

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Cumplimiento de la aplicación por el personal de enfermería de la
lista de verificación de Cirugía segura en el Centro Quirúrgico de un
hospital nacional de Lima, 2019**

Por

Melany Ruiz Lozano

Asesor:

Neal Henry Reyes Gastañadui

Lima, 16 de octubre de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NEAL HENRY REYES GASTAÑADUI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico: ***“Cumplimiento de la aplicación por el personal de enfermería de la lista de verificación de Cirugía segura en el Centro Quirúrgico de un hospital nacional de Lima, 2019”***, constituye la memoria que presenta la licenciada: MELANY RUIZ LOZANO, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Centro Quirúrgico, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciséis días del mes de octubre de 2019.



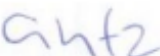
Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Cumplimiento de la aplicación por el personal de enfermería de la lista de verificación
de Cirugía segura en el Centro Quirúrgico de un hospital nacional de Lima, 2019

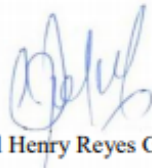
TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:
Centro Quirúrgico

JURADO CALIFICADOR


Dra. Lili Albertina Fernández Molocho
Presidente


Mg. María Guíma Reinoso Huerta
Secretario


Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui
Asesor

Lima, 16 de octubre de 2019

Índice

Resumen	vi
Capítulo I.....	7
Planteamiento del problema.....	7
Identificación del problema.....	7
Formulación del problema	11
Problema general.....	11
Objetivos de la investigación.....	11
Objetivo general.	11
Objetivos específicos.	11
Justificación del estudio.....	12
Justificación teórica.....	12
Justificación metodológica.....	12
Justificación práctica y social.	12
Presuposición filosófica.....	13
Capítulo II	15
Desarrollo de perspectivas teóricas.....	15
Antecedentes de investigación.....	15
Bases teóricas	19
Centro quirúrgico.	19
Función de enfermería en el centro quirúrgico.....	20
Cirugía.....	21
Cirugía segura	25
Lista de verificación de cirugía segura	27
La cultura de seguridad (Cs).....	31
Teoría de enfermería	31

Definición conceptual de las variables	32
Cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía.....	32
Lista de Verificación de Cirugía Segura:	33
Capítulo III.....	34
Metodología	34
Descripción del lugar de ejecución	34
Población y muestra	34
Población.	34
Muestra.	34
Criterios de inclusión y exclusión.	34
Tipo y diseño de investigación	35
Operacionalización de variables.....	36
Técnica e instrumentos de recolección de datos	37
Proceso de recolección de datos	38
Procesamiento y análisis de datos	38
Consideraciones éticas	38
Capítulo IV	40
Administración del proyecto de investigación	40
Cronograma de ejecución.....	40
Presupuesto.....	41
Referencias	42
Apendice.....	46
Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos	47
Apéndice B. Confiabilidad estadística.....	49
Apendice C. Consentimiento informado.....	52

Resumen

El objetivo es identificar el cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de la cirugía segura por el personal de licenciadas en Enfermería del servicio de sala de operaciones de un hospital nacional, Lima. La técnica que se utilizará es la observación y el instrumento una lista de cotejo a modo registro de datos, basada en la Lista de Verificación de Cirugía Segura, elaborada y validada mundialmente por la OMS, adaptada para un hospital nacional. Para el tratamiento de la información, se utilizará el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 23, donde serán ingresados los datos recolectados, previa codificación para evitar errores en el ingreso de datos. Se realizará el proceso de limpieza de datos considerando los criterios de exclusión y de eliminación de los casos que presentaron al menos un ítem perdido en las variables principales. El tipo y diseño de investigación del presente estudio se desarrollará bajo el enfoque cuantitativo porque se utilizará la estadística para el tratamiento de los datos y presentación de resultados; atendiendo así los objetivos que persigue, la investigación es básica; teniendo en cuenta que la fuente donde se obtienen los datos son de una investigación de campo, ya que la medición de variables se realizara directamente del objeto de estudio (Elizondo, 2002; Grove, Gray y Burns, 2016). El diseño de investigación que se ha elegido se basa en la tipología presentada por Hernández, Fernández, & Baptista, (2010), cuyo diseño es el no experimental porque no se manipulan deliberadamente variables en estudio, transversal porque la medición se realiza en un solo momento y descriptivo porque trata de explicar cómo se presenta y comporta cada variable en estudio.

Palabras clave: Aplicación, Llenado, cumplimiento, lista de verificación de cirugía segura.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2008, estimó que los daños de las intervenciones quirúrgicas por eventos adversos fueron problemas de salud pública en un 40%, que de 234 millones de cirugías anuales en todo el mundo, al menos 7 millones tienen complicaciones incapacitantes y 1 millón terminan en muertes, un 14% ocasionado por el sitio incorrecto de la incisión, la incorrecta identificación del paciente, complicaciones anestésicas e infección del sitio operatorio (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La cirugía es componente esencial en el área de salud en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dado que la incidencia de traumatismos, cáncer y enfermedades cardiovasculares ha ido en aumento. En todo el mundo, se realizan 234 millones de cirugía mayor anual, el cual equivale a 01 cirugía por cada 25 personas. Sin embargo, la distribución de los servicios quirúrgicos es desigual, pues el 75% de las cirugías se concentran en 30% de la población a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

El equipo de trabajo del Docente Gawande realizó un estudio piloto de la implementación de una lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS, donde observó y estudió de manera prospectiva a más de 3000 pacientes quirúrgicos, previo a la implementación de la lista de verificación de Cirugía Segura y a casi 4000 pacientes después de su implementación. Esto le permitió medir la tasa de complicaciones y/o mortalidad a 30 días posteriores a las cirugías o hasta el alta hospitalaria. El estudio se realizó en cuatro hospitales de países con ingresos económicos bajos y medios y cuatro hospitales de países de ingreso económico alto, encontraron que la tasa de mortalidad

antes de aplicar la lista de verificación era de 1,5% y después de implementado cayó a un 0,8%. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, también se redujeron, de 11% pre-lista de verificación a 7% después de la implementación. Como medida de adherencia a esta lista de verificación identificaron 6 indicadores de seguridad, dentro de los cuales tenemos; utilizar antibióticos pre-incisión, conteo de gases y control rutinario de anestesia, también vieron incremento en la ejecución de estos en un 34,2% pre-lista a 56,7% post-lista de verificación. Esto se torna importante e interesante, ya que con solo el 56% de cumplimiento de 6 indicadores, se redujo en forma significativa las tasas de complicaciones y mortalidad. Para la implementación de esta lista de verificación, el equipo empleó sesiones educativas informativas, además desarrolló análisis posteriores en todo el equipo de salud como parte de la rutina de seguridad, el cual se formalizó como parte de la estrategia de implementación de tan efectiva lista de verificación, en El Reino Unido (Woodman & Walker, 2016).

