



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**MAESTRIA EN GERENCIA Y
ADMINISTRACION EN SERVICIO DE
SALUD**

TESIS

**DESCRIPCION DE LA APLICACION DE LA LISTA
DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
DEL HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA ARGENTINA
DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO 2014-DICIEMBRE 2015**

Maestrando: Rodríguez, Heidi Verónica

Directora de tesis: Prof. Dra. Andrómaco, Marta Iris

Córdoba, Argentina 21 de noviembre 2016

TESIS

DESCRIPCION DE LA APLICACION DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA ARGENTINA DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO 2014-DICIEMBRE 2015.

Alumna: Rodríguez, Heidi Verónica

DNI: 33.028.938

TRIBUNAL DE TESIS

Prof. Dra. María Cristina COMETTO

Prof. Dra. Laura Beatriz MORENO

Prof. Dra. Nuri Beatriz GASPIO (Universidad de Rio IV)

DEDICATORIA

Le dedico el presente trabajo y todo el esfuerzo de mi carrera a mi querida abuela que siempre ha velado por mi bienestar y ha sabido guiarme por el camino del éxito a través de su infinito amor. Gracias abuela por tu apoyo incondicional, aunque hoy no te tengo a mi lado estas en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a mis padres, mi hija y mis hermanos por su amor, comprensión, apoyo y estímulos brindados en todo momento para la culminación de este trabajo.

Finalmente agradezco a mi tutora Prof. Dra. Marta Iris Andrómaco, que formó parte de este postgrado, porque gracias a ella y a su sabiduría he podido alcanzar y complementar mis conocimientos y permitió con éxito finalizar este trabajo de investigación.

Art. 23 - Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

Córdoba, 17 de Septiembre de 2015

Ref.: HP 4-253

Enfermera Heidi Verónica Rodríguez
Presente

De mi mayor consideración:

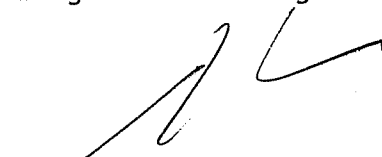
Me dirijo a Ud., en mi carácter de Coordinador del Comité Institucional de Ética de Investigación en Salud del Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba, a los fines de comunicarle que este Comité ha recibido, evaluado y aprobado el Proyecto de investigación titulado: "Descripción de la Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía en el Hospital Privado."

Investigador Principal: Enf. Heidi Verónica Rodríguez

Hemos revisado los siguientes documentos:

- Proyecto de investigación: "Descripción de la Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía en el Hospital Privado."
- Esquema de variables.
- Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. OMS, 2009. Revisado 1 / 2009.

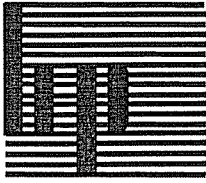
Atentamente.



Dr. ADRIAN M. KAHN
COORDINADOR
C.I.E.I.S.
HOSPITAL PRIVADO
Centro Médico de Córdoba

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Domicilio legal: Av. Naciones Unidas 346 - Bº Parque Vélez Sársfield - X5016KEH Córdoba - Tel.: 54-351-4688894 / 865
Oficinas administrativas: Friuli 2786 - Bº Parque Vélez Sársfield - X5016KEH Córdoba - Tel / Fax: 54-351-4683711
E-mail: cieis@hospitalprivadosa.com.ar Sitio web: www.hospitalprivadosa.com.ar



HOSPITAL PRIVADO

Centro Médico de Córdoba S.A.

Av. Naciones Unidas 346. Parque Vélez Sársfield. 5016 Córdoba. Argentina

Tel: 54-(0)351-4688294. Fax: 54-(0)351-4688286

e-mail: direccion@hospitalprivadosa.com.ar

APROBACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: HP 4-253

TÍTULO: "Descripción de la Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía en el Hospital Privado."

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Enf. Heidi Verónica Rodríguez

INSTITUCIÓN DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO: Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba S.A.

En mi carácter de Director Médico del Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba, autorizo a la Enf. Heidi Verónica Rodríguez, a realizar en nuestra Institución el mencionado Proyecto de Investigación. Esta autorización es extensiva a toda autoridad regulatoria que así lo requiera.

Firma:

Aclaración:

HOSPITAL PRIVADO S.A.

