúrgica. 1st ed. Quito Ecuador: EDIMEC; 2015.
- 21 Juana Gloria Toxqui AGSA. Manual de Procedimientos de Enfermería Quirúrgica Estados Unidos: Laboratorio de Enfermería Clínica ; 2014.
- 22 Zamacona BB. Manual de enfermería Quirúrgica. 2003rd ed. Galdakao Hd, editor.: Hospital de Galdakao; 2003.
- 23 Agustino EP. CHEKLIST QUIRURGICO UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Enfermería CyL. 2013; 5(2).
- 24 Dr. Ariel Solor Muñoz LLPB. El check list como herramienta para el desarrollo. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2015; 14(5).
- 25 Armando Samudio Faurie Ricardo AT. Checklist en Hemodialisis. Nefrología Dialisis y Transplante. 2010; 30(3).

- 26 OMS. Manual de Aplicacion de la lista OMS de verificacion de la seguridad de la cirugia. OMS ed. Ginebra; 2009.
- 27 Woodman DN. Seguridad del paciente. In Lista de verificación de la seguridad quirúrgica OMS; 2005; Venezuela. p. 5.
- 28 Cossio Perales Stephanie MFS. Aplicacion de la Lista de Verificacion de Cirugia Segura por las Enfermeras Centro Quirurgico Huancayo. 2017. Tesis.
- 29 Sanidad Md. Guia de Practica Clinica para la Seguridad del Paciente. 1st ed. Innovacion MdCe, editor. Calatufia; 2010.
- 30 Ludeña PG. Correlacion entre Aplicacion de Lista de Verificacion de la Organizacion Mundial de la Salud en Cirugia Segura Quito; 2015.
- 31 Rodrigo Gutierrez JF. La Seguridad Quirurgica en el Marco del Sistema Nacional de Salud de España. CONAMED. 2010 Abril; 15(188).
- 32 Revuelta C. Bloque Quirurgico Estandares y Recomendaciones. Centro de publicaciones ed. Social MdSyP, editor. Madrid: Nipo PAPEL; 2010.
- 33 OMS. Lista OMS de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia Manual de Aplicador. 1st ed. OMS , editor. Ginebra: OMS; 2008.
- 34 Torres B NAMLCASABC. Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España. Enfermeria Global. 2016 Enero;(41).

ANEXOS

ANEXO N° 1

CARTAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACION



CAJA NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MATERNO INFANTIL

Depto. De Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación

COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
RESOLUCIÓN N° 17/2020

La Paz, 11/09/2020

VISTOS Y CONSIDERANDO:

De la solicitud de autorización de realización de trabajo de investigación.

Que, mediante nota de solicitud a comité, la LIC MARTHA BEATRIZ PITA OJEDA solicita autorización de desarrollo de trabajo de Investigación.

Que, en reunión ordinaria, del Comité de Bioética e Investigación Hospitalaria, se revisa solicitud de cooperación a trabajo de investigación para la obtención de información necesaria que permita viabilizar y ejecutar el trabajo titulado: "CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GESTIÓN 2019"

Que LA LIC ANA MARIA ELIAS CORTEZ en su calidad de JEFE DE ENFERMERAS, autoriza la realización del trabajo de investigación en el HO.D.E.MATERNO INFANTIL.

Que, de las consideraciones fácticas expuestas, precedentemente se concluye los siguientes extremos:

Que la doctora, plantea la investigación profesional científico, con lo que pretende demostrar las ventajas y desventajas que ofrece su tema de investigación basándose en experiencias intrahospitalarias de este nosocomio, deberá aportar con esta investigación el mejoramiento y aplicación para el beneficio de los pacientes del Hospital de Especialidades Materno Infantil.

El Profesional, en mención cumple con todos los requisitos para la elaboración de su trabajo.

POR TANTO:

El Comité de Bioética e Investigación del Hospital de Especialidades Materno Infantil, en uso de sus atribuciones, en torno a sus competencias y control de investigación y mejoramiento científico.

//..

CAJA NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MATERNO INFANTIL



Depto. De Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación

COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN RESOLUCIÓN Nº 17/2020

RESUELVE:

PRIMERO.- Se autoriza a LIC MARTHA BEATRIZ PITA OJEDA a desarrollar su trabajo de investigación titulado: "CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GESTIÓN 2019"

SEGUNDO.- A partir de la presente resolución la profesional deberá considerar el plazo de 180 días calendario para la entrega de copia de informe final, en función al Protocolo de investigación presentado a este Comité, bajo los parámetros de la nota de compromiso establecido por el comité.