En una investigación a un total de 7.688 pacientes, de ocho países diferentes (Canadá, India, Jordania, Filipinas, Nueva Zelanda, Tanzania, Inglaterra, y EE. UU), 3.733 fueron investigados antes de implementarla la lista de verificación y 3.955 después de utilizar la lista de verificación, donde se evidenció la reducción del porcentaje de complicaciones, mortalidad, tasas de infección y necesidad de una nueva cirugía. Concluyeron que aplicar la lista de verificación dobló las posibilidades de hacer uso de estándares en el cuidado seguro durante el tratamiento a un paciente quirúrgico. (Taporosky et al., 2017)

En una investigación, concluyeron que usar la lista de verificación de la cirugía apoya en coordinar la asistencia, promueve el trabajo en equipo y reduce complicaciones post quirúrgicas tales como embolia pulmonar, neumonía, trombosis venosa profunda, infección de zona operatoria, reparación no planificada, hemorragias, muerte,

dehiscencias, ACV, IMA, insuficiencia vascular de injertos, sépsis, paro cardíaco e insuficiencia renal. Otros estudios muestran que usar la lista de verificación es una práctica eficaz para errores, convirtiéndose así en sinónimo de mejores prácticas de alto riesgo. Esta herramienta de verificación pueden renovarse y mejorar a medida que el conocimiento surja en el tiempo, y se convierte en un recurso básico y de bajo costo para los establecimientos de salud. (Taporosky et al., 2017)

Diversos estudios muestran que las complicaciones atribuibles a las cirugías causan discapacidad de un 3% a 25% de pacientes prolongan la hospitalización, dependiendo de la complejidad de la cirugía. Esto significa que el número de pacientes susceptibles a padecer eventos adversos postoperatorias asciende a mínimo 7 millones anuales. Se estima que la tasa de mortalidad atribuida a intervenciones de cirugías de mayor complejidad están entre un 0,4% y un 10%. Según evaluaciones de impacto, al menos 1 millón de pacientes anual mueren durante o después de una cirugía. (Izquierdo, 2016)

La Superintendencia Nacional de Salud, en Perú, realizó 613,396 cirugías (mayores y menores) en 31´151,643 habitantes, que significa 1.969 cirugías por cada 100.000 habitantes, en el año 2015. La Comisión Lancet propuso que para el 2030 los países ejecutarán mínimo 5.000 cirugías mayores por cada 100,000 habitantes anuales, este número de intervenciones quirúrgicas se correlaciona con varios resultados estudiados en Cirugía Global deseable, tales como la esperanza de vida de 74- 75 años, la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) es menor a 100 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos y las 143 millones de Intervenciones quirúrgicas adicionales que se necesitan a nivel mundial para prevenir discapacidades y salvar muchas vidas. (Flores, 2018)

Un estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo - Perú, con respecto al cumplimiento de la lista de verificación segura por parte del personal de

enfermería, cumple de forma excelente solo el 0.7% de las enfermeras, de forma parcial el 0.7% y forma mínimo el 2.2% y el 96.4% no cumple con las pautas de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, esto nos muestra la gran deficiencia que existe. (Gonzales, 2017).

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza detalla que en la sala de operaciones nro.5 se realiza un total de 2259 cirugías; es decir, un promedio de 8 diarias; sin embargo, cabe mencionar que al inicio, durante y al término de una cirugía se presentan situaciones que confirman la falta de conocimiento para aplicar correctamente la lista de verificación de la cirugía. Por esto que al efectuar preguntas sobre cómo prevenir el riesgo a hemorragia, en realidad el ítem tienen la finalidad de garantizar y hacer seguimiento de la disposición de paquetes globulares, que se podrían necesitar en el transcurso de la cirugía. (Fuentes, 2018)

En el servicio de Centro Quirúrgico de un Hospital Nacional de Lima, se observó que hay una larga lista de espera de pacientes que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente, muchos de estos pacientes están hospitalizados largo tiempo en pre quirúrgico, cosa que causa mayor estrés en ellos, en muchos casos porque su cirugía fue suspendida por diferentes motivos, dentro de los cuales resaltan las re operaciones, llamadas cirugías de emergencia por complicaciones post- quirúrgicas, que significa que un paciente es metido a sala de operaciones más veces de lo previsto. Lo cual hace que algunas de las cirugías programadas sean suspendidas por falta de tiempo, porque obviamente primero se realizan cirugías de emergencias ya que la vida del paciente corre peligro, esto nos conlleva a estudiar la cirugía segura mediante la aplicación de un instrumento básico, que ayuda a prevenir complicaciones, discapacidad y muerte de pacientes quirúrgicos, recordando que las funciones de la enfermera es planificar toda la cirugía; y, además, se encarga de dirigir y llenar el formato de lista de verificación

de la cirugía segura; y, sin embargo, persiste el llenado incompleto, o muchas veces las preguntas son formuladas de forma incorrecta, o anestesiólogos y cirujanos omiten responder y firmar considerándola una interrupción, y otros lo hacen por imposición. Esta realidad me lleva a plantear el siguiente problema de investigación:

Formulación del problema

Problema general.

¿Cumple el personal de enfermería con el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura en el centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima, 2019?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Identificar el cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería del centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima.

Objetivos específicos.

Identificar el cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de Enfermería durante la primera fase del abordaje quirúrgico del centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima.

Identificar el cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de enfermería durante la Segunda fase del abordaje quirúrgico del centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima.

Identificar el cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de Enfermería durante la tercera fase del abordaje quirúrgico del centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima.

Justificación del estudio

Justificación teórica.

El presente estudio tiene mucha importancia ya que permite obtener un mayor conocimiento acerca de la realidad del cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de Cirugía Segura por parte del personal de enfermería, así como el desempeño laboral de este grupo profesional en áreas especializadas, como es el caso del centro quirúrgico de una institución referencial nacional y de alta complejidad del Perú. Con este propósito, deseamos conocer la realidad, por eso se ha contruido un marco teórico, producto de la revisión bibliográfica actualizada con respecto a las variables en estudio, el cual se pone a disposición de la carrera profesional de enfermería, sobre todo para las enfermeras especialistas en el área. Constituyendose así como una fuente generadora de nuevas ideas de investigación.

Justificación metodológica.

El presente estudio proporcionará un enorme aporte metodológico pues teniendo como propósito medir la variable de cumplimiento se observará también el desempeño laboral de las enfermeras. Se aplicarán instrumentos adaptados y validados. Mismos que estarán a disposición de otras enfermeras que deseen realizar investigaciones con contextos similares. Los resultados se presentaran con tablas y gráficos para su análisis y posterior discusión con el marco teórico.

Justificación práctica y social.

Desarrollar la presente investigación será de gran beneficioso para las enfermeras que laboran en el centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima, porque inculcará

conductas reflexivas acerca de su desempeño laboral; además, permitirá identificar el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura. Los resultados del estudio estarán a disposición de las autoridades del centro quirúrgico y del hospital nacional de Lima, será de gran utilidad porque se tendrán beneficios significativos para mayor número de pacientes intervenidos quirúrgicamente, evitando así que muchos de estos sean víctimas de complicaciones e incluso de llegar a la muerte innecesaria, a partir de esa realidad se podrán diseñar e implementar planes de mejora con propósito de generar un ambiente propicio para el desempeño adecuado de las funciones de la enfermera, permitiendo así un alto nivel profesional y de calidad en funciones especializadas.

Presuposición filosófica.