Dr. RICARDO PIECKENSTAINER

DIRECTOR MÉDICO

Fecha:

8 de octubre de 2015

INDICE

RESUMEN.....	Pág. 11
ABSTRACT.....	Pág. 13
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 15
MARCO TEÓRICO.....	Pág. 18
OBJETIVO.....	Pág. 29
MATERIAL Y METODO.....	Pág. 30
RESULTADOS.....	Pág. 32
DISCUSION.....	Pág. 53
CONCLUSION.....	Pág. 56
BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 58
ANEXO.....	Pág. 62

RESUMEN

El problema de la seguridad de la cirugía es ampliamente reconocido en todo el mundo.

Los datos estadísticos reflejan cifras preocupantes de complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas, sean programadas o de emergencia.

Existen antecedentes a lo largo de la historia enfatizando que el acto médico debe estar libre de daño. En las últimas décadas del siglo pasado, diversos estudios pusieron en el centro de la atención, tanto de la comunidad médica como de sociedad en general, la ocurrencia de errores durante la atención médica.

Si bien es innegable que el desarrollo tecnológico ha producido avances importantes en el terreno de la salud, incrementando considerablemente la esperanza de vida, transitando hacia los procedimientos de mínima invasión y medicamentos con mayor eficacia, entre otros, sin embargo, la complejidad de éstos incrementa la posibilidad de que se presenten eventos adversos, mismos que no podemos anular, lo que sí está al alcance de todos es reducir al máximo los riesgos.

Por esta razones la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica

(Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).

El presente trabajo se propone describir la aplicación de la Lista de Seguridad Quirúrgica en el Hospital Privado Centro Medico de Córdoba, nosocomio de alta complejidad, cuenta con más de 450 profesionales de los cuales un 80% del staff cuenta con formación internacional.

Se registran más de 640.000 Historias Clínicas, se realizaron numerosos trasplantes 1.268 renales, 500 de médula ósea (relacionada y no relacionada), 99 cardíacos, 48 renopancreáticos, 40 hepáticos, 10 pulmonares y 5 de córneas.

Palabra claves: Seguridad del paciente. Eventos adversos. Lista de chequeo de cirugía. Entrada quirúrgica. Pausa quirúrgica. Salida quirúrgica.

ABSTRACT

The problem of safety of surgery is widely recognized throughout the world.

Statistical data show alarming figures of complications and death in the population percentage who undergo surgery, whether planned or emergency.

There are precedents throughout history emphasizing that the medical act must be free of damage. In the last decades of the last century, several studies put into the center of attention of both the medical community and society at large, the occurrence of errors in medical care.

While it is undeniable that technological development has produced significant advances in the field of health, greatly increasing life expectancy, moving towards minimally invasive procedures and more effective drugs, among others, however, the complexity of these increases the possibility of adverse, same events that we can not cancel arise, which itself is accessible to all is to minimize the risks.

For this reason the World Health Organization (WHO) defined a number of objectives for the surgical-acting anesthetic equipment, establishing the checklist for safe surgery, as an effective, simple, practical and method applicable to any surgical procedure improve safety in surgical patients, incorporating the assessment of key elements such as minimum required, so that patient safety is achieved in addition to avoid unduly burdening the system and the professionals who make the surgical team.

The Checklist divides the operation into three phases, each corresponding to a specific period of time in the normal course of an intervention: before induction of anesthesia (Input) period, the period after induction of anesthesia and prior to the surgical incision (pause), and the period of closure of the surgical wound or immediately after, but before the patient leaves the operating room (exit).

This paper aims to describe the implementation of the Security List of Surgical Medical Center Private Hospital of Cordoba, hospital of high complexity, has more than 450 professionals of which 80% of the staff has international training.

over 640,000 clinical histories are recorded, numerous 1,268 kidney transplants, bone marrow 500 (related and unrelated), 99 heart, renopancreáticos 48, 40 liver, 10 lung and 5 corneas were performed.

Key word: Patient safety. Adverse events. Checklist surgery. surgical input. Surgical break. surgical output.

INTRODUCCIÓN

El problema de la seguridad de la cirugía es ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados demuestran la dimensión y omnipresencia, indiscutible del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública.

Los datos estadísticos reflejan cifras preocupantes de complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas, sean programadas o de emergencia. Se estima que al año en el mundo se realizan 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondientes, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación.

Uno de los obstáculos a nivel mundial es la falta de acceso a la atención quirúrgica de calidad. La falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía, en todos sus niveles. Por estas razones la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico.

