

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Salud Pública

MAESTRÍA EN GERENCIA Y
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Magnitud de los eventos adversos prevenidos, en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación, aplicada como medida de seguridad a los paciente que son intervenido quirúrgicamente, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario, de Agosto a Octubre de 2013.

Autora:

Nanci Rosario Rivara

Director:

Dr Roberto Tafani

Córdoba

Julio 2016

TRIBUNAL DE TESIS

Mgter. Maria Borsotti

Prof. Dra. Patricia Gomez

Mgter. Salma Faiad

DEDICATORIA

“Aprender es la ocupación más universal e importante del hombre, la gran tarea de la niñez, la juventud y el único medio de progreso en cualquier período de la vida.”

Realizar el siguiente trabajo, fue concretar una experiencia y llegar a un objetivo personal, pero, para conseguir llegar a la meta, uno necesita de los que tiene a su alrededor, especialmente los seres queridos. Ellos son la piedra fundamental, para que lo que uno emprende sea de todos, para que la tarea sea más gratificante y la motivación permanezca como el primer día.

Este trabajo está dedicado,

A mis hijos Cristian y Francisco, mis dos luceros.

A mi esposo José Luis por su paciencia, apoyo y colaboración.

A mi madre y a mi padre que aunque físicamente él, se ha marchado, está siempre a mi lado. Ellos sembraron en mí, la semilla del esfuerzo, la curiosidad, la tenacidad y el compromiso de ser un buen ser humano y hacer las cosas bien.

A mi hermana y su familia por acompañarme en este sueño.

A mis compañeras de quirófano, que gracias a su solidaridad, me dieron la posibilidad de asistir durante los dos años a las clases teóricas.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos por acompañarme en estos dos años.

Gracias a los que estuvieron a mi lado,

Y a los que me acompañaron desde lejos,

Gracias a quienes me guiaron y me educaron.

A quienes conocí y me brindaron su mano y confianza.

Gracias por los mensajes y los “me gusta”

Los saludos y las bromas.

Gracias por las alegrías y los buenos momentos.

Por dejarme ser parte de sus miedos y sueños.

A todos los Docentes y Personal de la Escuela, que siempre nos brindaron el apoyo necesario y más, para alcanzar el objetivo y sacar de cada uno, lo mejor de sí y transformarlo en valores esenciales de la vida, e ir siempre hacia adelante.

Quiero que sepan que, me marcho llevándome las alforjas llenas de todo lo vivido en este tiempo y que de ahora en más seguiré apostando a una gestión basada en el conocimiento, la motivación y la creatividad.

Art;23 _Ordenanza Rectoral 3/77

“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba,
no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor ”

INDICE

1. RESUMEN.....	8
2. SUMMARY.....	10
3. INTRODUCCIÓN.....	12
4. PLANTEAMIENTO.....	14
5. OBJETIVOS.....	19
6. MARCO TEÓRICO.....	20
6.1 CONCEPTO DE SALUD DESDE LA CALIDAD DE VIDA.....	20
6.2 CONCEPTO DE SALUD COMODERECHO.....	22
6.3 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
6.4 MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE SEGURIDAD.....	24
6.5 CAUSAS DEL EVENTO ADVERSO.....	28
6.6 PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	29
6.7 LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEKLIS	32
6.8 LOS SIETE PASOS PARA UNA MEJORA CONTINUA.....	35
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	38
7.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	38
7.3 ESQUEMA DE VARIABLE.....	40
7.4 UNIVERSO.....	40

8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
7.5 PROCESAMIENTOS DE DATOS.....	43
9. RESULTADOS.....	44
10 CONCLUSIONES.....	54
11 RECOMENDACIONES.....	59
12 REFERENCIAS.....	60
13 ANEXO	62

1. RESUMEN

La Misión principal del Equipo de Salud Humana es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la recuperación de su Salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, relativo a primero no hacer daño (1), y el postulado de Avedis Donabedian de procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolo al mínimo riesgo (2).

La Organización Mundial de la Salud por reducir, el número, de defunciones o eventos adversos de origen quirúrgico, en todo el planeta, mediante, el departamento de Seguridad del Paciente, la OMS creó el reto, *La Cirugía Segura Salva Vidas*.

Para ayudar a los Equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, la OMS, ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente, que se han recogido en la *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Esta Lista de Verificación, tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La Lista está pensada como herramienta para los profesionales, interesados en mejorar, la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones, muertes en diversos hospitales y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. (3)

El tema abordado en el presente informe es: Magnitud de los eventos adverso prevenidos en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación, aplicada como medida de seguridad a los paciente que son intervenido quirúrgicamente, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario, de Agosto a Octubre de 2013.

El objetivo principal de la investigación fue, conocer los eventos adversos prevenidos en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación como medida de seguridad para los pacientes, que son intervenido quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario, de Agosto a Octubre de 2013.

Específicamente, los eventos prevenidos, en la primera dimensión, **entrada** están relacionados a datos identificatorios, condiciones físicas del paciente y acondicionamiento en la infraestructura. En la segunda dimensión **Pausa de seguridad:** Verificación de la esterilización y profilaxis antibiótica y en la tercera dimensión **Salida:** Confección del Informe del circulante.

Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Para llegar al objetivo, se trabajo con el total del universo, 132 Listas de Verificación, los datos obtenidos fueron volcados en la tabla maestra y presentados en 13 tablas simples con sus respectivos gráficos de sectores y barras simples.

Los resultados analizados revelan lo siguiente:

Con respecto al primer momento de la Lista de Verificación, **ENTRADA**, los eventos adversos prevenidos por registro de datos identificatorios del paciente, el porcentaje es alto (85%), con respecto a las condiciones físicas del paciente (94%) y dentro de ellas se detecta y previene en aquellas relacionadas al hábito tabáquico (39%) la mayoría, luego las alergias (29%), patologías concomitantes (22%) y ayuno (10%). Con respecto al acondicionamiento de la infraestructura, se observa que el porcentaje es elevado, (77%) siendo un factor coadyuvante, actuando positivamente en la prevención de eventos adversos.

De acuerdo al segundo momento de la Lista de Verificación, **PAUSA DE SEGURIDAD**, los eventos adversos prevenidos, a partir de la verificación de la esterilización y profilaxis de antibióticos, aspectos que evitan infecciones, es alto el porcentaje (96 %) en los dos casos respectivamente (100%).

En lo concerniente al tercer momento de la Lista de Verificación, **SALIDA**, el dato, demuestra, que la mayoría, de los instrumentos llevan informe del circulante (89%).

(1)Leape LL.Berwick. 2000. Pago 725-726
(2)Sandaba J. 1997.pag93

2. SUMMARY

The main goal of the people working for the sake of human health is to take part in the process of care sick people, aiming at the recovery of their health. This concept is related to the precept signaled by Hippocrates: “First, do not harm”; and also to Avedis Donabedian’s proclaim: “To look for the patient’s maximum benefit, exposing him to the minimum risk”.

The World Health Organization, aiming at reducing the number of deaths and adverse events from the surgical point of view, created the program *Secure Surgery to Save Lives* by means of the Department of the Patient’s Security.

In order to help surgical teams to reduce the number of events of this nature, this department has identified ten main objectives mentioned in the “List of verification of the security of surgery”, also known as Checklist. This aims at reinforcing security practices and promoting communication and team work among clinic disciplines. This list thought as a tool for professionals interested in improving security and reducing the number of unnecessary surgical deaths.

It has been proved use is associated with a significant reduction of complication and death rates in different hospitals, as well as to a better accomplishment or rules of basic care.

In this analysis, the characteristics of the Checklist and different events that have been prevented are described, as a consequence of the use of this tool in the Surgery Service from San Vicente de Paul Hospital, from Villa del Rosario since 2012.

Given that there are no antecedents of an evaluation of its efficiency, this determines the objective of this report.

The theme addressed in this report is: magnitude of events adverse prevented in each of the dimensions of the check list, applied as a measure of safety to patients who are surgically, spoken in the service of surgery of the Hospital St. Vincent de Paul of Villa del Rosario, from August to October 2013.

The main objective of the research was, to know the adverse events prevented in each of the dimensions of the checklist as a measure of safety to the patient that are surgically intervened in the service of surgery of the Hospital St. Vincent de Paul of Villa del Rosario, from August to October 2013.

Specifically, events prevented, in the first dimension, input are related to data identifying, physical condition of the patient and conditioning in the infrastructure. In the second dimension pause of security: verification of sterilization and antibi6tica prophylaxis and the 3-d output: preparation of the report of the working capital. It is a descriptive, retrospective and transversal study.

To achieve the goal is work with the total of the universe, 132 check lists, data obtained were overturned in the master table and presented in 13 simple tables with their respective sectors and simple bar charts

The analyzed results reveal the following: with regard to the first moment of the checklist, entry, adverse events prevented by data identifying the patient, the percentage is high (85%), regarding the physical patient (94%) and within these conditions is detected and prevents those regarding to, smoking (39%) most, then allergies (29%) , concomitant pathologies (22%) and fast (10%). Regarding the upgrading of infrastructure, it is observed that the percentage is high, (77%) being a contributing factor, acting positively in the prevention of adverse events.

According to the second moment of the check list, pause of safety, adverse events prevented, from verification of sterilization and prophylaxis of antibiotics, aspects that prevent infections, the percentage in both cases respectively (100%) (96%) is high. As regards the third moment of the checklist, output, data, shows, that the majority of the instruments lead report circulating (89%).

3. INTRODUCCIÓN

Los principios éticos de la práctica médica, señala en primer término el principio de beneficencia, que a través de varios preceptos nos conduce a promover el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de no maleficencia, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño.

Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del Equipo de Salud es de prevenir y evitar que cualquier acto médico pudiera ocasionar daño al paciente (4).

En concordancia a lo expresado anteriormente, la seguridad clínica se define como el proceso mediante el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes, lo cual implica la gestión de riesgo, la declaración y análisis de los incidentes y la capacidad de aprender de los mismos para evitar la recurrencia.

El quirófano es uno de los escenarios más complejos en la atención de la salud, donde el equipo quirúrgico trabaja con tecnología compleja, con la participación de múltiples disciplinas y donde frecuentemente son realizados procedimientos en situaciones de alto riesgo, bajo presión de tiempo y donde se exigen además respuestas rápidas a condiciones cambiantes y retos imprevistos (5).

El Equipo de Salud en su conjunto, tiene como centro de atención al paciente, su integridad física y su contención psicológica y de su entorno. Por ello en cada intervención, desde la administración del paciente hasta su alta, se activan las medidas de seguridad. Definiendo a ellas como la ausencia o reducción a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos:

- Identificar que procedimientos clínicos son los más eficaces.
- Garantizar que se apliquen a quien lo necesita.
- Que se realicen correctamente y sin error.

Estos objetivos involucran el establecimiento, desde los sistemas operativos y procesos, con el fin de que minimizar la probabilidad de errores y maximizar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, en cualquiera de los niveles de atención de los sistemas de salud (6).