Regístrese, hágase saber y archívese.

Por el Comité de Bioética e Investigación.

Dr. Marcel Otto Fernández Dorrala
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
HODE MATERNO INFANTIL-C.N.S.

ULX.

ANEXO Nº 2

CUESTIONARIO

Estimado Licenciado (a):

El presente cuestionario, tiene como finalidad determinar los riesgos laborales a los que están expuestos los profesionales de Enfermería durante el cuidado a los pacientes. La información obtenida será de carácter confidencial, se le solicita responder con absoluta sinceridad, todas las preguntas.

Marcar con un círculo la respuesta que en su opinión la considere correcta. Por cada pregunta elija una respuesta

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino

2. Edad

- a. De 22 a 28 años
- b. De 29 a 35 años
- c. De 36 a 42 años
- d. De 43 a más años

3. Estado Civil

- a. Soltera (o)
- b. Casado (o)
- c. Conviviente (o)

4. Tiempo de servicio

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. De 11 a más años

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ¿A qué se refiere la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?

- a. Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.
- b. Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.
- c. Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.
- d. Todas son correctas

2. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?

- a. Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.
- b. Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c. Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- d. Mejorar la relación médico paciente.

3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?

- a. Enfermero (a).
- b. Anestesiólogo (a).
- c. Cirujano (a).
- d. Cualquiera puede realizarlo

4. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía señale verdadero o falso

- ✓ Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
verdadero falso
- ✓ Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.
verdadero falso
- ✓ Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.
verdadero falso

5. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:

- a. 24 horas antes de la incisión.
- b. 60 minutos antes de la incisión.
- c. 30 minutos antes de la incisión.
- d. No importa en el momento de administración.

6. ¿Cree usted que la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?

- a. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
- b. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- c. Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.

- d. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

7 ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?

- a. Falta de conocimiento de su importancia
- b. Falta de tiempo para realizarlo
- c. Falta de unidad en el equipo quirúrgico
- d. Falta de material para realizarlo

ANEXO Nº 3

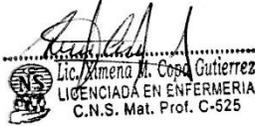
GUÍA DE OBSERVACIÓN

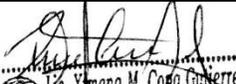
La presente guía de observación tiene como objetivo verificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales en enfermería del servicio de quirófano. Lea detenidamente cada paso de la técnica y marque con una X sólo una de las opciones que aparecen: SI () NO ()

Nº	ITEM	SI	NO
ENTRADA			
1	Verificación de la pulsera identificadora		
2	Identificación del paciente con la historia clínica		
3	Confirmación del lugar anatómico de la incisión quirúrgica		
4	Verificación del consentimiento informado		
PAUSA			
6	Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan antes de la cirugía		
7	Confirmación antes de la incisión cutánea la identidad del paciente		
8	Confirmación de esterilidad del instrumental quirúrgico		
9	Verificación la disponibilidad de material para la cirugía		
10	Administra profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		
SALIDA			
11	Confirmación del procedimiento quirúrgico		
12	Recuento de gasas, compresas e instrumental		
13	Se etiqueta la muestra biológica		
14	Verificación de instrumental y equipos queden en buen estado		
15	Revisión de la recuperación y tratamiento del paciente		

ANEXO Nº 4

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

 Lic. Ximena M. Cospa Gutierrez LICENCIADA EN ENFERMERIA C.N.S. Mat. Prof. C-525	 Lic. Maribel Melgarejo Rodriguez RESP. ENFERMERIA a 1 EMERGENCIAS Mat. Prof. M. 555	20-08-20
ANEXO Nº 2		
CUESTIONARIO		
Estimado Licenciado (a):		
<p>El presente cuestionario, tiene como finalidad determinar los riesgos laborales a los que están expuestos los profesionales de Enfermería durante el cuidado a los pacientes. La información obtenida será de carácter confidencial, se le solicita responder con absoluta sinceridad, todas las preguntas.</p> <p>Marcar con un círculo la respuesta que en su opinión la considere correcta. Por cada pregunta elija una respuesta</p>		
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1. Sexo		
c. Masculino		
d. Femenino		
2. Edad		
e. De 22 a 28 años		
f. De 29 a 35 años		
g. De 36 a 42 años		
h. De 43 a más años		
3. Estado Civil		
d. Soltera (o)		
e. Casado (o)		
f. Conviviente (o)		
4. Tiempo de servicio		
e. Menos de 1 año		
f. De 1 a 5 años		
g. De 6 a 10 años		
h. De 11 a más años		
II. CONOCIMIENTOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACION		
1. ¿A qué se refiere la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?		
e. Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.		
f. Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.		
g. Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.		
h. Todas son correctas		
2. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?		
e. Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.		