La presente investigación se desarrolla en el Hospital Privado Centro Medico de Córdoba, nosocomio de alta complejidad, cuenta con más de 450 profesionales de los cuales un 80% del staff cuenta con formación internacional.

Se registran más de 640.000 Historias Clínicas, se realizaron numerosos trasplantes 1.268 renales, 500 de médula ósea (relacionada y no relacionada), 99 cardíacos, 48 renopancreáticos, 40 hepáticos, 10 pulmonares y 5 de córneas.

Cuenta con diez salas de operaciones, realiza aproximadamente entre 50 y 80operaciones diarias, el equipo quirúrgico está compuesto por el médico anesthesiólogo, el cirujano principal y uno o dos cirujanos asistentes, instrumentador quirúrgico, quien participa directamente del acto quirúrgico; la Enfermera Circulante.

La relevancia de la Lista de Verificación Quirúrgica en adelante LVQ es reconocida por los profesionales, pero aun así no se aplica en todas las cirugías ya sean programadas o de urgencia.

Surgen interrogantes: ¿Se aplica la lista la LVQ en todo acto quirúrgico?, ¿Quién es el/la responsable de su aplicación?, ¿El personal recibió la capacitación al respecto?, ¿Qué o quienes impiden su cumplimiento?, ¿Se está informado sobre las consecuencias de su incumplimiento?

De los interrogante surge la pregunta problema ¿Cómo se aplica la Lista de Verificación en el servicio de Cirugía del Hospital Privado, Centro Medico de Córdoba durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015.

El Hospital Privado en un año realiza aproximadamente, 12.608 cirugías y 1.511 partos y cesáreas, por lo cual se considera que el “checklist” es una herramienta fundamental para evitar los efectos quirúrgicos adversos.

Actualmente, a pesar de ser una exigencia, de 1200 cirugías mensuales se realizan solo 600 chequeos de seguridad.

La presente investigación resulta importante, dado que en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el tema a pesar de la relevancia los beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión de la LVQ.

Se espera que los resultados, permitan, describir como realiza el equipo del Hospital Privado la aplicación del “checklist” como así también conocer los factores obstaculizadores.

Esta investigación será de gran utilidad, ya que sus resultados beneficiaran a un significativo número de personas que se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a la muerte innecesariamente. Por otra parte se espera sea un punto de partida para valorizar los beneficios de la aplicación de la LVQ por parte del equipo quirúrgico.

MARCO TEÓRICO

La atención segura del paciente quirúrgico comprende una correcta sincronía entre conductas, normas, infraestructura y la adecuada administración de recursos que garanticen calidad de talla internacional, siendo el principal diferenciador competitivo en el entorno de empresas de salud; entiéndase por calidad aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar tanto para cliente interno como el externo. (2)

El paciente quirúrgico es atendido en Salas de cirugía, siendo este el lugar en el cual se desarrollan el conjunto de actividades de un grupo multidisciplinario compuesto por personal de enfermería, cuerpo médico, instrumentadoras, anesthesiólogos, personal asistencial y de apoyo que garantizan al paciente calidad en la atención por lo anterior, los hospitales encaminan sus esfuerzos en el cumplimiento de exigencias que acrediten sus procesos de atención quirúrgica como los mejores en su campo, mediante la oferta de servicios con la más alta garantía en calidad nacional e internacional.(2)

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

Aunque existen antecedentes a lo largo de la historia enfatizando que el acto médico debe estar libre de daño, en las últimas décadas del siglo pasado, diversos estudios pusieron en el centro de la atención, tanto de la comunidad médica como de sociedad en general, la ocurrencia de errores durante la atención médica.

Los primeros informes de calidad en medicina datan de finales del siglo XIX, posterior a la guerra de Crimea, donde los hospitales comenzaron a elaborar y evaluar hallazgos sobre los mecanismos que permitieran mejorar la calidad en la atención e intervenir procesos para reducir la mortalidad de pacientes

asociada a la anestesia. Es entonces en 1933 donde aparece el aporte más conocido realizado por Lee y Jones quienes definen la calidad en Salud en ocho artículos de fe donde relacionan el resultado favorable de una buena atención médica. Igualmente, la calidad es un proceso constante de evolución, el concepto tiene múltiples interpretaciones uno de los más acertados se da en el año de 1990 con la afirmación de calidad en la atención como aquella que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar, para lograrlo existe un valor mínimo de calidad que satisfaga las necesidades mínimas a los usuarios, por ejemplo, obtener una atención acorde a sus necesidades mínimas para acceder a los servicios, un tiempo prudencial para la atención, la cual debería ser prestada en un ambiente de confort, higiene, calor humano e idoneidad por el profesional de salud.