La OMS creó en Octubre 2004 una iniciativa denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el deseo de establecer políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. En Octubre 2005 lanzó el primer desafío que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales, bajo el lema una atención limpia es una atención segura. El segundo reto que encaró la OMS dentro de la alianza en el 2008 fue la cirugía segura salva vidas, sobre las prácticas quirúrgicas (6).

Para llevar adelante, el propósito de prevenir eventos adversos y mejorar la Seguridad del Paciente, el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul, de Villa del Rosario, desde el mes de Noviembre de 2012 ha incorporado como práctica diaria, la Lista de Verificación a los pacientes que allí son intervenidos quirúrgicamente, a fin de optimizar el Servicio y garantizar la atención.

Las Listas de Verificación, es una herramienta potencialmente útil, en los hospitales, que aportan orden, estandarización y sistematización de las tareas, así como estimular la comunicación en los equipos (7).

Desde el momento de su implementación hasta el momento, se desconoce la magnitud de los eventos adversos prevenidos.

En cuanto a la Seguridad al Paciente, se desconoce en cuanto se ha protegido al paciente de los eventos adversos.

Por todo lo anteriormente descrito, se elabora el siguiente informe, que permite, conocer la magnitud de los eventos adversos prevenidos en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación aplicada como medida de seguridad a los pacientes que son intervenido quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirugía, viene siendo un componente esencial de la Asistencia Sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los Sistemas de Salud Públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo, la eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.

La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%.

En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.

El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.

Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Así pues, no existe una solución única para mejorar la seguridad de la cirugía, de manera tal que es necesaria la aplicación de una serie de medidas de supervisión realizadas antes, durante y después del procedimiento quirúrgico a fin de mitigar y reducir al mínimo el riesgo de un evento adverso. (8)

El Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario, enuncia en su:

MISIÓN: Ser un Servicio que proporcione atención quirúrgica de mediana complejidad, a toda persona que necesite una intervención quirúrgica abdominal, ginecológica, obstétrica, otorrinolaringológica y traumatológica, con profesionalismo, calidad y excelencia en la práctica. Servicio formador de recurso Humano con orientación al Compromiso, la Prudencia y la Ética.

VISIÓN: Ser un Servicio Quirúrgico líder, con reconocimiento Local y dentro de la Zona de Integración Sanitaria Provincial, en los próximos 5 años. Nuestro compromiso como Equipo, es dedicarnos a mejorar, continuamente las destrezas y el equipamiento, para lograr un mayor bienestar a nuestros pacientes. Seguir siendo un Servicio generador de profesionales. Ser participantes activos en las estrategias del Hospital, que impacte en los indicadores básicos de la Salud del Estado.

Este Servicio pertenece al Hospital San Vicente de Paúl. Establecimiento que se encuentra situado geográficamente en la ciudad de Villa del Rosario, cabecera del departamento Río Segundo, al sudeste de la ciudad de Córdoba capital, a 84 KM sobre ruta provincial N° 13.

De acuerdo a la clasificación, el Hospital San Vicente de Paúl pertenece a los establecimientos de Salud de la órbita Provincial, de acuerdo a la categorización de los mismos, pertenece al Nivel II, complejidad media, pero también realiza acciones del nivel I y del nivel III, contando con las especialidades básicas Clínica Médica, Cirugía General, Obstetricia y Pediatría. Compone la red Hospitales Amigo de la Madre y el Niño desde 2008.

La modalidad de funcionamiento con respecto a la asistencia entre los niveles, es a través, de la referencia y contra referencia tanto para el primer nivel como para el tercer nivel.

Dispone de un Sector de Internación, con cuarenta y tres camas distribuidas de la siguiente manera:

30 camas generales, 8 camas de cuidados críticos de adultos. En el período invernal se habilita un sector anexo a pediatría con 5 unidades más.

El Sector de Internación es uno y está sub dividido en pediatría, clínica médica, cirugía, obstetricia.

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI), dispone de tres respiradores.

El Sector de Consultorios Externos que ofrece los servicios de vacunación, otorrinolaringología, cardiología, oftalmología, traumatología, odontología, psicología, psiquiatría, diabetología y endocrinología, nutrición, servicio

social, kinesiología, farmacia, laboratorio, diagnóstico por imágenes, emergencias, dos quirófanos, dos salas de partos, central de esterilización, anatomía patológica y morgue.

El Hospital es referente y centro de derivación, cubre una amplia zona de influencia con asistencia sanitaria, a doce localidades, quienes derivan sus pacientes a dicha Institución, además brinda, cobertura en salud a los habitantes de la ciudad donde está enclavado 16.000 personas (9).

El Servicio de Cirugía, dispone veinte profesionales de las siguientes disciplinas: médicos de cirugía general 4, obstetras y ginecólogo 5, traumatólogo 1, otorrinolaringólogo 1, anestesiólogos 4, instrumentadoras 3, enfermera circulante 1 y enfermera de esterilización 1.

Este Equipo es coordinado por un médico Jefe de Cirugía y una Supervisora de Quirófano que están incluidos entre los profesionales anteriormente nombrados.

El modelo de gestión y funcionamiento del Servicio es:

- ❖ Trabajo en Equipo y flexibilidad.
- ❖ Menor burocracia.
- ❖ Decisiones compartidas.
- ❖ Servicios interrelacionados
- ❖ Puestos ampliados, con variedad de tareas, responsabilidades y reconocimiento por alto desempeño.
- ❖ Se valora el respeto, el trabajo en equipo y el diálogo como camino para la solución de conflictos.
- ❖ Búsqueda permanente de actualización profesional, y mejorar las Condiciones laborales del Servicio (10).

La actividad quirúrgica del Servicio se destaca en la frecuencia mensual de pacientes intervenidos quirúrgicamente, oscila entre 65 a 70 paciente mensuales.

La especialidad de mayor demanda son las cesáreas, luego siguen las cirugías de colecistectomía por video, y en menor proporción, hernioplastía, traumatología, ginecología. Lo datos expuestos fueron extraídos del libro de registros diario.

Los profesionales que allí trabajan, motivados por el interés de ofrecer mejor calidad en la atención y sumándose al desafío global, Las Cirugías Seguras Salvan Vidas, progresivamente fueron implementando diferentes acciones, con el fin de reducir los riesgos de la producción de eventos adverso. Entre ellos podemos nombrar:

- Hoja de internación: Esta hoja es exclusiva para el paciente quirúrgico que se la entrega el cirujano en el consultorio externo. En ella se especifica, datos sociales básicos del paciente, tipo de cirugía, anestesia y cuidados básicos en el pre quirúrgico y durante el día de internación.(Anexo II)

- **Confección de Consentimiento Informado:** Documento donde el cirujano hace constar e informa a su paciente los aspectos generales de la cirugía y disipa dudas que él pueda tener, esta acción se desarrolla, en el consultorio médico en el momento que se programa la fecha de la cirugía.
- **Planilla diaria de Cirugías:** En el día de la intervención quirúrgica la Enfermera circulante y /o Instrumentadora realizan a una entrevista al paciente en su Unidad, a fin de lograr un contacto previo con él a fin de cubrir necesidades bio- sico - social y registrar en dicha planilla datos identificatorios del paciente, tipo de intervención, antecedentes alérgicos, edad y se comprueba la existencia de estudios pre quirúrgicos. Dicha información se expone a los profesionales intervinientes antes del que paciente ingrese al Área de Quirófanos.(Anexo III)
- **Identificación del paciente alérgico:** En caso que el paciente sea alérgico dato, detectado en la entrevista previa, se le coloca una pulsera verde flúor a fin de que el profesional que atiende al paciente tenga conocimiento de su estado.
- **Aplicación de la Lista de Verificación:** En el momento de admitir al paciente, en el área previa a quirófano, la Circulante realiza la entrevista al paciente, y comienza aplicar la primera dimensión(entrada), periodo anterior a la inducción de la anestesia de la Lista de Verificación. Allí junto al paciente solicita y comprueba los siguientes datos: Nombre y apellido, DNI, tipo de cirugía y antecedente alérgicos. En el mismo acto registra fecha y hora de ingreso, estado de lucidez del paciente, situación de ayuno, uso de medicación habitual, consumo de tabaco, patologías concomitantes, se verifica y registra la verificación de la zona operatoria, exámenes preoperatorios. Luego se registra lo que se ha realizado previamente el acondicionamiento del quirófano con la comprobación del funcionamiento de luz sialítica, aspiración, mesa de anestesia, laringoscopia y medicación específica.

Luego se pasa al paciente a quirófano y ya en la posición adecuada y previo a la incisión cutánea (pausa de seguridad) se confirma que todos los miembros, se confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y la intervención a realizar, profilaxis antibiótica, instalación de placa de electrobisturí, verificación de instrumental estéril, verificación de material poroso.

Antes del cierre de la incisión quirúrgica se verifica y registra instrumental y material poroso utilizado y antes de la salida (tercera dimensión) del paciente de quirófano se verifica identificación de piezas de biopsias, estado de conciencia después de la recuperación de la anestesia, área a la que egresa el paciente y la hora. A estos datos se realiza además el informe del

circulante, donde se informa presencia de drenajes, en caso de cesáreas se especifica hora del nacimiento, sexo y si lloro al nacer.(12)

Desde su implementación, Noviembre de 2012 hasta la fecha, Julio 2013 no se ha realizado un estudio exhaustivo, de la cantidad de eventos adversos prevenidos, en cada una de las dimensiones que forman la Lista.

Otro aspecto que motiva realizar esta investigación científica de reflexión, de análisis, de documentos escritos, es que y de acuerdo a las conclusiones la Lista de Verificación como barrera que preserva la Seguridad del Paciente puede ser recreada o modificada en su estructura no en sus dimensiones para mejor utilización.

Además es un interés compartido entre los profesionales del Servicio y la autora del presente estudio.

Por lo anteriormente descrito se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la magnitud de los eventos adversos prevenidos, en cada una de las dimensiones de la Lista de verificación, aplicada como medida de seguridad a los pacientes, que son intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario Hospital, de Agosto a Octubre de 2013?

5. OBJETIVO GENERAL

Conocer la magnitud de los eventos adversos prevenidos en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación, aplicada como medida de seguridad a los pacientes que son intervenido quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario, de Agosto a Octubre de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar en la primera dimensión, **entrada**, los eventos prevenidos, de acuerdo a los datos identificatorios, condiciones físicas del paciente y acondicionamiento de la infraestructura.
- ❖ Reconocer en la segunda dimensión, **pausa de seguridad**, los eventos prevenidos, de acuerdo a la verificación de la esterilización .
- ❖ Especificar, en la tercera dimensión, **salida**, el grado de confección del informe del circulante.

6 MARCO TEÓRICO

6-1 CONCEPTO DE SALUD DESDE LA CALIDAD DE VIDA

Durante el siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, la concepción sobre el proceso de salud–enfermedad estuvo dominada, por la perspectiva socio sanitaria de la medicina social, las cuales concebían la salud como ausencia de enfermedad y propiciaban el desarrollo de acciones hacia el diagnóstico, la detección y el control de factores de riesgo y la especialización de los servicios de atención.