Lic. Ximena M. Copia Gutierrez
LICENCIADA EN ENFERMERIA
C.N.S. Mat. Prof. C-525

20-08-20


Lic. Maribel Melgarejo Rodriguez
RESP. ENFERMERIA a i
EMERGENCIAS
Mat. Prof. M - 555

20-08-20

- f. Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- g. Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- h. Mejorar la relación médico paciente.

3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?

- e. Enfermero (a).
- f. Anestesiólogo (a).
- g. Cirujano (a).
- h. Cualquiera puede realizarlo

4. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía señale verdadero o falso

- ✓ **Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.**
verdadero falso
- ✓ **Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.**
verdadero falso
- ✓ **Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.**
verdadero falso

5. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:

- e. 24 horas antes de la incisión.
- f. 60 minutos antes de la incisión.
- g. 30 minutos antes de la incisión.
- h. No importa en el momento de administración.

6. ¿Cree usted que la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?

- e. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
- f. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- g. Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.
- h. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

7. ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?

- e. Falta de conocimiento de su importancia
- f. Falta de tiempo para realizarlo
- g. Falta de unidad en el equipo quirúrgico
- h. Falta de material para realizarlo

ANEXO Nº 5

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “JUAN MISAEL SARACHO”
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINÚA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROPUESTA DE INTERVENCION
PROTOCOLO DE PRACTICAS SEGURAS, PARA EL PERSONAL DE
SALUD HOSPITAL MATERNO INFANTIL GESTION 2019**

Por: Lic. Martha Beatriz Pita Ojeda

La Paz – Bolivia

2021

I. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados secundarios en la atención en salud, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (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.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud de octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, el segundo reto mundial por la Seguridad del Paciente tiene como objetivo mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todos los centros de atención sanitaria.

El error del sitio, el error de procedimiento y el error de persona en cirugías pueden y deben prevenirse. La cirugía en el lugar incorrecto de un paciente es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias para el paciente pueden ser graves, sino porque puede llegar a tener impacto legal para la institución y el personal involucrado. La variabilidad de errores de cirugía realizada en el lugar anatómico incorrecto puede referirse al lado incorrecto (pierna derecha o

izquierda), a la posición incorrecta (dedo incorrecto de la mano correcta) o procedimiento incorrecto (cirugía incorrecta en el ojo correcto). La marcación del sitio quirúrgico le corresponde exclusivamente al cirujano y la práctica de marcación puede ser inconstante. La normativa y estandarización del marcaje quirúrgico tiene importantes aspectos de prevención de errores y garantiza la seguridad para el paciente.

Este protocolo busca alcanzar dicho objetivo y requiere la participación y comunicación de todos los miembros del equipo quirúrgico, además de ser aplicado y adaptado a procedimientos invasivos, incluyendo otros ámbitos además de quirófono.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Mejorar la seguridad de la cirugía reduciendo el riesgo de error en los pacientes sometidos a una Intervención Quirúrgica y/o procedimiento invasivo.

III. ALCANCE

Este Protocolo es una herramienta de control de calidad que se ejecuta en todo procedimiento invasivo y/o quirúrgico.

IV. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

5.1. Antes de la inducción anestésica

4.1.1. Entrada

a. La fase de “Pasaporte o Entrada” requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de Enfermería. Idealmente el cirujano debiera estar

presente en la fase de Entrada, puede tener antecedentes de la hemorragia prevista, alergias u otros problemas.

b. El paciente confirma su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento.

La Enfermera confirmará verbalmente, si es posible con el paciente:

- ✓ Identidad.
- ✓ Lugar anatómico de la intervención
- ✓ Procedimiento
- ✓ Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia Clínica de los pacientes y el consentimiento informado para ser operado.

Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. Si no está presente el tutor o un familiar y se omite este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente y se deberá registrar la novedad.