En esta medida la calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas), para W.E. Deming hacer lo apropiado es "hacer lo correcto correctamente" y llevar a cabo continuos perfeccionamientos que a través de los años se han puesto en marcha por exponentes que se preocupan por lograr calidad en los procesos.

Es un hecho que el desarrollo tecnológico ha producido avances importantes en el terreno de la salud, incrementando considerablemente la esperanza de vida, transitando hacia los procedimientos de mínima invasión y medicamentos con mayor eficacia, entre otros, sin embargo, la complejidad de éstos incrementa la posibilidad de que se presenten eventos adversos, mismos que no podemos anular, lo que sí está al alcance de todos es reducir al máximo los riesgos.

El reporte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, "Errar es humano, construyendo un sistema de salud seguro" representa un parteaguas, pues originó un movimiento global a favor de la seguridad del paciente, después de haber identificado los errores médicos como una causa importante de muerte en pacientes hospitalizados (entre 44,000 y 98,000).

Además de los estudios antes señalados, existen dos en países de habla hispana, en España, el Estudio ENEAS, demostró que los eventos adversos se presentaban en el 9.3% de los casos de estudio y el 42% de éstos eran evitables.

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS, desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%.

Los eventos adversos estaban relacionados con: los cuidados en el 13.27%, uso de medicación 8.23%, infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento 28.69% y diagnóstico 6.15%.

El 62.9% de los eventos adversos aumentó con los días de estancia, con una media de 16.1 días y en el 18.2% motivaron el reingreso. En todos estos estudios ha sido posible detectar que en casi la mitad de los casos pueden ser prevenibles.

Es importante considerar que en la génesis de los EA está presente el postulado de James Reasson, al considerar que una falla no es un hecho aislado sino el resultado de fallas latentes, producto del sistema más que de la actividad individual.

A partir del año 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y con ello una plataforma integrada por modelos que fortalecen la seguridad del paciente, fomentan el trabajo en equipo y promueven una visión sistémica.

En la búsqueda de acciones para la prevención de eventos adversos, los países han desarrollado herramientas que permitan el mejor conocimiento de la producción de eventos adversos; entre ellas destacan los sistemas de registro y notificación de eventos adversos que, hasta ahora, han representado un hito dentro de la seguridad del paciente.

El estudio de los eventos adversos tiene especial relevancia por el impacto que ocasionan en la salud de los pacientes, por la repercusión en las finanzas que afectan de manera importante los sistemas de salud y el gasto social, que si bien es aparentemente imperceptible, su trascendencia es importante.

Eventos adversos

Un efecto adverso quirúrgico se define como un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico.

Los estudios efectuados sobre efectos adversos han constatado la complejidad de su análisis por la variabilidad de los sistemas de registro y la extensa gama de definiciones en la bibliografía para complicaciones postoperatorias tan representativas y concretas como la infección de herida quirúrgica, la fístula anastomótica digestiva o la trombosis venosa profunda. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”. Se consideran incidentes evitables, que en gran parte son el resultado de una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y probablemente de un grado de automatización del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias.

Las complicaciones postoperatorias resultan de la interacción de factores dependientes del paciente, de su enfermedad y de la atención sanitaria que recibe. El estudio de los efectos adversos en cirugía ha adquirido especial relevancia por su frecuencia, porque en parte son atribuibles a deficiencias en la atención sanitaria, por el impacto considerable sobre la salud física y psicológica de los pacientes, por la repercusión económica en el gasto social y sanitario que conllevan, y porque son un instrumento de evaluación de la calidad asistencial

Los efectos adversos que deben centrar el interés son los evitables o prevenibles y, por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención. Los efectos adversos quirúrgicos están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica.

Por la gravedad de sus consecuencias, pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatal, por el fallecimiento del paciente.

Se han clasificado en complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración), complicaciones de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anatómica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria), complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa

profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos), fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas, y accidentes anestésicos.