Esta perspectiva trata de explicar el funcionamiento del cuerpo para prevenir y curar las alteraciones de organismo que generan enfermedad. Por tanto, este enfoque busca, en primer lugar, producir y aplicar conocimientos técnico científicos que permitan identificar los factores de riesgo y los factores protectores y, en segundo lugar, desarrollar estrategias de educación y acción, definidas por la disciplinas biomédicas, orientadas a la información sobre los riesgos de algunas conductas que pueden llevar a la aparición de la enfermedad y a la regulación de estos comportamientos por medio de la normatividad. Este paradigma médico salubrista, acompañado de un enfoque legal, ha generado un modelo de educación para la salud orientado a informar y prohibir, identificando conductas generadoras de riesgo para la salud, dejando de lado el acervo de saber social implícito en los contextos de la vida cotidiana de los grupos sociales y priorizando un tipo de racionalidad que parte de una concepción del cuerpo fragmentada y escindida, fruto de la visión dualista instrumental instaurada por la modernidad.

También deja de lado los determinantes asociados al orden social, cultural, económico y político que configuran una manera de vivir el cuerpo. Este modelo de educación para la salud se construye a partir de un discurso hegemónico de la prevención de la enfermedad que posee el equipo de expertos técnico científicos, que excluye la participación de los actores sociales en los programas y concreta sus acciones pedagógicas en campañas de información y atención puntuales, que incluyen, charlas, boletines, prescripción de conductas, etc.

Los cambios macro demográficos mundiales como el envejecimiento de la sociedad, la creciente inequidad social y la pobreza, entre otros hechos, muestran los límites del mismo, favoreciendo el surgimiento de un nuevo paradigma orientado al bienestar que fue promulgado en la conocida Declaración de Alma Ata de 1977 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se crearon las bases políticas y conceptuales para reorientar la acción.

Posteriormente, en el año de 1986, a partir de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá), se amplió el marco de referencia de la salud, al asociarla con el bienestar, como garantía necesaria para avanzar hacia el desarrollo humano y de los pueblos, considerando las diferentes formas de lograrlo, según los contextos socioculturales, políticos y económicos. Durante los últimos 20 años ha venido enriqueciéndose este paradigma que, concibe la salud de forma holística, en la cual tiene lugar el proceso vital humano y el desarrollo de todas sus dimensiones de forma integral e integradora, incluyendo la satisfacción de sus necesidades básicas y otras aspiraciones humanas de forma digna y plena.

El nuevo horizonte de sentido para la salud también ha sido nutrido por las re significaciones que se han dado en torno a la calidad de vida, considerando a la misma como un construcción compleja y multifactorial donde se pueden

tener algunas formas de medición objetivas, pero donde tiene mayor importancia la vivencia que tienen las personas que las posibilidades que poseen para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas . La relación entre bienestar, calidad de vida y salud permite hablar de un potencial de salud que comprende las capacidades vitales de goce, de comunicación, de creatividad, de crítica y autocrítica, de autonomía y de solidaridad. Estas capacidades no están nunca aisladas, se implican recíprocamente, se entretajan y se afectan mutuamente, pero es precisamente la salud la que resulta ser el hilo conductor de resonancia e integración entre cada una de ellas. De igual forma, los postulados de la promoción de la salud, insisten en la necesidad de fomentar la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; Da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas(13).

El concepto *calidad de vida* que es utilizado en relación con la *salud*, la *justicia* y la *ética*, ha sido estructurado teniendo en cuenta los aportes de varias disciplinas de contenidos muy diferentes. En su esencia está el carácter valorativo, contextual e histórico al que debe atenderse, así como su fidelidad a los valores humanos que constituyan expresión de progreso social y respeto a una individualidad en que se armonicen necesidades individuales y sociales. Partiendo de estas exigencias, la utilización del concepto *calidad de vida* permitirá valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con un medio ambiente

más adecuado para acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable, libre, con equidad (14).

6-2 EL CONCEPTO DE SALUD COMO DERECHO

La ciudadanía social puede ser definida, a nuestro modo de ver, como un vínculo de integración social que se construye a partir del acceso a los derechos sociales siempre cambiantes en una comunidad.

Esta conceptualización nos permite señalar en su interior tres elementos que merecen algunas consideraciones puntuales.

En primer lugar, la referencia a vínculo de integración social induce a la reflexión acerca de la noción de ciudadanía como marco de contención social y de desarrollo de las potencialidades humanas.

En segundo lugar, la posibilidad de acceso a los derechos sociales nos permite distinguir el reconocimiento del derecho, como relación social, del ejercicio efectivo de ese derecho en los ámbitos necesarios para experimentarlos.

Por último, consideramos, que la ciudadanía constituye una categoría histórica que evoluciona en el mundo de la vida cotidiana y que con el transcurso del tiempo va asumiendo distintos contenidos. La movilidad en su agenda temática está evidentemente vinculada al avance o retroceso experimentado en el campo de los derechos sociales y de la política social.

No obstante, los derechos sociales reclaman no sólo los civiles y políticos, sino también los derechos humanos. En este marco, los derechos sociales garantizan el acceso a los medios de vida y de trabajo en sentido amplio. Otorgando, la posibilidad de participar del bienestar social, entendido como bienes que se incorporan a través de un proceso colectivo y se van acumulando en el tiempo. Por ello, los derechos previstos en el Estado de bienestar son derechos de crédito del individuo en relación con la colectividad, como son: el derecho al trabajo, a la salud, a la educación. El titular de estos derechos es el hombre en su individualidad (15).

Cuando el individuo enferma tiene derecho a ser atendidos en los centros de asistencia Sanitaria y ellos tienen que velar por su seguridad, activando las barreras necesarias para prevenir un efecto adverso. Por ello el concepto de seguridad del paciente es considerado desde la órbita del gubernamental a todos los ciudadanos.

6-3 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Gobierno de la Provincia de Córdoba y el Ministerio de Salud considera al manejo y la Seguridad del Paciente como Política de Estado a partir, Decreto Provincial N° 2305 del 10/12/07 creando el cargo de Director de Jurisdicción Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Siendo considerada la Seguridad del Paciente como un principio orientador fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de cada establecimiento de salud.

Además promueve y autoriza la creación de los Comité de Seguridad del Paciente en los Establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud, a fin de minimizar los Eventos Adversos de cada Hospital Córdoba 15/12 / 08.

La Misión y Visión del Programa para la Seguridad del Paciente en la Provincia de Córdoba, parte de la realidad concreta. La medicina ha cambiado muy significativamente, nuestros conocimientos de la fisiología, la bioquímica y la genética del ser humano, se han incrementado notablemente así como nuestro conocimiento de las enfermedades y sus terapéuticas. Nuestras habilidades técnicas han crecido y la complejidad de la práctica médica también significativamente. Las mismas drogas y cirugías que pueden salvar vidas pueden potencialmente causar daño a los pacientes. Los médicos creen descansar en el apoyo de los Sistemas de asistencia médica (muchas veces muy intrincados y complejos) para permitirles llevar a cabo sus tareas. No obstante los errores pueden ocurrir en cada uno de los estadios de atención a los pacientes. Actualmente una Ciencia para la Seguridad del Paciente está en desarrollo. El daño a los pacientes no es absolutamente inevitable pero puede ser prevenido. Para lograrlo, los sistemas, las instituciones, los médicos, debemos aprender de los errores pasados y aprender cómo evitarlos en el futuro. Tenemos que adaptar nuestras formas de trabajar para lograr hacer del cuidado seguro de la Salud nuestro objetivo fundamental y alcanzable.

Aquellos que trabajamos en el Cuidado de la Salud somos los privilegiados de estar en una actividad dirigida a cuidar de los seres humanos, reducir sufrimientos, salvar vidas, acompañar. Nuestro cuidado no siempre produce resultados de acuerdo al plan previsto, a veces causa sufrimientos, incapacidades o muertes. No todos los costos pueden ser cuantificados, los errores médicos también tienen un costo importante en términos de pérdida de confianza en el Sistema Médico y en disminución en la satisfacción de los pacientes por su atención y en los propios médicos insatisfechos de su labor profesional y resultados obtenidos.

Los daños secundarios a los errores en la asistencia a los pacientes pueden ser tanto físicos como psicológicos y duran en algunos casos de por vida. La administración fragmentada y descentralizada de los sistemas de cuidado de la Salud, también contribuye a condiciones de inseguridad en el desarrollo

de Programas y a veces se transforman en un impedimento para desarrollar seguridad en las acciones médicas (16).

Desde 2008 el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba ha fomentado a la creación de los Comité de Seguridad y a la aplicación de la Lista de Verificación. Cada Hospital lo realiza de acuerdo a su estructura y adaptándolo a su ambiente. De treinta y seis Establecimientos, en este momento son escasos quienes aplican el instrumento, según lo investigado, el 20% , lo aplican ,otros están el en período de incentivación y motivación como es el ejemplo del Hospital Neonatal y el resto no lo aplica .

6-4 MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE SEGURIDAD

Hay dos acepciones de seguridad: en el Diccionario de la Real Academia Española que se refiere al sentido en que utilizamos el término en la práctica clínica: cualidad de seguro y fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien. La primera nos redirige al concepto seguro que interpretamos como libre y exento de todo peligro, daño o riesgo.

La segunda acepción incluye, en cierta medida, la responsabilidad que tiene el sistema de cumplir con esa indemnidad al paciente.

En el contexto de la salud, y en concreto en el de la seguridad clínica, no se puede ser tan categórico ya que, como veremos más adelante, no existe prácticamente actuación sanitaria totalmente inocua.

Toda asistencia en sí misma implica un riesgo para el paciente. Ese riesgo se expresa en diferentes fenómenos producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema.

De acuerdo a la taxonomía desarrollada por la OMS, podemos identificar los elementos que juegan un papel en la seguridad del paciente:

- ❖ *Suceso adverso*: es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Los sucesos adversos que realmente han provocado daño al paciente se denominan efectos adversos.
- ❖ *Factor contribuyente*: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca éste. Dichos factores pueden ser externos a la organización, organizativos (por ejemplo, la inexistencia de protocolos), relacionados con el personal sanitario (un defecto de formación o una falta de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo, una conducta).

- ❖ *Los factores contribuyentes:* podrían clasificarse en errores humanos, fallos del sistema y características del paciente.
- ❖ *Factores de recuperación:* comprenden la detección y la atenuación del incidente.
- ❖ *La detección:* se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas en los circuitos de los respiradores) o pueden ser el resultado de un proceso de comprobación o de vigilancia.
- ❖ *Un factor atenuante:* se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.
- ❖ *El mecanismo del daño:* ya se ha iniciado, pero aún no ha producido el máximo daño posible.

Resultados para el paciente. Se dividen en:

- Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquélla.
- Enfermedad: disfunción fisiológica o psicológica.
- Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- Sufrimiento: la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Las categorías naturales de los resultados para el paciente se denominan tipos de *efecto adverso*. Por ejemplo, lesión de un uréter durante una intervención o náuseas secundarias a una medicación.

También existen resultados para la organización.