EI ANESTESISTA confirma a la Enfermera si el Paciente tiene:

¿Alergias conocidas? ¿Cuáles?

La pregunta ha de formularse, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si la Enfermera tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información

¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

La Enfermera confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta:

- ✓ Problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Si el Médico Anestesiólogo, indica un alto riesgo de vía aérea difícil, grado 3 o 4, un asistente capacitado (segundo anestesista, cirujano o un miembro del equipo de enfermería) deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

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

Si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia.

Si el riesgo de hemorragia es superior a 500 ml, se recomienda:

- ✓ Antes de la incisión cutánea colocar al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.
- ✓ Confirmar disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación.
- ✓ Durante la “Pausa quirúrgica” el Cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de Seguridad al Anestesista y al personal de Enfermería.

Demarcación del sitio o no procede

La Enfermera de la lista debe confirmar que el Cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico si procede (por lo general con un rotulador). El marcaje más común son las iniciales del cirujano o la palabra “sí”:

- ✓ Si implica lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (Ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra).
- ✓ En estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la

delimitación del sitio dependerá de la práctica local

Control de la seguridad de la anestesia

La Enfermera pedirá al Anestesta la confirmación que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia:

- ✓ Inspección formal del instrumental anestésico
- ✓ Fármaco
- ✓ Equipo de intubación y aspiración de la vía aérea
- ✓ Sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados)
- ✓ Sistema de aspiración
- ✓ Dispositivos y equipos de urgencia

Oxímetro de pulso colocado y en funcionamiento

La Enfermera de la lista de verificación confirmará:

- ✓ Oxímetro de pulso colocado antes de la inducción de la anestesia
- ✓ Funcionamiento correcto.
- ✓ Lectura del dispositivo visible para el equipo quirúrgico.
- ✓ Idealmente utilizar sistema de señal sonora que alerte el pulso y la saturación de oxígeno

B. PAUSA QUIRÚRGICA

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

La Enfermera responsable de la lista de verificación, pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente indicando:

- ✓ Nombres, y
- ✓ Función

Los equipos que continúan la secuencia del acto quirúrgico pueden confirmar que todos se conocen, pero las personas que hayan entrado al quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

Confirmación verbal de la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

Antes de que el Cirujano realice la incisión cutánea, La Enfermera responsable de la lista de verificación pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente:

- ✓ Identidad del paciente.
- ✓ Procedimiento o tipo de intervención que va a realizar.
- ✓ Sitio quirúrgico, localización anatómica.
- ✓ Posición del paciente si procede, para evitar operar al paciente o en el sitio equivocado.

Ejemplo: El Enfermero/a circulante anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”.

Previsión de eventos críticos

La Enfermera responsable de la lista de verificación dirigirá una conversación rápida entre el Cirujano, el Anestesiista y el personal de Enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios:

- ✓ Formulará a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta.
- ✓ La casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

- ✓ Procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el Cirujano puede anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al Anestesista y al personal de Enfermería si tienen alguna reserva en particular.

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

La Enfermera instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente:

- ✓ Que el instrumental se ha esterilizado
- ✓ El instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad.

Cualquier discrepancia deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.” PROTOCOLO CIRUGIA SEGURA”

Profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

La Enfermera responsable de la lista de verificación, preguntará al Anestesista o Cirujano en voz alta durante la pausa quirúrgica ¿se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Estudio de imagen ¿pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

La Enfermera preguntará al cirujano y marcará la casilla:

- ✓ Si el caso requiere algún estudio de imagen ¿pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

- ✓ Confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en un lugar visible para que puedan utilizarse durante la operación
- ✓ Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse.

El cirujano decidirá si opera sin el apoyo de esas imágenes; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. PROTOCOLO CIRUGIA SEGURA. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

C. SALIDA

Finalmente, la tercera y última fase, ha de completarse antes de retirar el campo estéril, durante la preparación final de la herida y antes de que el Cirujano abandone el quirófano, se repasarán en voz alta los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro antes de terminar la intervención. De la misma manera el Cirujano confirmará el procedimiento realizado, el Anestesista el plan de recuperación y la Enfermera la identificación de las muestras biológicas y el recuento de gasas e instrumental. Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando la Enfermera haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

El enfermero y/o enfermera confirma verbalmente con el equipo:

a. El nombre del procedimiento realizado. Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, la Enfermera responsable de la lista confirmará con el Cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X”, ¿no es así?” PROTOCOLO CIRUGIA SEGURA”.

b. Recuentos de instrumentos, gasas y agujas correctos (o no proceden)

El personal de enfermería circulante y el instrumentista deberán confirmar verbalmente:

- ✓ La exactitud del recuento final de gasas y agujas.
- ✓ Si se ha abierto una cavidad también deberá confirmar el recuento exacto del instrumental.
- ✓ Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

c. El etiquetado de las muestras, incluido con los dos identificadores estándar:

1) No. cédula de ciudadanía, y 2) dos nombres y dos apellidos (si los tiene).