La Universidad Peruana Unión brinda educación superior basado en la creencia de la existencia de un único Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo. Dios es poderoso, inmortal y omnipotente que creó al hombre: varón y mujer como seres perfectos en dimensiones físicas, mental y espiritual con libertad plena para la toma de decisiones; creó el universo bajo leyes naturales que revelan a un Dios maravilloso.

La vida y la salud son tesoros a ser cuidados teniendo en cuenta la obediencia de los diez mandamientos de Dios y leyes naturales. En 1 de Corintios 6:19 la Santa Biblia refiere: “Nuestro cuerpo es Templo del Espíritu Santo, por tanto merece que le brinde todo el cuidado en el reposo, alimentación, agua, aire, sol, temperancia y confianza en Dios”.

Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería

El presente proyecto se ajusta con la teoría de enfermería de Lic. Patricia Benner, que con respecto al Cuidado menciona lo siguiente:

“Enfermería es considerada como práctica del cuidado, cuya ciencia es moral,

ética y responsable”.

Capítulo II

Desarrollo de perspectivas teóricas

Antecedentes de investigación

Pozo (2015), en Quito – Ecuador, investigó la tesis “Verificación del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, elaborada por la OMS desde la perspectiva del paciente. Hospital Metropolitano de Quito”. Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los 99 pacientes que fueron sometidos a cirugía. Resultados: los ítems de la lista de verificación se cumplió en un 79%, según los pacientes. El ítem con menor porcentaje de cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. Con respecto al equipo quirúrgico que menos se presentó con nombre y función, fue la instrumentista (52%) y la enfermera circulante (32%). Un 30% de pacientes refirió temor relacionado con errores en la cirugía. Conclusión: El Chek – list de cirugía segura de la OMS no se aplica adecuadamente en el Hospital Metropolitano. Quito, según la percepción de los pacientes.

Moreta (2015), en Quito- Ecuador, desarrolló un estudio titulado “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, elaborada por la OMS en Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras”. Fue aplicada con encuesta directa. Tuvo un diseño descriptivo, donde se comparó a tres grupos profesionales. La encuesta directa se aplicó a 61 profesionales, que cumplieron criterios de inclusión, esta contenía 8 preguntas enfocadas al análisis del conocimiento sobre lo que contiene esta lista de verificación de cirugía segura, y 2 preguntas a la percepción de su implementación en su institución. Resultados: solo el 11% de los profesionales cumplieron la normativa en su totalidad, siendo enfermeras las que más la cumplieron. Conclusión: el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura es menor que lo esperado, el conocimiento sobre su importancia y la falta

de comunicación del equipo quirúrgico, se reconocieron como errores que conllevan a no cumplir la norma.

Rivero, Nolasco, Puntunet, & Cortes (2010), México. Realizaron un estudio sobre: Nivel de cumplimiento y factores influyentes en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Fue un estudio descriptivo, prospectivo, transversal; en periodos de mayo- agosto de 2010. Muestreo por conveniencia, con una lista de chequeo de 25 ítems, escala dicotómica que sirvió determinar nivel y factores de cumplimiento, llenado correcto, viabilidad, marcaje y pausa quirúrgica y la percepción de los beneficios para evitar eventos adversos. Los datos se analizaron en Excel a través de medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Resultados: Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es 87.97% y el nivel de incumplimiento se dio de la siguiente manera: reporte verbal de condiciones especiales y situaciones críticas en la cirugía (50.6%), Marcaje del sitio quirúrgico (9.6%); aspectos de recuperación (41.0%). El porcentaje del personal que considera que la lista es viable es un 91.8%; para 86.3% del personal considera que proporciona algún tipo de beneficio, y el 91.2% considera que ayudará a evitar eventos adversos. Conclusiones: El nivel de cumplimiento es bajo debido a que el proceso de implementación de la Lista esta en una etapa temprana, e involucra cuatro profesionales de salud, lo cual genera que su llenado correcto tenga falta de continuidad.

Perez (2014), en Lima – Perú, realizó un estudio sobre percepción del equipo del centro quirúrgico en cuanto a la utilidad y aplicación de la lista de verificación en cirugías cardiovasculares seguras, en centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular EsSalud. El estudio fue tipo cuantitativo, descriptivo, corte transversal, con una población conformada por 41 profesionales de salud, entre enfermeras especialista en centro quirúrgico, perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares, la técnica fue la

entrevista, el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Conclusiones: En relación a su UTILIDAD, la lista de verificación de cirugía segura, 18 (44%) tuvieron percepción favorable y 17 (41%) percepción desfavorable, por lo cual podemos concluir que son porcentajes casi equitativos, lo que muestra que hay 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como algo útil a la LVCS. Poniendo en riesgo su implementación y adherencia, esto influye de forma negativa en la seguridad del paciente que es sometido a cirugía y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. En relación a su APLICACIÓN, concluyó que casi la mitad de la población (41%) tiene una Percepción Favorable, y un tercio de la población (32%) tiene Percepción Desfavorable; resultado que pone en riesgo la adherencia en la práctica quirúrgica, quedando desapercibidas las normas básicas de seguridad que pone en riesgo al paciente a estar expuesto a eventos adversos quirúrgicos que son prevenibles.

Izquiero (2016), en Lima – Perú, realizó una investigación titulada Nivel del cumplimiento de la lista de Verificación de cirugía segura por parte del personal que labora en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de tipo cuantitativo y descriptivo, con corte transversal. La población se conformó por 191 listas de chequeo acopladas a las historias clínicas de pacientes postoperados inmediatos, la muestra fue 57 listas. La técnica fue el análisis documental, el instrumento utilizado fue la lista oficial de verificación de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo, además se usó una hoja de registro para cada profesional que formó parte del equipo quirúrgico, esta con escala dicotómica. Resultados: del 100% (57) de Historias clínicas, no cumple el 68% (39) y solo el 32%(18) cumple con el llenado de la lista de Verificación de Cirugía Segura. En cuanto al los resultados según etapas se obtuvo lo siguiente: antes de la inducción de anestesia, el 91% (52) cumple y No Cumple el 9% (5); en la segunda etapa que es la Pausa quirúrgica el 77% (44) cumple y No Cumple el 23% (13), y en la tercera

etapa el 58% (33) cumple y un 42% (24) No Cumple. Conclusiones. El mayor porcentaje del personal del Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple con la LVCS; sin embargo, un porcentaje significativo cumple; el profesional que tuvo mayor cumplimiento fue la enfermera, seguido de anesthesiólogos y finalmente de los cirujanos. De los ítems de cumplimiento, enfermería registra que el equipo quirúrgico cumple con presentarse al paciente según función; sin embargo, un porcentaje significativo no cumple con la firma del formato de la LVCS; asu vez, el anesthesiólogo cumple con prever el manejo de la vía aérea; sin embargo, un porcentaje pequeño pero significativo no cumple con la revisión de los principales aspectos de recuperación y tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple con verificar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, tipo de procedimiento quirúrgico, sin embargo existe un porcentaje significativo que incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos e imprevistos, como lo son la duración de la cirugía y pérdida de sangre prevista.