- *Medida de mejora:* medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Buscan el restablecimiento tanto de la situación clínica del paciente como de las repercusiones que haya sufrido la organización. Un ejemplo sería la hidratación del paciente que presentaba náuseas y vómitos por la medicación.
- Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se definen como *acciones encaminadas a reducir*, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Dichas acciones pueden relacionarse directamente con los

incidentes y factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo).

- Las medidas que se utilizan para disminuir la frecuencia de aparición del incidente o para aumentar la capacidad de su detección incluyen las denominadas *barreras del sistema*. Las medidas encaminadas a atenuar el impacto del efecto adverso en el paciente y las que pretenden restablecerlo incluyen los denominados *planes de contingencia*.
- *Resiliencia* se refiere al grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes. Aceptando pues este marco conceptual en el que cabe el riesgo mínimo irreductible que implica la asistencia sanitaria.

Es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales, y mejorarla depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema y supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren o mitigar sus consecuencias.

Entre las dimensiones de la seguridad del paciente encontramos, entre otras:

- ✓ Seguridad del entorno y de los equipos.
- ✓ Prevención de infecciones asociadas a los cuidados.
- ✓ Seguridad en el uso de los medicamentos.
- ✓ Comunicación efectiva a diferentes niveles.

La Seguridad del Paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Algo que nos preocupa y nos ocupa. Asimismo, podemos considerarla como un síntoma de dos síndromes: el síndrome de la calidad y el síndrome de la responsabilidad profesional (17).

Destacan diferentes modelos explicativos sobre la seguridad:

El yin y el yang

Concepto surgido de la filosofía oriental. Describe las dos fuerzas fundamentales, opuestas pero complementarias, que se encuentran en todas las cosas. En el contexto de la seguridad clínica, el yin corresponde a la adversidad y el yang a la seguridad. Son situaciones de un continuo de mayor o menor grado de riesgo para el paciente.

El riesgo y la seguridad forman un equilibrio dinámico representado por la línea sinuosa que los separa: cuando uno aumenta, el otro disminuye. En el supuesto de la mejora continua de la calidad, se pretende que este equilibrio se vea desplazado al lado yang de la seguridad (18).

Figura 1: El yin y el yang de los servicios sanitarios.



Fuente: Gestión Sanitaria de calidad. Cap. 33. Marco Conceptual de la seguridad clínica

El queso suizo

Los sistemas de alta tecnología tienen muchas capas de defensa: algunos están diseñados (alarmas, barreras físicas, cierres automáticos, etc.), otros se basan en las personas (cirujanos, anestesistas, pilotos, operadores de la sala de control, etc.) y otros dependen de los procedimientos y controles administrativos.

El queso suizo es un modelo ideado por J. Reason en el que las rebanadas de queso poseen agujeros que están continuamente abriéndose, cerrándose, y cambiando su ubicación.

Como se puede observar en la figura 2, las lonchas de queso representan las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de EAS en el paciente en tanto que sus agujeros, representan sus imperfecciones.

Las claves de este modelo se pueden resumir en:

Los accidentes ocurren por múltiples factores.

- Existen defensas para evitar los accidentes.
- Múltiples errores “alineados” permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar como los fallos atraviesan las defensas (19).

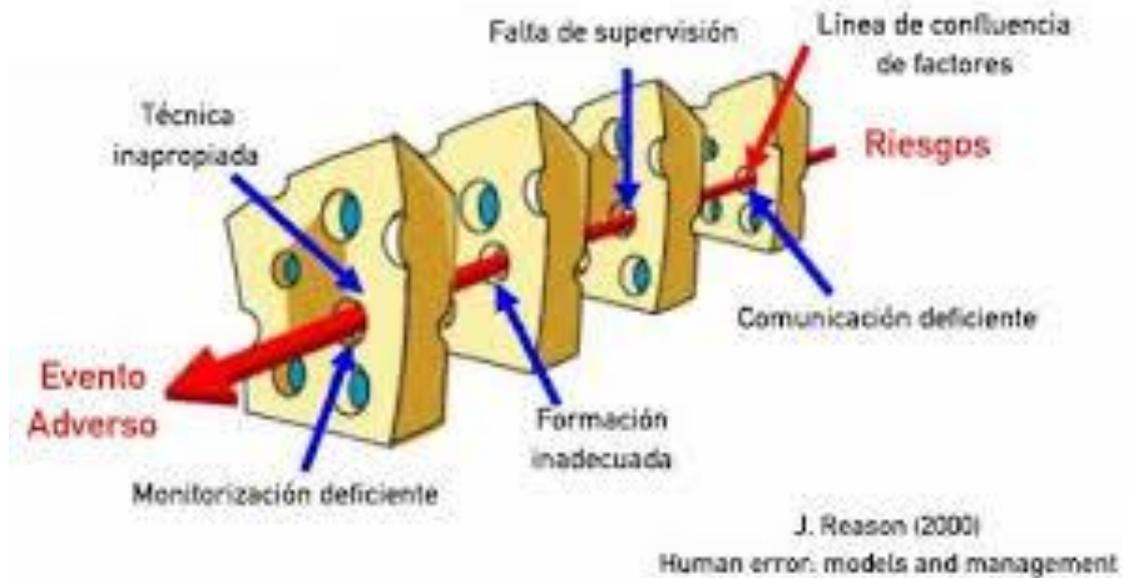


Figura 2: Gestión Sanitaria de calidad. Cap. 33.Marco Conceptual de la seguridad clínica

6.5 CAUSAS DEL EVENTO ADVERSO

Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente

Se enuncian a continuación:

Fallas en la estructura

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Mantenimiento insuficiente.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.
- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.

Fallas en el proceso

- Cultura de la organización.
 - Diseño organizacional inadecuado.
 - Deficiencias en los sistemas.
 - Procesos no estandarizados.
 - Carencia de sistemas de alarma.

- Deficiencias en la coordinación del personal.
 - Deficiencias en la comunicación entre el personal.
 - Deficiente comunicación con la familia.
 - Deficiente comunicación con el paciente.
 - Falta de supervisión.
 - Vigilancia no profesional o insuficiente.
- Proceso de la atención médica.
 - Identificación deficiente del paciente.
 - Relación médico-paciente deficiente.
 - Registros deficientes en el expediente clínico.
 - Disponibilidad de información insuficiente.
 - Riesgos del procedimiento.
 - Medidas de seguridad insuficientes.
 - Protección insuficiente en traslados.
- Competencia profesional insuficiente.
 - Carencia de guías clínicas.
 - Razonamiento clínico inadecuado.
 - Criterios clínicos incorrectos.
 - Desatender a la medicina basada en evidencias.
 - Conocimientos médicos no actualizados.
 - Falta de experiencia.
 - Fatiga.
 - Prisa.
 - Exceso de confianza.
 - Falta de conciencia de los riesgos.
 - Falta de aceptación de las limitaciones propias.
- Factores inherentes al paciente.
 - Falta de información.
 - Desconocimiento de sus problemas.
 - Participación insuficiente del paciente y la familia.
 - Intolerancia a medicamentos o material de curación.
 - Alergia no conocida a medicamentos.
 - Idiosincrasia a medicamentos.
 - Negativa a colaborar en su atención (20)

6.6 PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que éste ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico, se recomienda las siguientes herramientas:

- *Guías clínicas*

La estandarización de los procesos permite una mayor seguridad, al minimizar las posibilidades de decisiones incorrectas, aun cuando sin

quitarle al médico la capacidad de decisión, cuando a su criterio debe actuarse en forma diferente, particularmente en situaciones críticas.

Basarse en las guías clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito.

Las guías van a ser un hilo conductor que nos va a llevar por el camino de las mejores prácticas y auxiliarnos para tomar la mejor decisión y elegir el mejor criterio.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento útil de que restringen la libertad de acción o de prescripción del médico.

Las guías clínicas sin ser restrictivas de la actuación del médico, ayudan a recabar la información y las evidencias necesarias, representan un apoyo adicional a la práctica médica ya la prevención de los eventos adversos, mediante el análisis crítico y aplicación de la medicina basada en evidencias.

- *Medicina basada en evidencias*

Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias. Si tenemos en cuenta el significado de la palabra *evidencia*:

- Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar.
- Prueba de algo.
- Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían proporcionalmente, la elección del criterio se realizaría con menor riesgo y se tomaría la mejor decisión para evitar desembocar en un evento adverso.

- *Competencia profesional*

En lo referente al error médico, las causas se ubican en su competencia profesional, incluyendo su actualización en los conocimientos médicos vigentes, sus destrezas, su experiencia, así como el desarrollo de un razonamiento clínico escrupuloso, buscando y utilizando las evidencias disponibles.

Por lo tanto, es imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general, mantengan actualizados sus conocimientos a través de los diferentes recursos disponibles. Debe considerarse que existen factores determinantes que nos exponen al riesgo de presentación de un error médico que dé lugar a un evento adverso y a una sanción laboral o legal:

- *Actuar sin saber*: carecer del diploma de especialista.
- *Actuar sin estar autorizado*: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- *Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer*: ignorancia.
- *No hacer lo que se sabe que se debe hacer*: negligencia.
- *Hacer lo que se sabe que no se debe hacer*: dolo.

No se justifica los errores médicos derivados de ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia, falta de experiencia o exceso de confianza. El paciente no tiene por qué asumir los costos de la curva de aprendizaje de los médicos ni, aún menos, la mala práctica.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena práctica médica ,se presente un evento adverso no previsible, no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.

- *Expediente clínico*

Una buena práctica clínica para prevenir un error médico y, por ende, un evento adverso, perdería su utilidad si no se hubiera documentado en el expediente clínico lo ocurrido, a pesar de la aplicación de las guías clínicas, la utilización adecuada de las evidencias disponibles, sobre las cuales sustentamos la elección de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes.

Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido documentadas en el expediente clínico.

Los registros en el expediente clínico son, además, el medio de comunicación por excelencia para otorgar una atención coordinada con otros médicos que tengan que intervenir en la atención de un paciente; para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica.

El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas.

- *La práctica de la clínica*

La clínica en la práctica médica es un recurso que aumenta el conocimiento, el interés y la curiosidad científica, sin embargo, existe una tendencia a dejarla de lado, con lo cual el arte de la clínica se ha ido substituyendo por el arte de la interpretación de la técnica.

Es indispensable retomar y privilegiar una relación médico paciente más estrecho, que facilite la comunicación en ambos sentidos, al igual que con la familia y el resto del personal de salud. Es muy importante escuchar y tomar en cuenta lo dicho por el paciente, la familia y el personal de salud.

- *Epidemiología*

En algunos casos, ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, conforme a los conocimientos médicos vigentes, la medicina basada en evidencias y registros acuciosos en el expediente clínico, permiten llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones. En estos casos, los estudios epidemiológicos locales orientan hacia la opción más probable.

- *Experiencia*

La mayor experiencia del médico derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad, le permite una mejor percepción anticipatoria de los riesgos de que ocurra un evento adverso, e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta.

La experiencia sólo se adquiere al relacionar comparativamente un problema clínico con situaciones similares vistas con anterioridad.