El personal de enfermería circulante confirmará, el correcto etiquetado de toda muestra Anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta:

- ✓ No. cédula de ciudadanía
- ✓ Dos nombres y dos apellidos (Si los tiene)
- ✓ Sexo
- ✓ Fecha de nacimiento o edad.
- ✓ No. de Historia Clínica
- ✓ Órgano objeto del estudio
- ✓ Servicio

d. Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

La Enfermera responsable de la Lista de Verificación debe cerciorarse de que:

- ✓ Se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

Revisión de los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

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

Con esta última medida se completa la lista de verificación de la seguridad. se debe archivar un formulario en la historia clínica del paciente y otro formulario archivar en el servicio, como control de la calidad.

La Enfermera responsable de la Lista de Verificación de Cirugía Segura puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, por ello se debe escoger la persona más adecuada para desempeñar esta función.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA O MS

Antes Inducción Anestésica Entrada	Antes Incisión Quirúrgica Pausa	Antes Abandonar Quirófano Salida
Paciente confirmado <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Consentimiento informado (firmado)	<input type="checkbox"/> Miembros del Equipo, se presentan por su nombre y rol Cirujano, anestesista y enfermera confirman verbalmente <input type="checkbox"/> Paciente Identificado <input type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento	Enfermera confirma verbalmente al equipo <input type="checkbox"/> Nombre procedimiento, que se Registra <input type="checkbox"/> Conteo de compresas, gasas, aguja e instrumental que estén correctos <input type="checkbox"/> Identificación muestras Biológicas con nombre <input type="checkbox"/> Si existe algún problema que abordar con relación a material, equipos y instrumental.
Portación Imágenes Diagnósticas <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica	Prevención sucesos críticos <input type="checkbox"/> Duración intervención <input type="checkbox"/> Estimación pérdida hemática	Cirujano, Anestesiólogo y Enfermera <input type="checkbox"/> Revisan preocupaciones claves en la recuperación del paciente <input type="checkbox"/> Destino del paciente <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación – sala • Recuperación – domicilio • UCI. Anestesiólogo hace entrega en sala de recuperación u otra <input type="checkbox"/> Con oxímetro de pulso instalado y Funcionando <input type="checkbox"/> Recibido por funcionario capacitado y responsable de recuperación pos- anestésica
Localización quirúrgica <input type="checkbox"/> Marcada <input type="checkbox"/> No aplica	Anestesiólogo Revisa al paciente <input type="checkbox"/> Tiene alguna condición específica preocupante <input type="checkbox"/> Planifica Actividades Posoperatorio <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa indicadores de Esterilización, aspectos del material y equipos ,instrumental y antiséptico.	Paciente..... URPA..... Monitorización C.S.V, Saturación de Oxígeno..... Vía (venoclisis)..... Permeabilidad (sonda vesical)..... Fecha intervención.....
Verificar equipos y medicación anestésica completos <input type="checkbox"/> Maquina anestésica revisada funcionando <input type="checkbox"/> Fármacos disponibles preparados <input type="checkbox"/> fármacos de emergencia disponibles <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado Funcionando	Administración antibio profilaxis en los últimos 60 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica	CRITERIOS PARA ALTA - C.S.V (estabes) - Pacte Consiente, lucido, orientado - Que las complicaciones Quirúrgicas se encuentren bajo control. - Debe recuperar la movilidad y sensibilidad del área sometida a anestesia.
¿Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Imágenes Diagnosticas Instaladas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Dificultad vía aérea y/o riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si hay equipos y ayuda disponible		
¿Riesgo de pérdida hemática >500 ml.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Vía venosa instalada		

ANEXO Nº 6
FOTOGRAFÍAS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZO LA
INVESTIGACIÓN



Fotografías: Trabajo de Campo