Gonzales (2016) desarrolló un estudio en cuanto al cumplimiento de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de Sala de Operaciones del hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo–2016. El objetivo fue determinar el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – Agosto 2016. Material y método: enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal con una población conformada por todas de cirugías programadas, efectivizadas en agosto, cuyo promedio mensual es 215 listas de Verificación de Cirugia Segura, con una muestra de 138. Para determinar nivel de cumplimiento, se aplicó la escala de ACOFAEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería), que considera: Nivel de cumplimiento excelente = Puntaje 91-100% , Cumplimiento significatvo = Puntaje 85- 90% , Cumplimiento parcial = 75-84%, Cumplimiento mínimo = 70-74% y No cumplimiento = Puntaje menor de 70%. En el

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Huancayo los datos mostraron lo siguiente: el personal cumple de manera excelente solo el 0.7% de los casos, igualmente 0.7% de forma parcial, el 2.2% de forma mínima y no cumple con el llenado correcto de la lista de verificación la mayoría que representa el 96.4 % . Conclusión: el personal del centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión no cumple con la Lista de Verificación de la Cirugía Segura (LVCS) en ninguna de las etapas de las Cirugía.

Bases teóricas

Centro quirúrgico.

Es un servicio crítico dentro de todo hospital, en donde ingresan pacientes cuya patología se soluciona con una cirugía, funciona 24 horas al día, absorbe un alto Presupuesto y gran porcentaje de personal, donde participan equipos quirúrgico conformado por enfermeras, anestesiólogos y cirujanos de diversas especialidades, todos capacitados en Procedimientos y técnicas quirúrgicos. El acto quirúrgico implica que el cirujano y enfermera instrumentista tengan estrecha relación, así como el anestesiólogo con la enfermera de recuperación post anestésica.(Izquierdo, 2016)

Cumplimiento

Término de origen latino complementum, en sentido más amplio cumplimiento es la acción y efecto de cumplir con alguien o con una determinada cuestión. Entonces por la palabra cumplir, se entiende que es hacer aquello que se prometió a alguien en una determinada forma y tiempo, es decir, realizar un deber o una obligación. (Javier Navarro, 2009)

Para Sigmund Freud, es una formación psicológica en la que el deseo se presenta imaginariamente como cumplido gracias a la producción del inconsciente (como una fantasía o un sueño). En el lenguaje cotidiano, se dice que un deseo se ha cumplido

cuando lo soñado o imaginado se hace realidad. Por ejemplo, Supongamos que el sueño de un niño es ser futbolista. Y a sus cuatro años le regalan una pelota, a partir de ahí, su objetivo principal es convertirse en un jugador de futbol profesional. Al cumplir 10 años comienza a practicar fútbol profesional en un club, donde desarrolla toda la formación según etapas establecidas. Y así, firma su primer contrato como profesional a la edad de 18 años, y debuta en su primer equipo. En ese momento, esta persona podrá decir que hizo posible su principal sueño o deseo. (Freud, 2012)

Ademas, cumplimiento también se asocia a responsabilidad, ejecución correcta de determinada obligación con terceros en un plazo acordado, según lo establecido previamente. En el ámbito de empresas que brinda servicios, por ejemplo, los clientes evalúan el cumplimiento de las condiciones del contrato, donde se encuentran los descuentos y bonificaciones, el cobro de tasas y las tarifas acordadas en el primer día, la entrega de dispositivos y fecha de facturación. Una compañía es reconocida por el cumplimiento de sus obligaciones y promesas a los clientes lo cual da muchas posibilidades de crecer, gracias a recomendaciones que éstos clientes hagan a sus amigos y conocidos. Ya que la mejor publicidad es gratis, pues surge espontáneamente del trabajo responsable y el buen trato al cliente. (Freud, 2012)

Función de enfermería en el centro quirúrgico

La principal función de enfermería en quirófano es proporcionar cuidados al paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico. Este cuidado se realiza en un medio particular, con equipo especializado, que requiere que la enfermera esté capacitada y tenga buen adiestramiento. Debe tener conocimientos sobre técnicas quirúrgicas, técnicas asépticas, esterilización y desinfección, tipos de anestesia, posiciones quirúrgicas e instrumentación; además, cuando el paciente es llevado a sala de recuperación, el anestesiólogo, brinda cuidado operatorio inmediato, para lo cual su principal aliada es la

enfermera que brinda cuidados con paciencia, juicio, comprensión y mucha destreza, por lo que debe ser capaz de tomar juicios adecuados y oportunos utilizando escalas de medición que evalúan el post operatorio, pots anestésico y dolor. La unidad de recuperación post anestésica debe ser un medio seguro en el que pueda realizarse la recuperación adecuada. Esto es de gran importancia para lograr que este medio sea aceptable, en donde el personal de enfermería debe tener conocimientos amplios en su trabajo y comprender su responsabilidad. (Izquiero, 2016).

Cirugía

La cirugía general es la competencia donde el tratamiento de patologías se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos, tanto electivos, de urgencia u emergencia y/o paleativos de origen benigno, traumático, inflamatorio o neoplásico en las diferentes partes anatómicas, aparatos y sistemas tales como: aparato digestivo, sistema endocrino, mama, pared abdominal, piel y partes blandas, retroperitoneo, afecciones externas de cabeza y cuello, entre otros (Hepp, Atila, Ibañez, Llanos, & San Martín, 2018).

Riesgos en una cirugía:

Todas las cirugía por más rápida o pequeña que sea (desde una amigdalotomía hasta una cirugía a corazón abierto) tiene riesgos. Dentro de ellos se describen los siguientes:

- Infección de herida operatoria tras la cirugía, que generalmente se tratan con antibióticos.
- Problemas relacionados con la cicatrización, son poco frecuentes, dentro de las cuales están los hematomas (acúmulo de sangre en la herida operatoria) y los seromas (acúmulo de líquido transparente en la herida operatoria). A veces, ambos se curan sin tratamiento. Y de no ser así, responden rápido al tratamiento de drenaje quirúrgico.
- Hemorragia excesiva durante o después de la cirugía, es poco común. Pero si se

realizaran una cirugía más amplia, es fundamental tener preparado paquetes globulares antes de la intervención.

- Afecciones cardíacas y respiratorias, son riesgos que hay siempre que se utilice anestesia general, además de posibles reacciones alérgicas a la anestesia. Asimismo, está el riesgo extremadamente raro de muerte: con promedio de una muerte cada 200.000 casos.

- Inflamación denominada linfedema, es poco común y se presenta después de la cirugía, es cuando el líquido linfático drena con mayor dificultad desde el brazo. Las formas de prevenir y tratar el linfedema son varias. (Gonzales, 2017)

Complicaciones inherentes a la cirugía

- Efusión serosa: esto no es una complicación, ya que es transitorio e inconstante.
- Necrosis de la piel: se observa mayormente en la línea de sutura después del contacto accidental de piel con el electrodo del electrocauterio. Requiere de una nueva cirugía, con riesgo de retirar de forma temporal el implante.
- Sensibilidad alterada: la anestesia de zonas de la piel sobre un implante no es constante y se resuelve espontáneamente de manera central en pocos meses. (J. Aranaz, 2006)

Acciones inseguras más comunes que conllevan a Eventos adversos en la atención de procedimientos quirúrgicos.