Es un hecho de observación que a mayores conocimientos, evidencias y experiencia, habrá menos errores, y que entre menos evidencias haya se requerirá mayores conocimientos y experiencia (21).

6.7 LISTA DE VERIFICACIÓN ,

CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS, GENERALIDADES.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, es un plan asistencial, que se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos, a reducir los daños al paciente, es un recordatorio prospectivo (ayuda nemotécnica activa) que contribuyen a mejorar el cumplimiento de las prácticas. Es un indicador de la seguridad en el quirófano y una herramienta a disposición de los profesionales de Equipo de Salud Quirúrgica para mejorar la seguridad de la intervención y reducir los eventos adversos evitables.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, colaboró con numerosas personas de todas las regiones, de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, anestesia, enfermería, enfermedades infecciosas, epidemiología, ingeniería biomédica, sistemas de salud, mejora de la calidad y otros campos conexos, además de pacientes y grupos de defensa de la seguridad del paciente. Entre todos identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano.

El resultado es la Lista de Verificación, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

La Lista de Verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La Lista de verificación se basa en tres principios fundamentales, ellos son: **Debe ser focalizada:** Se debe intentar que la Lista de verificación sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad. Lo ideal son entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado de la Lista.

Debe ser breve: La verificación de cada sección de la lista no debe llevar más de un minuto.

Aunque pueda resultar tentador elaborar una lista más exhaustiva, la necesidad de integrar la lista en el flujo de la atención sanitaria debe contrarrestar este impulso.

Debe ser ejecutable: Cada elemento de la Lista de verificación debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca. Los elementos sin una acción directamente asociada confundirán a los miembros del equipo sobre lo que se espera de ellos.

Cualquier intento de modificación de la lista debe contar con la colaboración de los representantes de los grupos involucrados en su utilización. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestelistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generarla sensación de pertenencia que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica.

También proponemos que un equipo quirúrgico utilice la lista durante un solo día y aporte observaciones. Modifique consecuentemente la Lista de verificación o la manera en que se integra en la atención sanitaria y vuelva a ponerla a prueba en un solo quirófano. Continúe con este sistema hasta que considere que la lista así creada funciona en su entorno. Plantéese entonces implantarla con un programa de mayor envergadura. (22)

Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la Lista de verificación y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal. La Lista de Verificación ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando al riesgo de la aparición de un evento adverso.

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

- ✓ El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- ✓ El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- ✓ El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
- ✓ El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- ✓ El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
- ✓ El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- ✓ El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

- ✓ El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- ✓ El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
- ✓ Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Cualquier intento de modificación de la lista debe contar con la colaboración de los representantes de los grupos involucrados en su utilización. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestesistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generarla sensación de pertenencia que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica. (22)

Lista de verificación, es un recordatorio prospectivo (ayuda nemotécnica activa) que contribuyen a mejorar el cumplimiento de las prácticas. Es un indicador de la seguridad en el quirófano y una herramienta a disposición de los profesionales de Equipo de Salud Quirúrgica para mejorar la seguridad de la intervención y reducir los eventos adversos evitables.

Es una lista formal usada para: Identificar, Planificar, Comparar o Verificar un grupo de elementos.

Sirve de ayuda visual u oral que facilita al usuario superar las limitaciones de su memoria.

Permite condensar la información crítica ayuda a reducir los errores de omisión.

Mejora los estándares de calidad.

Es adaptable a las necesidades del entorno.

Se basa en la evidencia.

Facilita la evaluación.

Promueve a las prácticas seguras establecidas.

Necesita mínimos recursos para ser aplicada.

Ayuda hacer las cosas correctas a todos los pacientes, todo el tiempo.

Su valor radica, en su aplicación oportuna y su impacto en la reducción de eventos adversos.

La Lista de verificación, divide la operación en tres fases, entrada, pausa y salida cada una correspondiente a un período de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:

ENTRADA: El período anterior a la inducción de la anestesia.

PAUSA DE SEGURIDAD: Período anterior a la incisión quirúrgica.

N.R.

SALIDA: El período de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (22).

6.8 LOS SIETE PASOS PARA UNA MEJORA CONTINUA

La aplicación de la Lista de Verificación es una importante herramienta para la seguridad del paciente, la misma se complementa con los siete pasos para una mejora continua en la prevención de eventos adversos:

◆ **Construir una cultura de seguridad:**

La cultura de seguridad implica que:

Hay que tener conciencia de que las cosas pueden ir mal.

Hay que ser capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorarlas cosas.

Una cultura abierta e imparcial para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos.

Basada en un enfoque al sistema ya que las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.

Es necesario abordar que fue mal en el sistema ya que ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.

Está presente cuando atiende a pacientes, fija objetivos, desempeña procedimientos procesos, compra productos, rediseña.

◆ **Liderazgo del equipo de personas.**

El papel del líder es:

Fomentar una cultura abierta y justa.

Liderazgo de su equipo.

Integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización.

Promover la comunicación de eventos adversos.

Involucrar y comunicar a pacientes y familiares.

Aprender de los errores y enseñar al personal cómo y por qué los eventos adversos suceden.

Implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, procesos o sistemas.

◆ **3- Integrar las tareas de gestión de riesgos.**

◆ **4-Promover que se informe.**

La motivación para hacerlo:

Asegurar que se aprende de las lecciones y se actúa proactivamente para prevenir y mejorar.

Disponer a nivel nacional de una fuente de base para análisis y recomendaciones.

Las lecciones aprendidas localmente robustecen a nivel nacional.

Incluye aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como los que no.

➤ **5- Involucrar y comunicarse con pacientes y público.**

Este hecho puede mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante:

Identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes.

Aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras.

Las soluciones serán viables y realistas con su participación.

➤ **6- Aprender y compartir lecciones de seguridad.**

El uso del Análisis de Causa Raíz (ACR) que es una herramienta para una Investigación sistemática (más allá del individuo) de causas subyacentes y Contexto o ambiente en que se produce el evento adverso.

➤ **7- Implementar soluciones para prevenir daños.**

Trasladar las lecciones y cambios e incorporarlos a la forma en que se trabaja.

Asegurar soluciones que sean realistas, sostenibles y efectivas en costes.

Introducción controlada con la realización de evaluaciones de riesgo
(23).

7.DISEÑO METODOLÓGICO Y MÉTODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La estrategia del estudio a nivel temporal, es la de un estudio descriptivo, de corte transversal, aborda la variable, eficacia de la Lista de Verificación como medida de seguridad en las intervenciones quirúrgicas, en un momento dado abarcando el año 2013.

Según el tiempo de ocurrencia o registros de los hechos, el estudio es retrospectivo, pues la información se extrae de registros ya ocurridos de agosto a octubre de 2013, haciendo un total de 3 meses.

Según el período y secuencia es transversal, porque la variable en estudio se analizó durante un lapso calendario, donde el tiempo fue un intermediario que delimitó y facilitó la recolección de la información.

Según el carácter del estudio de las variables éste fue univariable, ya que realizó una descripción secuencial de la misma: Magnitud de eventos adversos prevenidos en cada una de las y las dimensiones, entrada, pausa de seguridad y salida, pero independientes y sin buscar relaciones ni establecer causa efecto.

Según el carácter del objeto de estudio, este fue empírico, propiamente dicho ya que la descripción de los hechos presentes correspondió a la realidad concreta.

7-2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

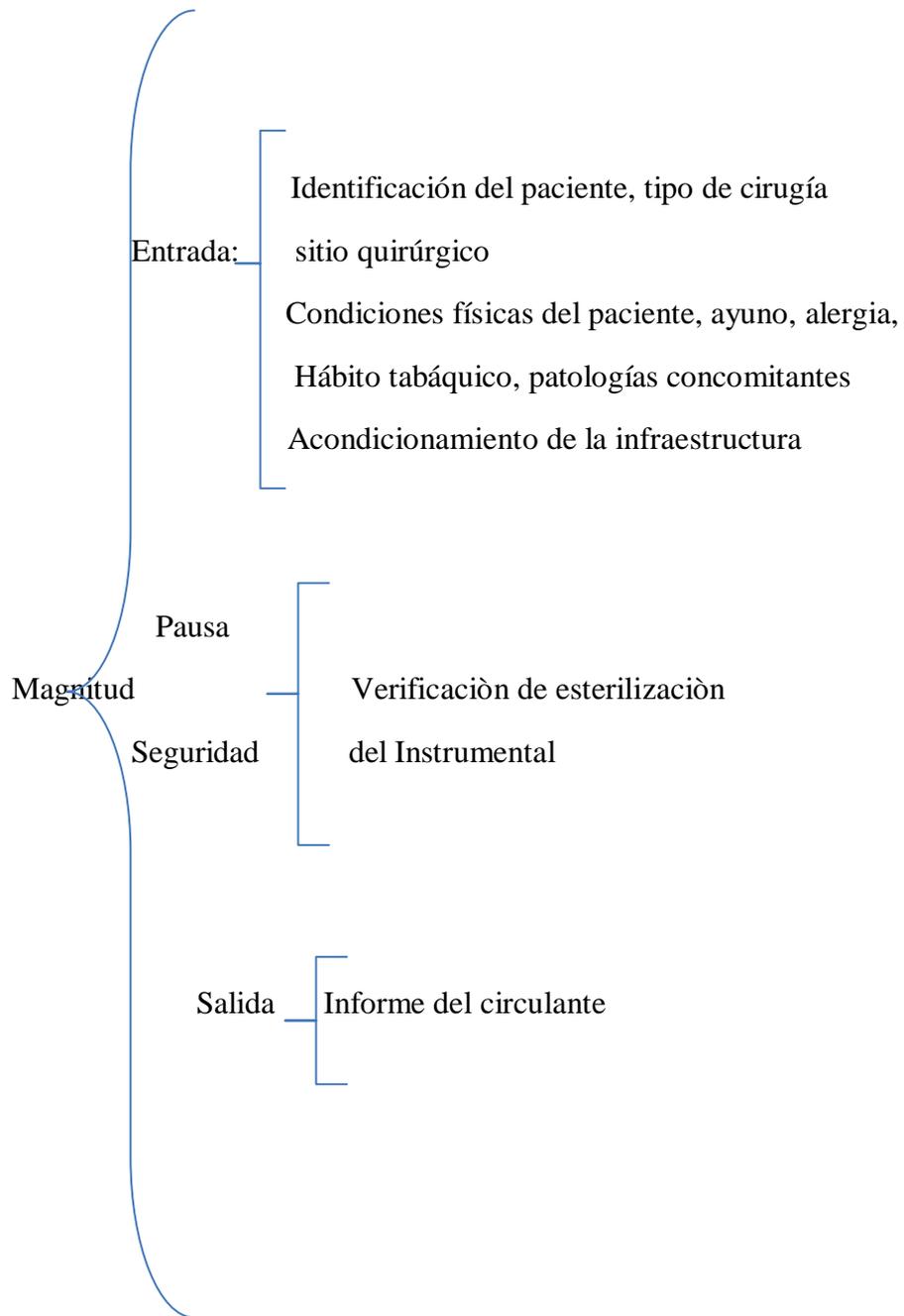
MAGNITUD: Es la descripción de un tamaño, cantidad, dimensión de una situación, problema con características lo suficientemente considerable.