Medidas para combatir eventos adversos

Las infecciones del sitio quirúrgico son responsables de entre el 15-20% de las infecciones nosocomiales, por lo que constituyen un grave problema de salud, ya que se asocian a elevada morbilidad y aumento de los costos de hospitalización, tanto por la prolongación de la estadía hospitalaria como por la necesidad de utilizar medicamentos e insumos de alto costo, como son los antibióticos de última generación y amplio espectro. De ahí la importancia de conocer los principios básicos que se deben considerar en la preparación de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica.

En términos de seguridad del paciente las complicaciones perioperatorias son una de las tres causas más comunes de eventos adversos.

Las complicaciones más frecuentes de la cirugía están relacionadas con la herida quirúrgica, con la técnica, con las repercusiones sistémicas.

A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos (listas de verificación, identificación de pacientes de riesgo, etc.)

Estas actuaciones se relacionan con el segundo Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura salva vidas.

Desde esa iniciativa internacional se trabaja en un instrumento de tipo "CheckList": una lista de verificación simple, con un conjunto básico de recomendaciones, y un listado de comprobación de seguridad a realizar ante un acto quirúrgico. También en la definición de un conjunto mínimo de estándares básicos de práctica, sencillos de implantar, de aplicar y medir.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007(3). El objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello, un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales cuyo trabajo definió áreas de mejora en seguridad, líneas de acción y objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica. Esos objetivos se condensaron en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”

La lista pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios, para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello, se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo, grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes (y potencialmente mortales) que conlleva una atención quirúrgica poco segura.

Experiencias de aplicación del “CheckList”:

Las investigaciones realizadas sobre la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, son muy escasas en nuestra localidad y a nivel nacional muy pocas se han llevado a cabo. Sin embargo, se han encontrado investigaciones similares a nivel internacional:

M.I. Rodrigo, B. Tirapu-León, y otros. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. 2011. España (4). El cual tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica (LVQ) tras su implantación en un hospital terciario. Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. La población objetivo: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras de planta y de quirófano del hospital. Conclusiones: Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada. Los profesionales que experimentaron que gracias al LVQ se había conseguido evitar errores confirieron al LVQ una utilidad mayor que los que no lo experimentaron.

Cristina Narbona Toledo; Sonia Delgado Arcas; Francisca Narbona Toledo⁸; Listado verificación seguridad quirúrgica (checklist): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Ciudad de Granada. 2010.(5)

Los profesionales de enfermería, pertenecientes al Bloque Quirúrgico del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, reconocen la importancia que tiene la seguridad del paciente y como el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) o check-list, podría mejorar los cuidados de enfermería al paciente en esta área, favoreciendo la reducción de las complicaciones y las defunciones por causa de intervenciones quirúrgicas. No obstante esta herramienta es desconocida aún por la gran mayoría del personal sanitario. Propone que: Es necesaria la creación de estrategias que permitan la participación de los profesionales implicados así como del propio usuario para conseguir su implantación y desarrollo.

Ma. Guadalupe Nava Galán, Ma. de Lourdes Espinoza⁹. Artículo: Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), 2011. México (6). Objetivo General: Corroborar el correcto llenado del formato de Cirugía Segura en el INNN, como contribución para la seguridad del paciente; objetivo específico: Analizar los factores de riesgo y beneficio a través de la lista de verificación de Cirugía Segura en las tres etapas: entrada, pausa quirúrgica y salida. Metodología: Investigación cuantitativa con un diseño Exploratorio, longitudinal. Población: Todos los pacientes intervenidos en el INNN de enero a mayo de 2011. Se arribó a la conclusión que el correcto llenado de la lista de verificación para una cirugía segura antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica contribuye y garantiza la seguridad del paciente pero también la calidad de la atención que se proporciona en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Algunas de las experiencias de aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en Argentina.

Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Dr. Eduardo B. Arribalzaga, Lic. Liliana Lupica, Lic. Stella Maris Delor, Dr. Pedro A.

Ferraina. Departamento de Cirugía, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina 2012 (7).

Antecedentes: El listado de verificación de los procedimientos es una herramienta útil dentro de las estrategias para seguridad de las intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas.

Lugar: División Quirófanos de Hospital Universitario Estatal.

Diseño: Observacional exploratorio prospectivo con análisis retrospectivo.

Población: Operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12 meses.

Método: Indicación a viva voz en distintos momentos operatorios de un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anestesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante.

Resultados: Hubo 3680 operaciones programadas con implementación del listado de verificación en el 100% de los casos. Hubo 2116 fallas (57,5%): de ellas, atribuibles al factor humano el 98,12% y técnico-mecánicas sólo el 0,18%. En el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intraoperatorio, la falta de previsión de eventos críticos y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gasas. .Conclusión: La incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante.

Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. Dra. Nora Dackiewicz, Dra. Laura Viteritti, Dra. Beatriz Marciano, Dra. Marcela Bailez, Lic. Patricia Merino, Lic. Diana Bortolato, Dr. André Jaichenko, Lic. Rodolfo Seminara y Dra. Analía Amarilla. Buenos Aires 2012 (8).

La calidad y seguridad de los procedimientos quirúrgicos es motivo de preocupación universal. Numerosos estudios señalan que hay un alto porcentaje de complicaciones asociadas y una elevada mortalidad global (0,5% a 5%). La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la implementación de una lista de verificación de la seguridad en cirugía (LVS) con el objetivo de favorecer el cumplimiento de normas imprescindibles de seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

En el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" se llevan a cabo 9600 intervenciones quirúrgicas anuales y más de 8000 anestесias para estudios y procedimientos invasivos, por lo cual, la adaptación e implementación de la lista de verificación fue considerada una prioridad institucional. Se describe el proceso de implementación de la LVS, las dificultades planteadas y la adherencia a su aplicación. Es fundamental la participación de todo el personal involucrado en la atención del paciente quirúrgico y su comprensión sobre la importancia del instrumento.

Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad.

La lista de verificación es una herramienta sencilla y practica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorios, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

Si bien está comprobado que el checklist es eficaz cada institución debería controlar que su aplicación se realice de manera eficaz.

El termino eficacia, del latín "eficacia", es "virtud, actividad, fuerza y poder para obrar"(Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1992 citado en Fernández Ríos & Sánchez, 1997, p. 45).(9)

Se considera que una actividad es eficaz si realiza los objetitos específicos al que se dirige. También significa hacer las cosas correctas, hacer énfasis en los resultados, alcanzar los objetivos, optimizar la utilización de los recursos, obtener resultados, proporcionar eficacia a los subordinados.

La eficacia debe ser gestionada, dirigida y para ello es precisa que sea evaluada.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador.

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

Lista de Verificación de Seguridad: fases.

Entrada

Durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.

Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un saturómetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de

dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

Pausa Quirúrgica.

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se mostrará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación

Se debe confirmar si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

Salida

Todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar la aplicación de la LVQ (Lista de Verificación Quirúrgica) en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de Agosto 2014-Diciembre 2015.

Objetivos secundarios:

1. Describir la aplicación de la LVQ en el momento de la entrada quirúrgica, en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina.
2. Detallar la aplicación de la LVQ en el momento de pausa quirúrgica, en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina.
3. Detallar la aplicación de la LVQ en el momento de salida quirúrgica, en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina.
4. Conocer la información que disponen los profesionales del equipo de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina, sobre la aplicación y omisión de la LVQ.

MATERIAL Y MÉTODO

La población de estudio está constituida por el personal de quirófano, de ambos sexos, médico cirujano, anestesista, enfermeros/as, instrumentadores quirúrgicos (técnicos y licenciados) del turno mañana y tarde.

Criterios de inclusión:

- Personal perteneciente al Hospital Privado de Córdoba.
- Personal que tenga como mínimo 6 meses de antigüedad en el hospital.
- Personal que tenga un año de antigüedad en el ejercicio de la profesión.
- Personal que presente voluntad de participar.
- Personal de 25 a 55 años de edad.

Criterios de exclusión:

Se excluirá a todo personal externo del hospital y quienes perteneciendo al nosocomio incumplan los criterios de inclusión definidos.

Se excluye al investigador y colaboradores.

Tipo de Diseño:

El diseño de investigación es el retrospectivo transversal, descriptivo, cuantitativo. La fuente de recolección de datos es primaria, ya que se obtiene información directa de la población en estudio.

Los diseños retrospectivos implican menos costo ya que se cuenta con los datos recogidos con anterioridad.

Instrumento de recolección de datos.

Se aplicara un cuestionario estructurado a responder en el Hospital durante el receso laboral del personal.

Se entregara el cuestionario en sala de estar donde puede ser otorgado al personal que se encuentre en el momento.

Se elaboró un cuestionario sencillo, a ser respondido en un máximo de 10 a 15 minutos, a fines de potenciar la participación, ya que el factor tiempo es un recurso valioso.