La evidencia muestra que los procedimientos de mayor riesgo para el paciente, son aquellos que implican la utilización de anestesia general o sedación profunda, así mismo otros procedimientos también afectan la seguridad del paciente quirúrgico. Las prácticas que ayudan a disminuir el riesgo son la correcta identificación del paciente,

procedimiento adecuado y el sitio quirúrgico correcto. (Ramirez, 2011)

En México, realizaron un estudio en el año 2011, que evidenció la relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido en los cuales se encontró: paquetes quirúrgicos mal esterilizados, batas húmedas, falla de engrapadoras quirúrgica por desconocimiento de la manipulación, paciente con bloqueo espinal que contamina el área quirúrgica porque no se le inmovilizaron los brazos, fuga de oxígeno y gases anestésicos de las máquinas de anestesia, cirujano se desplaza inadecuadamente y se contamina con otros miembros del equipo, errores en administración de medicamentos, fallas de los equipos por no ser revisados previamente, poca preparación. Sin embargo, son dos tipos de errores los más frecuentes en el proceso de atención en procedimientos quirúrgicos: el primero, los errores paciente-incorrecto, que se da en casi todas las etapas del diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post operatorio; el segundo, son problemas de comunicación tanto entre el personal de salud, como en la del personal con el paciente. (Hernández, 2011)

Acciones seguras eficaces para evitar eventos adversos en procedimientos quirúrgicos.

La OMS como parte de la campaña “La cirugía segura salva vidas”, en el año 2008, que surge como iniciativa de alianza mundial para la seguridad del paciente (2004), establece una lista de chequeo a implementar en las salas de cirugía en la etapa perioperatorio, la cual consiste en la realización de paradas y aplicación de una lista de verificación en 3 momentos clave de una cirugía: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de que el paciente sea retirado del quirófano. La implementación de esta iniciativa se dio en el Reino Unido, en donde se estableció como guía y algo obligatorio, desde el momento que se dio a conocer. (OMS, 2008)

El SURPASS (SURgical PATient Safety System) es otra estrategia de lista de

verificación para procedimientos quirúrgicos; esta fue desarrollada y validada en Holanda; esta en relación con lo planteado por la OMS, contiene mayor información, es multidisciplinaria y se concentra en los momentos de transferencia y secuencia del procedimiento quirúrgico, desde el ingreso hasta el alta del paciente. (L. Kohn, 2006)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) es una de las abanderadas en la campaña “Cirugía segura salva vidas” diseñada por la OMS desde el 2009. Toma la lista de verificación como una herramienta práctica, sencilla de fácil aplicación en cualquier sala de operación del mundo, que cuenta con base científica como una práctica segura. (OMS, 2009)

Prevenir oblitos es otra práctica segura y muy conocida a nivel mundial que se da con el recuento de gasas, compresas e instrumental; esta cuando es llevada a cabo correctamente, disminuye el riesgo de cuerpos extraños dentro del pacientes. Al detectar un faltante en el conteo se informa inmediatamente para tomar las medidas necesarias (reintervenciones, estudios radiológicos, etc.); esta actividad se realiza previa a la salida del paciente del quirófano. (SCARE, 2009)

Prevención de infección en la herida operatoria

- Bañar con jabón al paciente, mínimo la noche anterior a la cirugía.
- Evitar el rasurado con cuchillas, ya que aumentan el riesgo de infección.
- Realizar la higiene de manos aplicando de manera estricta el protocolo.
- Preparar la piel con clorhexidina antes del procedimiento; en caso de no contar con este se puede usar povidona iodada.

Prevención de tromboembolismo venoso

- Se debe tener en cuenta riesgos de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar para tomar medidas de prevención.
- Se recomienda que todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente utilice

medias de compresión graduadas hasta el muslo o cadera, siempre y cuando no exista contraindicación.

Mecanismos de presión neumática intermitente, una alternativa de tratamiento.

- En toda cirugía hay riesgo de sangrado, por lo que en caso del uso de Heparina, se recomienda usar una de bajo peso molecular y no la heparina fraccionada dado que ésta última aumenta mas este riesgo.

- En pacientes anticoagulados, debe suspenderse su administración de preferencia tres días antes de la cirugía en caso de acenocumarol y cinco días en caso de la warfarina, o (P. Ruiz, 2006)

Cirugía segura

La cirugía segura es definida en todo el mundo como el conjunto básico de normas de seguridad que deben aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Este fue el fin de la reunión de los grupos de trabajo compuesto por expertos internacionales quienes revisaron experiencias del personal clínico y bibliografía nacional e internacional, por lo que coinciden en señalar que se tendría grandes progresos en materia de seguridad en cuatro áreas de la atención quirúrgica: Seguridad de equipos quirúrgicos, prevención de infecciones de la herida operatoria y seguridad de la anestesia.

(Organización Mundial de la Salud, 2008)

Cirugía mayor.

Son todos los procedimientos que se realiza en un quirófano en donde se desarrolla una incisión, manipulación de tejidos, sutura de un tejido, generalmente requiere anestesia regional, general, o sedación profunda para control del dolor. (Pozo, C. 2015).

Cinco datos sobre seguridad de la cirugía

1. De los pacientes quirúrgicos hospitalizados, hasta un 25% sufren complicaciones

postoperatorias.

2. Tras una cirugía mayor, la tasa bruta de mortalidad registrada es de 0,5–5%.
3. Casi la mitad de los eventos adversos están relacionados con la atención quirúrgica que brinda a pacientes hospitalizados.
4. En al menos la mitad de los casos los daños originados por la cirugía son considerados evitables.
5. incluso en entornos más avanzados los principios de seguridad en la cirugía, son aplicados de forma irregular,. (Andrés JM, 2011)

Seguridad de la cirugía como prioridad de salud pública.

Desde hace más de un siglo, la seguridad en la cirugía es el componente principal de la asistencia de salud en el mundo. Dado el aumento de la incidencia de traumatismos, cánceres y enfermedades cardiovasculares. Se estima que a nivel mundial son 234 millones de cirugía mayor las que se realizan al año, que corresponde a una Cirugía cada 25 personas. No obstante, la distribución de los servicios quirúrgicos es de manera desigual, pues el 75% de las cirugías se concentran en un 30% de la población. Pese al costo-eficacia de la cirugía con respecto a discapacidades evitadas y vidas salvadas, el acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue siendo un grave problema en muchas partes del mundo. Se calcula que cada año 63 millones de personas son intervenidas quirúrgicas por lesiones traumáticas, 10 millones por complicaciones relacionadas al embarazo y 31 millones por problemas oncológicos.

Si bien el propósito de la cirugía segura es salvar vidas, la falta de seguridad en la atención quirúrgica provoca daños considerables y tiene repercusiones importantes en la salud pública. (OMS, 2015).

Diez objetivos básicos para una cirugía segura.