ENTRADA: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia. Comprende identificación del paciente, tipo de cirugía, sitio quirúrgico, condiciones físicas del paciente, ayuno, alergias, hábito tabáquico, patologías concomitantes, acondicionamiento de la infraestructura.

PAUSA DE SEGURIDAD: Período anterior a la incisión quirúrgica. Comprende, verificación de esterilización, del instrumental,

SALIDA el periodo de cierre de la herida quirúrgica, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. Comprende informe del circulante.
(Anexo I)

7.3 ESQUEMA DE VARIABLES



7.4 UNIVERSO

El universo de este estudio, estuvo constituido, por las Listas de Verificación confeccionadas, a los pacientes con intervención quirúrgica, que ingresaron a Servicio de Cirugía desde 01 de agosto al 31 de octubre de 2013.

Conformaron un total de 132, instrumentos a estudiar. Dado el número de Listas de Verificación, que se analizaron, se trabajó con el total del universo.

La determinación del mismo se detalla a continuación:

Total de cirugías realizadas durante, el mes de agosto, setiembre y octubre fueron 149 en total.

Listas de Verificación, que no se confeccionaron 17.

Total de Listas de Verificación, confeccionados 132.

Para la conclusión final, los instrumentos, no realizados se van a considerar como eventos latentes.

Cabe aclarar que de cada instrumento se valorarán siete características que constituyen los eventos prevenibles o adversos que pudiesen ocurrir en cada una de los tiempos entrada, pausa de seguridad, salida, descrito en el esquema de variable.

Esto determina que del total de instrumentos evaluados 132 se pueden prevenir o no 660 eventos que serán considerados en la conclusión final.

8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente:

La fuente de información empleada, es de origen primario, porque los datos se obtuvieron de los mismos sujetos, todos los pacientes que ingresan al servicio de cirugía, a fin de ser intervenidos quirúrgicamente, desde 01 de agosto al 31 de octubre de 2013.

Técnica e Instrumento:

El estudio se realizó mediante la técnica de observación directa, con la aplicación de la lista de verificación de pacientes, al momento que el paciente ingresa al servicio de cirugía utilizando la técnica de entrevista.

El Instrumento utilizado, fue elaborado y acordado por profesionales, que se desempeñan en ámbito quirúrgico, respetando los lineamientos que marca la OMS.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, entrada, pausa de seguridad y salida cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención.

La dimensión **entrada**, consta de tres preguntas orientadas a la obtención de datos personales básicos. Luego contiene nueve preguntas dicotómicas orientadas a las condiciones físicas del paciente y una pregunta dicotómica que refleja el acondicionamiento del quirófano.

En la dimensión **pausa de seguridad**, las preguntas están orientadas a obtener datos referidos a la prevención de infecciones. Consta de cinco preguntas dicotómicas.

En la dimensión **salida**, se pretendió recabar información referida a confección del informe del circulante, consta de siete preguntas dicotómicas.

Los instrumentos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el período de estudio de agosto a octubre 2013.

8.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos que se desprenden del instrumento, Lista de Verificación quirúrgica, se tabularon, en una tabla maestra.

Se confecciono una tabla de distribución de frecuencia de acuerdo a cada dimensión.

Se presentaron los datos en forma sistemática en tablas simple con sus correspondientes gráficos de sectores o de barras.

Se realizó la interpretación de las tablas. Se elaboraron las conclusiones

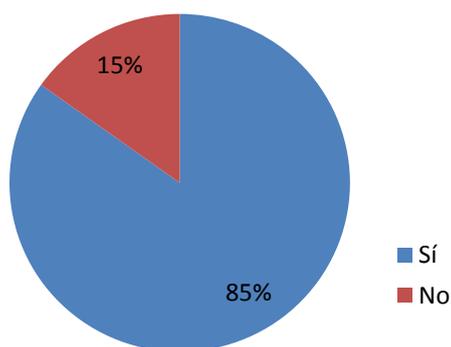
9.RESULTADOS

Tabla y Gráfico N°1

Distribución de eventos adversos prevenidos, según registro de datos identificatorios de los pacientes quirúrgicos, de Agosto a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Datos Identificatorios	Frecuencia	%
Registrados	112	85
No registrados	20	15
Total	132	100

Fuente: Lista de verificación.



Del gráfico se observa que del 100% de los eventos prevenidos el 85% corresponde a los datos identificatorios registrados y el 15% representa riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Tabla y Gráfico N° 2

Distribución de eventos adversos prevenidos, según registro, condiciones físicas del paciente quirúrgico, de Agosto a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Condiciones Físicas	Frecuencia	%
Registradas	124	94
No Registradas	8	6
Total	132	100

Fuente: Lista de verificación.



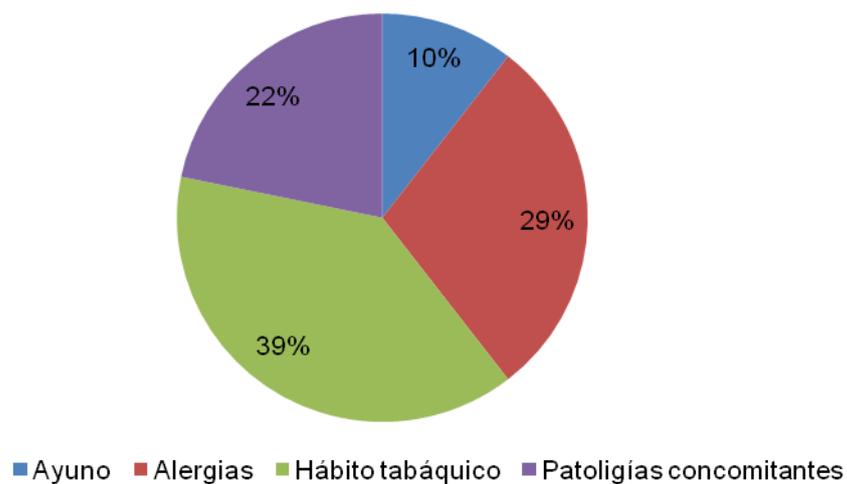
Del gráfico anterior se observa que del 100% de las Listas de Verificación, el 94 % tiene registrado las condiciones físicas del paciente y el 6% no están registradas.

Tabla y Gráfico N° 3

Distribución de eventos adversos prevenidos, según registro, de las condiciones físicas detectadas en los pacientes quirúrgicos, de Agosto a Octubre del 2013, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Condiciones físicas del paciente	Frecuencia	%
Ayuno	13	10
Alergias	36	29
Hábito tabáquico	48	39
Patologías concomitantes	27	22
Totales	124	100

Fuente: Lista de verificación.



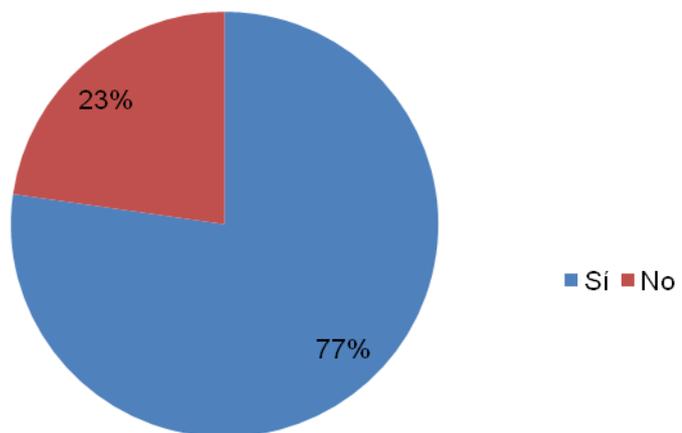
Según el gráfico N° 3 se observa que del 100% de eventos adversos prevenidos corresponde, 10% Ayunos, 29% Alergias, 39% Hábito tabáquico, 22% de Patologías Concomitantes detectadas.

Tabla y Gráfico N° 4

Distribución de eventos adversos prevenidos, según registro, del acondicionamiento de la infraestructura en el quirófano, de Agosto, Setiembre y Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Acondicionamiento de infraestructura	Frecuencia	%
Registrado	102	77
No registrado	30	23
Total	132	100

Fuente: Lista de verificación.



De acuerdo al gráfico número N° 4, se observa que, los eventos adversos que se previenen, por el acondicionamiento de la infraestructura en quirófano, el 77% se previnieron y el 23% no se previnieron.

Tabla y Gráfico N° 5

Distribución de prevención de infecciones, según registro en la lista de verificación, de Agosto a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Verificación de Esterilización	Frecuencia	%
Registrada	127	96
No registrada	5	4
Total	132	100

Fuente: Lista de verificación.



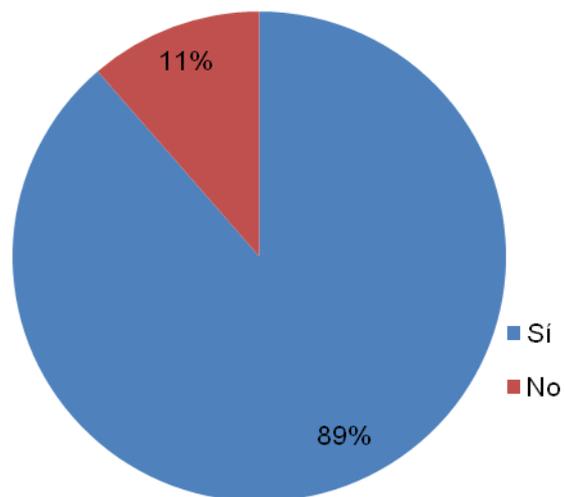
De acuerdo al gráfico N° 5, se observa que de los eventos adversos que se previenen, por la verificación para la prevención de infecciones, el 96 % se previnieron y el 4 % no se previnieron.

Tabla y Gráfico N° 6

Distribución de Listas de Verificación, según confección del informe por el circulante, de Agosto a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Informe del Circulante	Frecuencia	%
Confeccionados	117	89
No confeccionados	15	11
Total	132	100

Fuente: Lista de verificación.



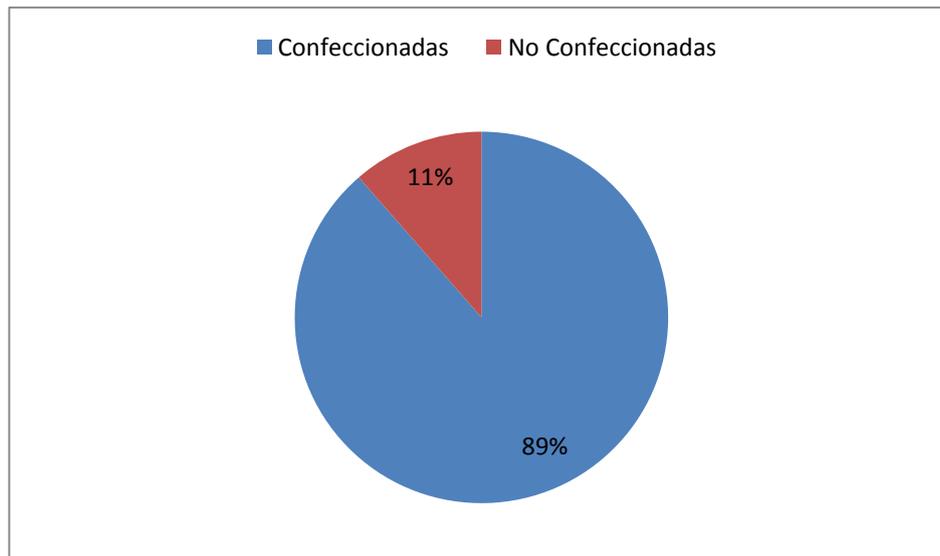
Del gráfico N° 6 se visualiza que del 100% de las Listas de Verificación el 89% tiene confeccionado el informe del circulante y el 11% no.