Se realizó pruebas pilotos con personal de otra institución de salud, a fines de evaluar la efectividad del instrumento seleccionado.

Antes de la entrega del cuestionario se presenta el investigador, lo cual es momento de flexibilidad, ya que la responsable del proyecto es personal activo del nosocomio, se menciona la autorización para realizar el estudio y esboza los aportes del proyecto.

La autorización correspondiente se exhibirá en la sala de esta.

Temas del cuestionario (Se garantiza el anonimato de la información suministrada).

Parte A:Datos Socio-demográficos del personal respondiente: edad, sexo, antigüedad, formación profesional.

Parte B: “Entrada Quirúrgica y aplicación de la LVQ”

Parte C:“Pausa Quirúrgica y aplicación de la LVQ”

Parte D:“Salida Quirúrgica y aplicación de la LVQ”

Parte E:Información personal sobre la aplicación u omisión de la LVQ.

Cierre del cuestionario: agradecimientos.

RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Gráfico I

Ingreso del paciente con pulsera identificadora al quirófano
Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	F	%
Si	7,8	86.66
No	1,2	13.33
Total	9,0	100

Fuente cuestionario.

Ingreso del paciente con pulsera identificadora al
quirófano.

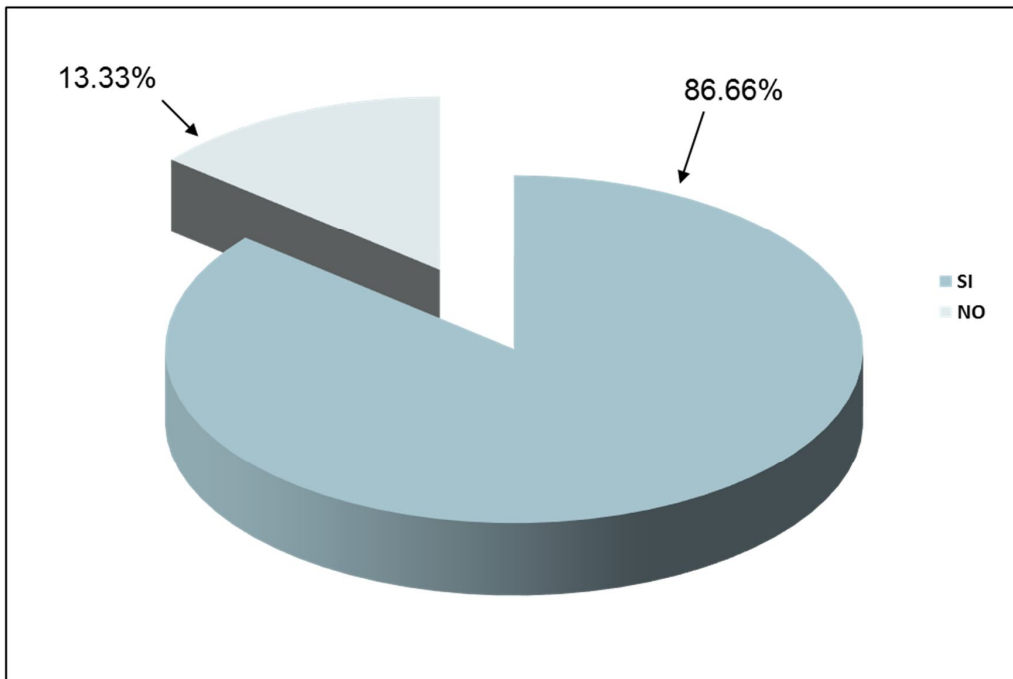


Gráfico II

Se confirma siempre la identidad del paciente en quirófano del Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	9,5	95
No	0,5	5
Total	10	100

Fuente cuestionario.

SE CONFIRMA SIEMPRE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EN QUIROFANO