El equipo quirúrgico:

1. Operará al paciente correcto en la zona anatómica correcta.
2. Utilizará métodos que saben que previene daños producidos por la administración de anestesia, así mismo que protejan del dolor a los pacientes.
3. Estará preparado eficazmente en el caso de que se presente pérdida de la función respiratoria o de acceso de la vía aérea, reconocerá oportunamente esta situación.
4. Estará preparado eficazmente en caso de pérdida de sangre considerable, y reconocerá esta situación.
5. Evitará provocar reacciones alérgicas o adversas a fármacos, que ponen en riesgo importante al paciente.
6. Utilizará métodos para reducir riesgos de infección de herida operatoria.
7. Evitará dejar por accidente gases o instrumentos en la cavidad y herida quirúrgica.
8. Guardará, identificará y rotulará con precisión y responsabilidad todas las piezas y muestras quirúrgicas.
9. Comunicará e informará eficazmente datos del paciente que son fundamental para que la cirugía sea segura.
10. Hospitales y sistemas de salud públicos establecerán la vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. (P. Saturno. 2000)

Lista de Verificación de Cirugía Segura

Fue elaborada por la OMS como ayuda de equipos de trabajos para reducir daños prevenibles al paciente. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente favoreció con experiencia en cirugía y sus subespecialidades numerosas personas de todas las regiones aliadas a la OMS, enfermería, anestesia, epidemiología, enfermedades infecciosas, sistemas de salud, ingeniería biomédica, mejora de la calidad y otros campos; además de pacientes y grupos de defensa de seguridad del paciente. Entre todos identificaron una serie de controles para la seguridad, los cuales se pueden efectuar en todo quirófano.

Como resultado, se obtuvo la lista de verificación, cuyo propósito es consolidar prácticas seguras y aceptadas, y así fomentar mejor comunicación y trabajo en equipo entre diversas disciplinas clínicas: esta lista de verificación no es un elemento de política oficial ni instrumento normativo; es más bien una herramienta práctica y de uso fácil para mayor seguridad de las cirugías y así reducir número de complicaciones y muertes quirúrgicas evitables. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Entrada

Corresponde al tiempo previo a la inducción anestésica, en cual verifica la seguridad en los procedimientos. Esta fase requiere al menos la presencia del anesthesiólogo, y de la encargada de la lista (enfermera), quienes llenan en una sola oportunidad o secuencialmente la lista de chequeo, explicando el anesthesiólogo a la enfermera de manera pormenorizada las distintas medidas de seguridad. Se marca la zona operatoria, comprobar instrumental quirúrgico, identificación del paciente, verificar el llenado del consentimiento informado e identificar alergias conocidas del paciente, medicación antibiótica y anestésica, constatar funcionamiento y colocación del pulsímetro, identificar si la vía aérea es de entubación y o aspiración dificultosa, riesgo de sangrado mayor a 500 ml. Revisado todo y verificado la conformidad se procede a la colocación de la anestesia. (OMS, 2009).

Antes de la inducción de anestesia, el encargado del llenado de la Chek-list confirma verbalmente la identidad del paciente (si es posible con él), lugar anatómico de la operación y el procedimiento a realizarse, así como su consentimiento informado para ser operado. Confirmará visualmente que se haya delimitado la zona operatoria y se verifica que el paciente tenga colocado el pulsioxímetro y que éste funcione bien. Revisará con el anesthesiólogo de forma verbal el riesgo de sangrado, dificultad del acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas del paciente, y si se ha comprobado la seguridad del

equipo anestésico. En esta fase, la presencia del cirujano sería excelente, porque le permitirá tener más claro el riesgo de hemorragia prevista, de las alergias y posibles complicaciones; no obstante, su presencia no es fundamental para el llenado de esta parte de la Lista de verificación de cirugía segura. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

El ingreso de los datos en esta Fase de la Lista, requiere, como mínimo, al anestesiólogo y a la enfermera. (Ministerio de Salud, 2011)

Pausa

Corresponde el periodo antes de efectuar la primera incisión; el encargado del llenado de la lista de verificación, junto con el equipo quirúrgico, hacen una pausa para verificar diferentes controles de seguridad tales como: confirmar nombres y función del equipo médico quirúrgico que será parte de la intervención quirúrgica; confirmar el nombre del paciente, tipo de cirugía y zona operatoria, verificar si se administró profilaxis antibiótica y cambios de última hora con respecto a la anestesia o cualquier tipo de ocurrencias específicos, constatar junto al cirujano, pasos críticos de la cirugía, el riesgo de sangrado; verificar con la instrumentista la esterilidad del instrumental quirúrgico y buen funcionamiento de todos los equipos. Se procede a la respectiva, cuando todo esta conforme. (OMS, 2009)

Cada miembro del equipo debe presentarse por su nombre y la función que desempeñará en la cirugía. En caso que ya hayan operado juntos durante el día, pueden confirmar solo su presentes en la sala de operaciones. Justo antes de realizar la incisión el equipo hara una pausa para confirmar en voz alta lo siguiente: la cirugía que se va a realizar en el paciente y zona quirúrgica correctas, a continuación el equipo revisará verbalmente entre sí, puntos fundamentales de su plan quirúrgico, teniendo como guía las preguntas del Checklist. También, se confirmará la profilaxis antibiótica y si se visualiza los estudios de imágenes esenciales. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La “Pausa Quirúrgica” es una pausa momentánea y es antes de la incisión de la piel, que sirve para confirmar que se realizó controles de seguridad esenciales.

(Ministerio de Salud, 2011)

Salida

Corresponde a la etapa de control de seguridad que cada miembro del equipo quirúrgico debe efectivizar, antes que el paciente sea trasladado a la sala de recuperación post anestésica. El objetivo en esta fase es recolectar información precisa del equipo que realizó la cirugía, sobre los procedimientos y técnicas realizadas, recuento de gasas, instrumentos y demás material quirúrgico utilizado, etiquetado de muestras extraídas, observación de problemas que se pudieron haber evitado; así como el tratamiento post quirúrgico inmediato y recuperación física y mental del paciente. (OMS, 2009)

Todos los miembros del equipo quirúrgico revisarán la cirugía y repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento y cuidados post operatorios. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La salida debe ser completada antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarlo la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo, se cumplirá idealmente mientras se da la preparación final de la herida operatoria y antes que el cirujano se retire del quirófano. El anestesiólogo, cirujano y enfermera deben repasar eventos intraoperatorios significativos (en especial aquellos que podrían no ser fácil evidenciar para el resto del equipo). Cada recuadro de la lista se chequea solo después de que cada uno de los miembros revisa en voz alta toda su parte de control de salida. (Ministerio de Salud, 2011)

Principios básicos de la lista de verificación.

Simplicidad

Una lista exhaustiva de normas y directrices mejora la seguridad de la atención al paciente, y algo muy complejo dificultará su uso y difusión, es muy probable encontrar resistencia considerable.

Amplitud de aplicación

Por ahora, se ha centrado en un entorno concreto, sin embargo, su objetivo abarca todos los entornos y ambientes, desde las personas más pudientes hasta los más pobres. Además, en todos los entornos hay fallas regulares que tienen soluciones comunes.

Mensurabilidad

La clave del segundo reto en salud es la medición del impacto. Seleccionar instrumentos de medida significativos, aunque se refieran solo a procesos indirectos, deben ser aceptados y cuantificados por profesionales en todos los contextos.

(Organización Mundial de la Salud, 2009)

La cultura de seguridad (Cs)

Conjunto de valores y normas comunes de los individuos, en una misma organización que implica un modelo mental compartido donde la seguridad. Es el objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización se comprometan con todos los programas de seguridad. (OMS, 2007)

Teoría de enfermería

El modelo Dreyfus se refiere a la adquisición de diversas habilidades, una persona que se encuentra en estadio de principiante no tiene experiencia previa de la situación a la que va a enfrentarse. Proporcionar normas y atributos objetivos, ayudará a guiar la actuación del principiante. Existen dificultades para diferenciar los aspectos relevantes de los irrelevantes en una situación. Por lo general, este nivel corresponde a los

estudiantes de enfermería del primer año, por lo que Benner sugirió que este nivel determinado principiante, también se aplica a enfermeras expertas en una determinada área, en caso que deban enfrentar una situación o área que les resulte desconocida.