Tabla y Gráfico N° 7

Distribución de Lista de Verificación, según cantidad de instrumentos confeccionados, de Agosto a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Lista de Verificación	Frecuencia	%
Confeccionados	132	89
No Confeccionados	17	11
Total	149	100

Fuente: Lista de Verificación.



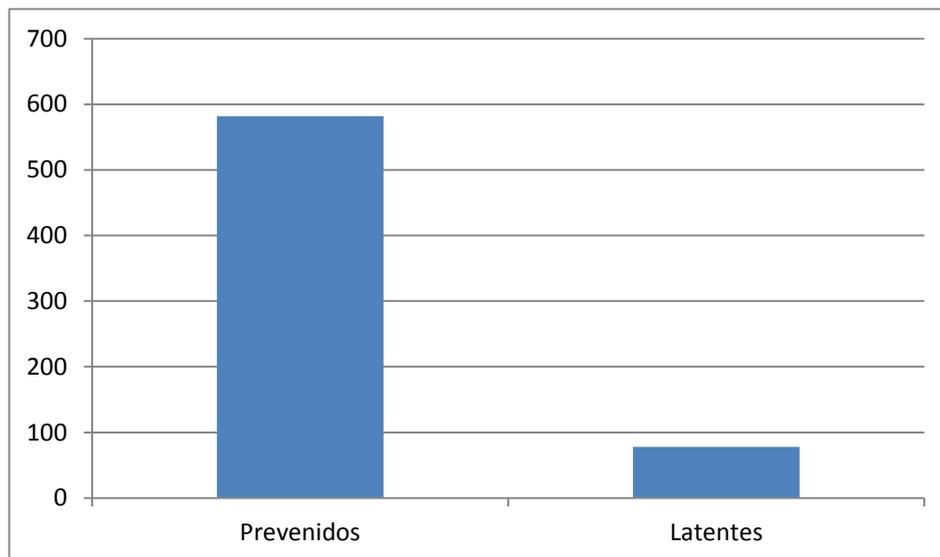
Del gráfico anterior se observa que del 100% de cirugías realizadas en el 89% se confeccionaron la Lista de Verificación y el 11% no se confeccionaron.

Tabla y Gráfico N° 8

Magnitud de eventos adversos prevenidos, según la aplicación de la Lista de Verificación, de Agosto, a Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Eventos	Frecuencia	%
Prevenidos	582	88
Latentes	78	12
Total	660	100

Fuente: Lista de verificación.



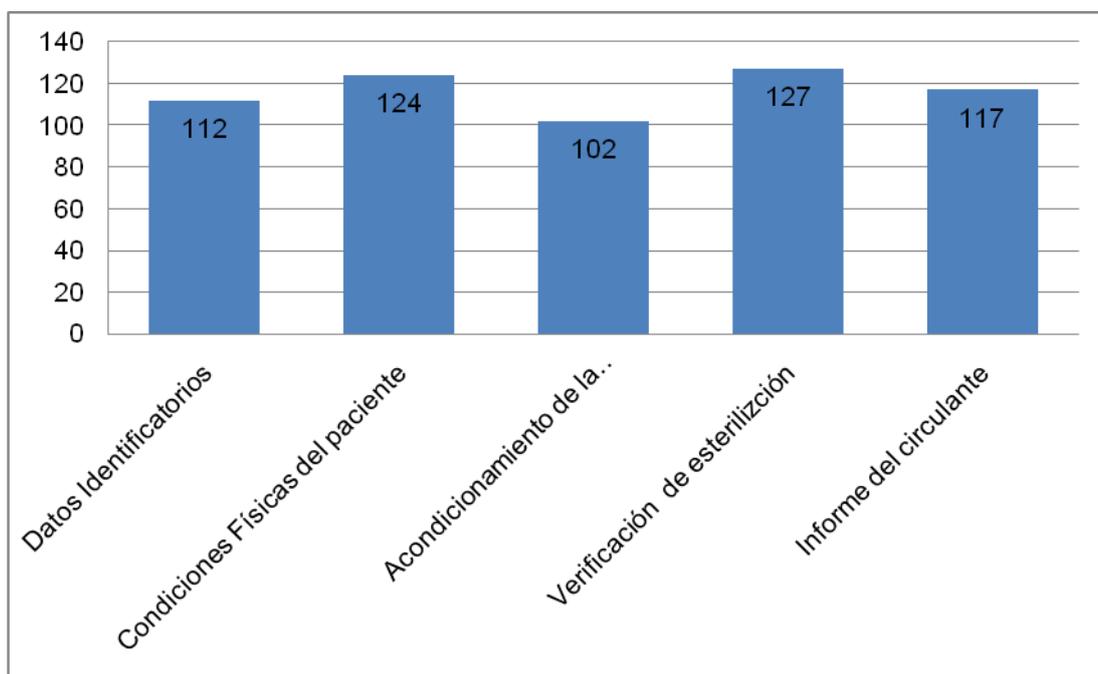
Del gráfico se observa que de los 660 eventos, se previnieron 582 y son eventos latentes 78.

Tabla y Gráfico N° 9

Distribución de eventos prevenidos, según características registradas en la Lista de Verificación, de Agosto a Octubre del 2013, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Eventos	Frecuencia	%
Datos Identificatorios	112	20
Condiciones Físicas del paciente	124	18
Acondicionamiento de la infraestructura	102	18
Verificación de esterilización	127	23
Informe del circulante	117	21
Total	582	100

Fuente: Lista de verificación.



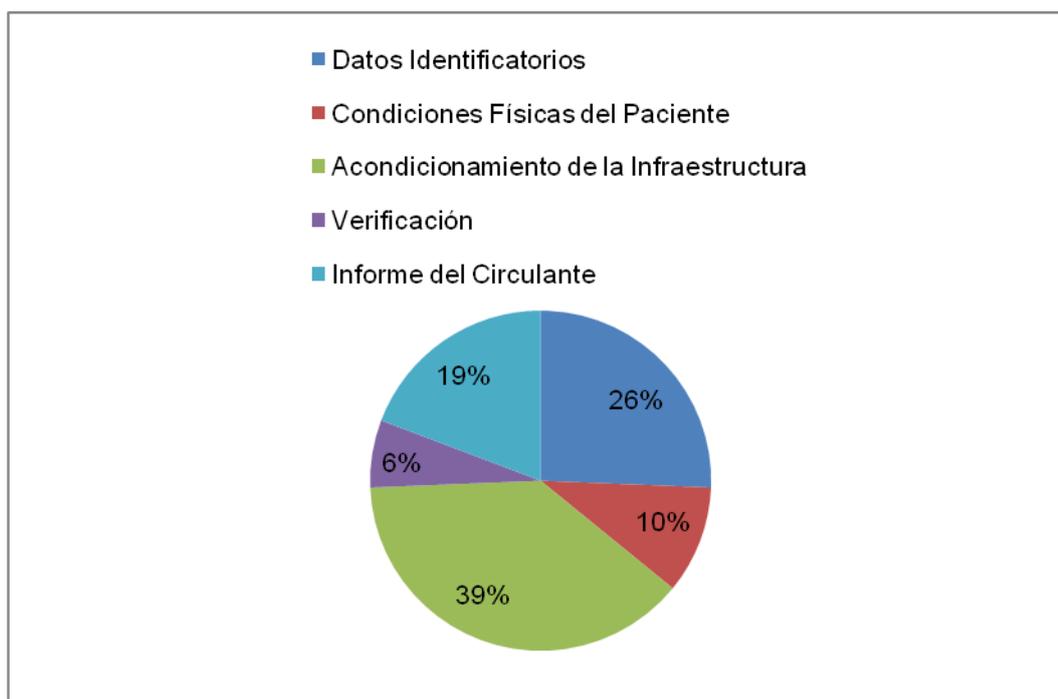
Del gráfico se puede observar que de 582 eventos prevenidos, 112 corresponde a datos identificatorios, 124 a condiciones físicas del pacientes, 102 acondicionamiento de la infraestructura, 127 a verificación y 117 confección del informe del circulante.

Tabla y Gráfico N° 10

Distribución de eventos adverso latente, según ausencia de registro de las características registradas, en la Lista de Verificación, a los pacientes quirúrgicos, en los meses de Agosto, Setiembre y Octubre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario. Diciembre de 2013.

Eventos Latentes	Frecuencia	%
Datos Identificatorios	20	26
Condiciones Físicas del Paciente	8	10
Acondicionamiento de la Infraestructura	30	39
Verificación	5	6
Informe del Circulante	15	19
Total	78	100

Fuente: Lista de verificación.



Del gráfico se puede observar que del 100% de los eventos adversos latentes, el 26% corresponden a datos identificatorios, el 39% acondicionamiento de la infraestructura, el 6% a verificación y 19% a confección del informe del circulante.

10.CONCLUSIÓN

Concluida la recolección de datos y el procesamiento de los mismos, se arriba a las siguientes conclusiones:

Con respecto a la primera dimensión de la Lista de Verificación, ENTRADA, los eventos adversos prevenidos por registro de datos identificatorios, se visualiza que se previnieron la mayoría (85%), la prevención de eventos adverso con respecto a las condiciones físicas del paciente (94%) y dentro de ellas se detecta y previene aquellas relacionadas al hábito tabáquico (39%) la mayoría, luego las alergias (29%), patologías concomitantes (22%) y ayuno (10%). Existe un alto porcentaje que el acondicionamiento de la infraestructura (77%) incide en la prevención de la ocurrencia de dichos acontecimientos.

De acuerdo, al segunda dimensión de la Lista de Verificación, PAUSA DE SEGURIDAD, los eventos adversos prevenidos, a partir de la verificación de la esterilización que evitan infecciones, es alto el porcentaje (96 %).

En lo concerniente a la tercera dimensión de la Lista de Verificación, SALIDA, el dato demuestra, que la mayoría de los instrumentos llevan informe del circulante el (89%).

A fin de dar respuesta al Objetivo planteado al comienzo de este informe:

- ❖ Conocer la magnitud de los eventos adversos prevenidos en cada una de las dimensiones de la Lista de Verificación, aplicada como medida de seguridad a los pacientes que son intervenido quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario, de Agosto a Octubre de 2013.