Las enfermeras a este nivel siguen normas y se orientan por tareas que deben cumplir. Les surge problemas en dominar una situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. La coherencia, la previsión y la gestión del tiempo son importantes; el resultado es la consecución de un cierto grado de experiencia por medio de la planificación y la previsión, el nivel de eficiencia aumenta, pero «la atención se centra en gestionar tiempo y organizar tareas de enfermería, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente». La enfermera competente puede desarrollar una hiperresponsabilidad hacia el paciente, a menudo innecesario, lo que puede conllevar una visión omnipresente y crítica de sí misma.

Las enfermeras eficientes muestran habilidad para considerar cambios en una situación, así como el reconocer y tener la capacidad de implantar respuestas calificadas en una situación a medida que evoluciona. Ya no se fían solo de los objetivos prefijados de la organización, y están más seguras de sus conocimientos y habilidades. Son los elementos recurrentes, situacionales y significativos que reconocen y comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera (Raile & Marriner, 2011)

Definición conceptual de las variables

Cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía.

Para su mejor llenado, el coordinador debe ser una sola persona por turno quirúrgico, quien será el encargado responsable de dirigir todas las preguntas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía e ir chequeando las casillas; esto garantizará su llenado exitoso. Se recomienda que sea la enfermera circulante. El coordinador debe y puede impedir que el equipo quirúrgico avance a la siguiente fase de

la cirugía si el paso previo no ha sido cumplido correcta y satisfactoriamente, mas aún si implica riesgo importante para la salud del paciente. (Ministerio de Salud, 2011)

Lista de Verificación de Cirugía Segura:

Esta lista garantiza que el equipo siga en forma sistemática todas las medidas de seguridad, minimizando riesgos evitables que ponen en peligro la vida y bienestar del paciente quirúrgico. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

La aplicación de la Lista de verificación tendrá éxito, si el proceso está dirigido por una sola persona. En el amplio entorno de quirófano es fácil olvidar algunos pasos por la acelerada forma de desarrollar el proceso preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio. Designar una sola persona para ejecutar cada item de la Lista de verificación, garantiza no omitir ninguna medida de seguridad en todas las fases de la cirugía. Hasta que todo el equipo conozca y aplique todos los pasos a seguir, hasta entonces el Coordinador los guiará siguiendo un proceso de verificación. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El presente estudio se desarrollará en un hospital nacional de Lima, ubicado en Av. Grau 600 del distrito la Victoria ciudad de Lima Metropolitana - Perú, entidad pública que brinda servicios de atención quirúrgica integral en el país. Este hospital cuenta con 16 salas de operaciones, que se encuentran en el quinto piso debidamente equipadas. Su horario de atención es de 24 horas al día, los 365 días del año.

Población y muestra

Población.

La población en estudio estará constituida por las 94 enfermeras que laboran en el centro quirúrgico del hospital nacional de Lima, se efectivizará durante el tercer trimestre 2019.

Muestra.

La muestra estará constituida por el total de la población que es 94 enfermeras que laboran en centro quirúrgico de un hospital nacional de Lima, siendo este un muestreo censal. Este tipo de muestreo se aplica cuando se toma a la totalidad de la población.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Enfermeras del centro quirúrgico del hospital nacional en estudio, que tenga mínimo seis meses de experiencia en el servicio.
- Enfermeras que hayan dado su consentimiento informado aprobando su respectiva participación.

Criterios de exclusión.

- Enfermeras que realicen labor administrativa, coordinación de grupos o jefatura del servicio.
- Personal enfermería en condición de pasante de otras instituciones.
- Enfermera que se encuentran de vacaciones, licencia por maternidad y descanso médico.

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es desarrollado bajo el enfoque cuantitativo porque el método para el tratamiento de los datos y presentación de resultados será el estadístico; atendiendo así los objetivos propuestos, la investigación es básica; la fuente donde se obtienen los datos, es de una investigación de campo, ya que la medición de las variables se realizará directamente del objeto del estudio (Elizondo, 2002; Grove, Gray y Burns, 2016), el diseño es el no experimental porque no hay manipulación deliberada de las variables en estudio, transversal porque la medición se realiza en un momento dado y descriptivo porque se trata de explicar cómo se presenta cada una de las variables.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Cumplimiento del llenado de la lista de verificación de Cirugía segura.	Es la identificación del cumplimiento del llenado de la lista de verificación, cuyo interés es mejorar y garantizar la seguridad del paciente sometido a cirugías, a fin de disminuir complicaciones y muertes quirúrgicas prevenibles; se caracteriza por su simplicidad, amplitud y mensurabilidad, que garantizan su práctica habitual.	Cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura en las tres fases de la cirugía, en las que tenemos los siguientes: fase anterior y posterior a la inducción de la anestesia o pausa quirúrgica y anterior a la incisión, por último el cumplimiento del llenado en la fase de cierre de: la herida operatoria o inmediatamente posterior, pero antes que el paciente sea retirado del quirófano.	Entrada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación y datos ▪ Consentimiento informado ▪ Marcado del sitio quirúrgico ▪ Control de equipos de anestésico ▪ Oxímetro ▪ Reacciones Alérgicas ▪ Riesgo de aspiración/Vía aérea ▪ Riesgo a hemorragia 	SI APLICA 15 - 20 puntos
			Pausa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada miembro del equipo debe Presentarse ▪ Profilaxis antibiótica 60 minutos antes ▪ Eventos críticos: <ul style="list-style-type: none"> - Cirujano - Anestesiólogo - Enfermería ▪ Imágenes diagnósticas 	NO APLICA 00 - 14 puntos
			Salida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimientos. ▪ Conteo de instrumental y gases. ▪ Rotado de muestras ▪ Problemas con los equipos ▪ Revisión del manejo posoperatorio y recuperación. 	SI APLICA 13 - 18 puntos
					NO APLICA 00 - 12 puntos

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica será la observación y el instrumento una lista de cotejo a modo registro de datos, sujeto y diseñado a partir de la Lista de Verificación creada por la OMS y adaptada al hospital nacional en estudio, cuya lista es un instrumento validado a nivel mundial.

El instrumento consta de 4 partes:

- Parte I: contiene los datos demográficos de la muestra.
- Parte II: corresponde a la Fase de Entrada, periodo de Inducción anestésica; consta de 10 ítems (01 – al 10).
- Parte III: corresponde a la Fase de Pausa Quirúrgica, periodo antes de la Incisión cutánea; consta de 9 ítems (11 – al 19).
- Parte IV: corresponde a la Fase de Salida, periodo antes que el paciente sea retirado de quirófano; consta de 5 ítems (20 – al 24).