Se llega a la siguiente conclusión:

- Del 100% de cirugías efectuadas 149, se efectuaron 132 Listas de Verificación, el 89% son cirugías seguras, el mayor porcentaje

Quedando 17 Listas que no fueron confeccionadas lo que determina un 11% de eventos latentes.

- Que del total de los eventos posibles de ocurrir 660 se han prevenido 582 eventos es decir el 88% quedando una minoría latente 78 eventos es decir el 12%.
- En los eventos prevenidos se destaca la prevención de infecciones por medio de la verificación, el 22%, luego el informe del circulante 20%, datos identificatorios 21% y condiciones físicas del paciente 21% y acondicionamiento de la infraestructura 18%.

En cuanto a la prevención de infecciones (22%) este es un factor muy importante a destacar, ya que el paciente no tiene complicaciones en el post quirúrgico, la estadía en el Hospital es de 24 hs. en caso operación por videolaparoscópica, hasta un máximo de 72hs en caso de operación cesárea. La recuperación y reinscripción del paciente a su vínculo familiar y social es oportuna, además actúa positivamente agilizando el giro cama y la capacidad resolutive de la Institución. Demuestra a su vez el alto desempeño de los profesionales del equipo quirúrgico, en relación aplicación de las técnicas quirúrgicas y el correcto funcionamiento de los procesos de esterilización de central de esterilización.

Con respecto a la confección del informe de circulante (20%), en un dato relevante ya que avala la continuidad del tratamiento de la patología que afecta al paciente después de haber sido intervenido quirúrgicamente. También destaca el trabajo de equipo, entre el servicio, internado, y la U.T.I ya que los datos informados son importantes para la continuidad de la atención y/o aspectos a observar en el paciente después de la salida del Servicio de Cirugía.

En relación, a los datos identificatorios (21%) los resultados aluden a los fines de intervenir al paciente correcto, cirugía correcta, zona anatómica o miembro correcto, equipo correcto, estos aspectos son

exclusivamente desde el punto de vista de seguridad del paciente. Además estos datos pueden ser utilizados a los fines legales en caso de mala praxis y para fines estadísticos del Servicio, como por ejemplo conocer la prevalencia e incidencia de casos, grupo etáreo predominante, procedencia del paciente etc.

Las condiciones físicas del paciente (21%) es un factor relevante en el momento de decidir en el día de la intervención, vías de acceso a la cirugía, tipo de anestesia, cuidado especiales o en el post quirúrgico inmediato, definir a cual Servicio va a ser derivado, después de la intervención, ya que los datos observados están directamente asociados a los antecedentes clínicos de la persona registrados en la historia clínica y en los exámenes pre quirúrgicos.

- Con respecto a los **eventos latentes** se observa que predomina, el acondicionamiento de la infraestructura 39%, luego datos identificatorios 26%, informe del circulante 19%, condiciones físicas del pacientes 10% y verificación 6%.

En este aspecto, el de mayor predominio (39%) es el acondicionamiento de la infraestructura, en ella se observa aspectos vinculados a funcionamiento del sistema de aspiración, funcionamiento de la luz sialítica, provisión de oxígeno, funcionamiento de laringoscopios, mesa de anestesia, destacando los más importantes. Como norma esta actividad la realiza, la instrumentadora y circulante respectivamente, diariamente, al comenzar la jornada, y al comienzo de la etapa pre anestésica y cuando el paciente ya ha salido del quirófano a la sala de recuperación post anestésica, dichos profesionales se acondicionan nuevamente al igual que el equipamiento y el quirófano. Ante cualquier inconveniente se dispone de luz de emergencia provista desde una central en forma automática, dos kits de laringoscopio, un tubo de oxígeno portátil, dos mesas anestésicas.

El registro de este dato es al final de la lista de verificación, puede haber influido un factor negativo a los fines del estudio ya que al no estar registrado se considera como evento latente.

Estadísticamente no se han observado complicaciones con respecto a este aspecto.

Con respecto a los otros resultados que influyen como eventos latentes, no son relevantes con respecto al evento prevenido.

Ellos serán considerados al momento de rediseñar la lista de verificación y crear una lista de verificación para pacientes que ingresan de urgencia al servicio de cirugía para una determinada intervención.

A modo de expresar los resultados más relevantes de la investigación en relación a lo que acontece en otras experiencias y/o estudios en el mundo sobre la aplicación de la lista de verificación, se puede observar lo siguiente:

En nuestro entorno la puesta en marcha de la lista de verificación, ha determinado un avance importante, en concordancia a los objetivos que determina la O.M.S., Cirugías seguras salvan vidas, y puede observarse en los resultados que se ha prevenido el 87% de eventos adversos, y un 13 % son eventos adversos latentes, favoreciendo esto a la seguridad del paciente. Estos datos se tendrán en cuenta para futuras evaluaciones y/o comparaciones de resultados.

- La experiencia se ha realizado por primera vez, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario. No se ha podido comparar con otras investigaciones de Instituciones de la provincia de Córdoba, porque no se han encontrado estudios de investigación al respecto.
- Los profesionales que participaron en la confección de la misma mostraron interés por el estudio antes, durante y en la etapa de evaluación, además manifestaron compromiso, por participar en modificaciones futuras que tiendan a ampliar el margen de los eventos prevenidos y minimizar el margen de los eventos latentes.
- La incorporación de la Lista de Verificación a la práctica diaria nos favoreció, el trabajo en equipo, mejoró la comunicación entre los profesionales y garantiza la continuidad en la atención donde intervienen otras disciplinas y otros servicios.

- Mejoró los estándares de calidad y el uso de las buenas prácticas.
- Permitió condensar la información crítica.
- Ayudó a reducir los errores de omisión.
- La aplicación de la Lista de Verificación, suma a las demás barreras que se activa para la prevención de eventos adversos, es una evidencia clara y tangible determina un aporte muy importante para fortalecer a la cultura de seguridad.
- Para el equipo del centro quirúrgico, fue un desafío, que ha excedió las expectativas y se ha revalorizado el trabajo en equipo, el rol de cada profesional y la comunicación entre cada uno, en pro de la seguridad del paciente.
- Aunque es probable que la relación entre la observancia de las normas y el descenso de las tasas de complicaciones dependa de múltiples factores, la mejor es la aplicación de la lista de verificación. Esto contribuye a la seguridad, fomentar la confianza en el sistema de salud y convencerse de que **la atención quirúrgica puede salvar vidas.**

11. RECOMENDACIONES

1. Indagar sobre los aspectos organizativos del Servicio, que deben ser modificados, desde el trabajo en equipo, la capacitación, la creatividad, la motivación, la gestión, ya que al no efectuarse el , esto se transforma en eventos adversos latentes, donde se expone al paciente.
2. Establecer alternativas de solución y medidas correctoras que deben ser por consensuadas entre los actores del proceso, sobre los factores que incide en la ocurrencia del evento, especialmente al acondicionamiento de la infraestructura, llenado de los instrumentos , datos identificatorios, etc, con responsabilidad y compromiso, fomentando buenas prácticas, teniendo como objetivo al paciente.
3. Elaborar junto con el equipo de cirugía una lista de verificación para pacientes que ingresan por urgencia.
4. Efectuar esta actividad evaluadora a los seis meses, después de realizar las modificaciones pertinentes en el instrumento y establecer las medidas correctoras.
5. Mostrar y /o publicar nuestra experiencia de evaluación de la aplicación de la Lista de Verificación, a fin de aportar nuevas ideas e intercambiar información con otros profesionales de otros centros.
6. Difundir este informe entre los profesionales de los otros servicios y en el Comité de Capacitación de la Hospital a fin de crear el comité de seguridad del paciente.
7. Realizar los trámites inherentes para la creación el Comité de Seguridad del Paciente, en el Hospital.

12. REFERENCIA

- 1- Leape LL, Berwick BM. *BMJ* 2000. Safe health care, are we up to it? Pag 725-726.
- 2- Sándaba J. *Diccionario de ética*. Editorial planeta. Barcelona. España. 1997-pag 93.
- 3- Acad. Dr Hector GA. *Aguirre-Gas-Cirugía-Cirujano*. 2004. Volumen 72. N° 63, Noviembre-Diciembre 2004. Pag 503-510.
- 4- Aguirre Gas H. *Principios éticos de la Práctica Médica. Cirugía y Cirujanos*. 2004. Pag 503-510.
- 5- *Manual de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas*. 2009 OMS seguridad del paciente. Pag 4-6.
- 6- Gutierrez Fernandez R, Fernandez-Martín J. *La Seguridad Quirúrgica en el Marco del Sistema Nacional*. *Rev Conamed* 2010, 15 (4). pag 188-194.
- 7- Cantillo Ev. *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*. *Salud Uninorte* 2007; 23 (1) Pag 112-119.
- 8- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. La cirugía segura salva vidas*. 2008. http://whglibdoc.who.int/hq/2008/WHOIERPSP_2008.07_spa.pdf.
- 09-10-11- *Datos extraídos de los registros administrativos y estadísticos del Hospital San Vicente de Paúl de Villa del Rosario y Servicio de Cirugía del mismo Establecimiento*. 2013.
- 12- *Manual de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. O.M.S Seguridad del Paciente una alianza mundial para la atención segura*. 2009. Pag 6-11.
- 13-14 Weinstein, L. *La salud en el siglo XXI*. 2003 Alicante, España: Editorial Marfil. Pérez, V, & Devís, J. (2003, junio).

15- La Salud como derecho. [www.who.int /mediacentre/factsheets/fs5323/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs5323/es).

16- Decreto Provincial N° 2305 del 10/12/07 que promueve y autoriza la creación de los Comité de Seguridad del Paciente en los Establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a fin de minimizar los Eventos Adversos de cada Hospital. Córdoba 15/12 / 08

17-18-19 Aranaz. MAibar C. Marco Conceptual de la Seguridad Clínica del Paciente. 2008. Gestión Sanitaria :calidad y Seguridad de los Pacientes Diaz de Santos. Pag 223-228.

20-Aguirre- Gas H. Zabala –Villavicencio J .Hernández – Torrez F Calidad de la atención Médica y Seguridad del paciente quirúrgico. Error medico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cirugía Cirujano. 2010, 78. Pág 456-462.

www.mediagraphic.com/pdfs/circir/cc2010/cc1050.pdf.

21- Aguirre- Gas H. Zabala -Villavicencio J .Hernández – Torrez F .Error médico. Eventos adversos. Cirugía –Cirujanos. Organo de difusión científica de la academia mexicana de cirugía..Volumen 74, N6. Noviembre-diciembre 2006. Index Medicus. Dr Alejandro Reyes Fuentes. Pag 495-503

www.ncbi.nlm.nih.gov/issn0009-7411

www.medigraphic.com.

22- Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. OMS. Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía. Pag 5-15.

[http://www.who.int /pateintsafety/challenge/safe surgery/](http://www.who.int/pateintsafety/challenge/safe_surgery/).OMS

23-Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).La Seguridad del paciente en siete pasos. 2006. Pag

http://www.sefh.es / carpetassecretario/siete_pasos.pdf

13. ANEXOS