Los Ítems serán medidos dicotómicamente, donde:

La alternativa Sí valdrá 02 puntos y No valdrá 01 punto, considerándose así que de:

35 - 48 puntos = SÍ APLICA

00 - 34 puntos = NO APLICA

La aplicación del instrumento estará a cargo del alumno investigador, quien realizará observación directa del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura realizado por el personal de enfermería. Se desarrollará los días que sean necesarios hasta observar a las 94 enfermeras que forman la muestra del presente estudio.

El presente instrumento no será sometido a validez mediante el juicio de expertos, debido a que el presente instrumento coincide con la ya existente Lista de verificación de cirugía segura validada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2008; pero

para fines de la investigación se procederá a realizar la confiabilidad estadística, aplicando el instrumento a una muestra piloto. Para esto, se aplicó la prueba estadística de KR20, teniendo como resultado de 0.97 lo cual nos muestra que el instrumento es confiable estadísticamente.

Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizará según el cronograma establecido, previa autorización de la institución donde se realizará el estudio, y en coordinación con la jefatura del servicio de centro quirúrgico; asimismo, con el consentimiento informado y aceptado por las enfermeras que forman la muestra, se efectivizará de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de la investigadora. Se procederá a la observación del cumplimiento del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura, durante cirugías programadas y realizadas en el centro quirúrgico de la institución. En un periodo de tiempo establecido, se tomará por cada lista un tiempo de 15 a 20 minutos, la información se recolectará en un periodo de tiempo de 3 a 4 meses.

Procesamiento y análisis de datos

Para el tratamiento de la información se utilizará el software estadístico para ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 23, donde serán ingresados los datos recolectados, previa codificación para evitar errores de ingreso de datos. Se realizará el proceso de limpieza de datos considerando el criterio de eliminación a los casos que presentaron al menos un ítem perdido en las variables principales. Para presentar las características generales y objetivos descriptivos se utilizarán tablas de frecuencia y medidas de tendencia central y dispersión según corresponde.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se aplicará un consentimiento informado y respetará los principios bioéticos, dentro de los que tenemos los siguientes:

Autonomía: no se hará referencia alguna, que pueda llevar a identificar a los participantes del equipo quirúrgico, ni a los pacientes sometidos a las cirugías. Los datos recolectados se utilizarán solo para fines de la investigación.

Justicia: las enfermeras a las que observarán serán solo las que brinden su consentimiento informado.

Beneficencia: se compartirán resultados en una sesión para reforzar la importancia del llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura y se darán alternativas de mejora y solución.

No maleficencia: El presente estudio no causará ningún daño ni riesgo a los pacientes, ni a los miembros del equipo quirúrgico, por ser un estudio descriptivo.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

MESES	2019											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión bibliográfica	x	x	x									
Planteamiento del problema		x	x	x								
Justificación y antecedentes			x	x								
Elaboración:												
▪ Marco teórico				x	x							
▪ Hipótesis				x	x							
Diseño y metodología					x							
Consideraciones éticas.					x							
Presentación, revisión y levantamiento de observaciones				x	x	x						
Proceso de dictaminación							x					
Revisión y corrección del proyecto							x					
Presentación final								x	x			
Revisones finales del proyecto										x	x	x

Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TRAMITES			
Solicitud de asesor	01	550.00	550.00
Proceso de dictaminación	01	400.00	400.00
Solicitud de expedito y fecha de sustentación	01	300.00	300.00
SUB TOTAL			1250.00
RECURSOS MATERIALES			
Útiles de escritorio	05	0.50	2.50
Lápices	05	0.50	2.50
Borradores	05	0.50	2.50
Lapiceros	05	0.50	2.50
Tajadores	05	1.00	5.00
Hojas bond	500	0.10	50.00
SUB TOTAL			65.00
LOGÍSTICA			
Transportes	30	5.00	150.00
Internet	100	1.00	100.00
Impresiones	900	0.10	90.00
Comunicación	50	1.00	50.00
Telefónica	600	0.10	60.00
Copias	20	5.00	100.00
Refrigerio	5	10.00	50.00
SUB TOTAL			600.00
TOTAL			1915.00

Referencias

- Flores, R. (2018). Registro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las Intervenciones Quirúrgicas de Cirugía General del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Retrieved from http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4070/1/flores_pmr.pdf
- Fuentes, L. (2018). *Conocimiento de la lista de verificación de cirugía*. Universidad César Vallejo. Retrieved from http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23992/Fuentes_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gonzales, T. (2017). *CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO, AGOSTO 2016*. Huancayo. Retrieved from http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2888/3/torres_gal.pdf
- Hepp, J., Atila, J., Ibañez, F., Llanos, O., & San Martín, S. (2018). Programa de la especialidad Cirugía General. Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile Programa de la especialidad Cirugía General. Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile* General surgery speciality program DOCUMENTOS. *Rev. Chilena de Cirugía*, 60(1), 79–85. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v60n1/art17.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación* (4th ed.). Mexico: McGraw-Hill. Retrieved from https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-

1.pdf

Izquierdo, F. (2016). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5078/Izquierdo_bf.pdf;jsessionid=61F456894E5279D18457F6BB372D0F83?sequence=3

Izquiero, F. (2016). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*. Lima. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5078/Izquierdo_bf.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ministerio de Salud. (2011). *Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. MINSA. Lima.

Moreta, D. (2015). *Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización*. Quito- Ecuador. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

OMS. (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009. La cirugía segura salva vidas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2008a). *LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1°)*. Ginebra: Ediciones de la OMS. Retrieved from https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008b). *LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA*

SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1ª EDICIÓN). Zuiza.

Retrieved from https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008c). *SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA*

SEGURIDAD DEL PACIENTE. Zuiza. Retrieved from

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*.

Zuiza. Retrieved from

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf;jsessionid=CD421B50184FB73376D342310FB79297?sequence=2

Perez, R. (2014). *Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico*

del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud - 2014. Universidad Nacional Mayor

de San Marcos. Retrieved from

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez_Quispe_Rocio_Marcelly_2015.pdf

Pozo, C. (2015). *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. Universidad Central de Ecuador.

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

Raile Alligoog, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*.

Barcelona. Elsevier. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Rivero, D., Nolasco, A., Puntunet, M., & Cortes, G. (2010). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista*

Mexicana de Enfermería Cardiológica, 20(2), 2012–2059. Retrieved from

www.medigraphic.org.mx

Taporosky, F., Drehmer, E., Dyniewicz, A., Mantovani, M., Bauer, A., & Souza, G. (2017).

Cirugía segura: Validación de checklist pre y postoperatorio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(1–9). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>

Woodman, N., & Walker, I. (2016). Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la

Organización Mundial de la Salud. *World Federation of Societies of Anaesthesiologists*, 1–

12. Retrieved from www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week

Apendice

Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN



Una Institución Adventista

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

COD:

GUIA DE OBSERVACIÓN

I. INTRODUCCIÓN:

La presente guía de observación forma parte del proyecto de investigación para optar el título de enfermera especialista en centro quirúrgico de la Universidad Peruana Unión. El cual lleva como título: “APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2019”

DATOS GENERALES:

Edad: _____ Sexo: F () M ()

Tiempo de servicio:

Especialidad en centro quirúrgico: Si () No () en proceso () estudiando ()

Tipo de Intervención Qx: Mayor () Menor ()

Tipo de Cirugía: Electiva () Emergencia ()

ITEMS

Apendice C. Consentimiento informado