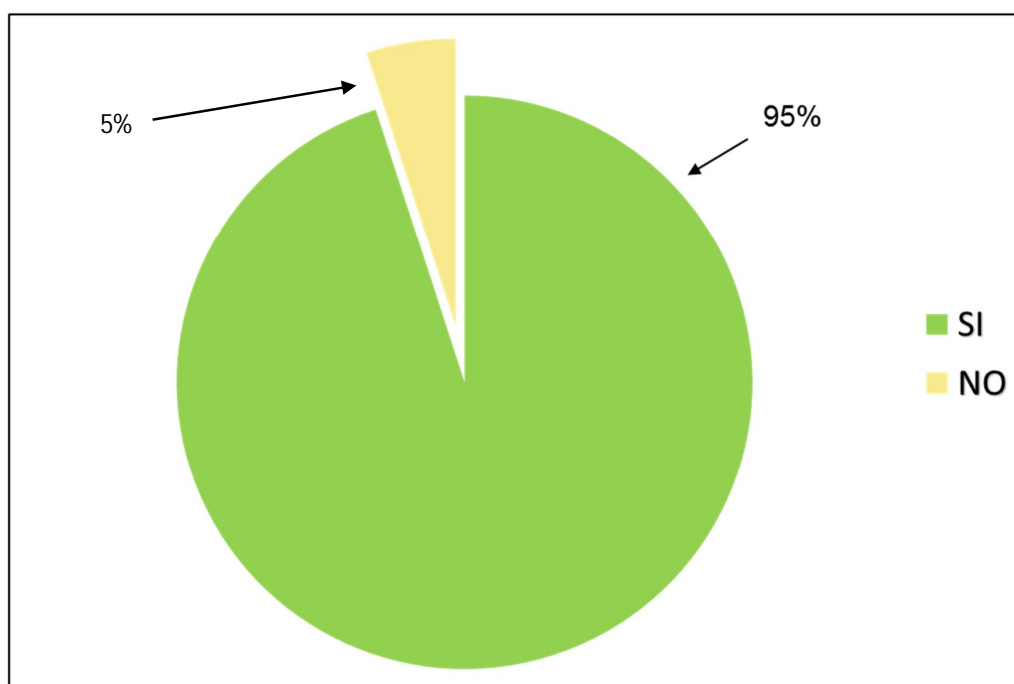


Gráfico III

Confirmación del lugar anatómico de la intervención-Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	9,7	97
No	0,3	3
Total	10	100

Fuente cuestionario.

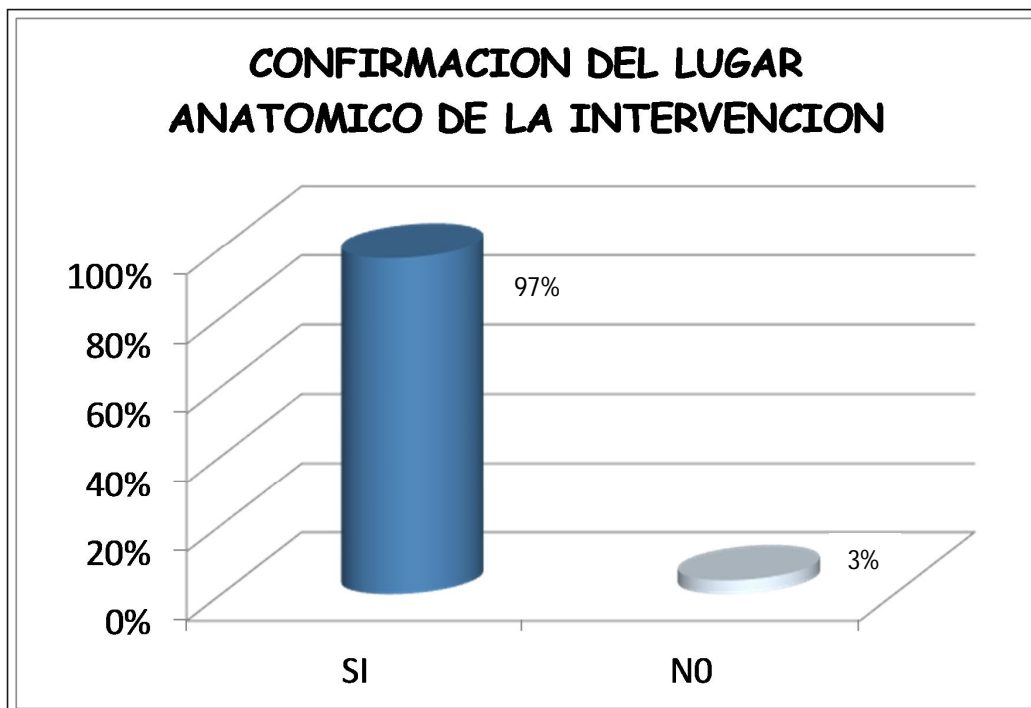


Gráfico IV

Confirmación del procedimiento quirúrgico con anterioridad -
Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	7,8	86,66
No	1,2	13,33
Total	9,0	100

Fuente cuestionario

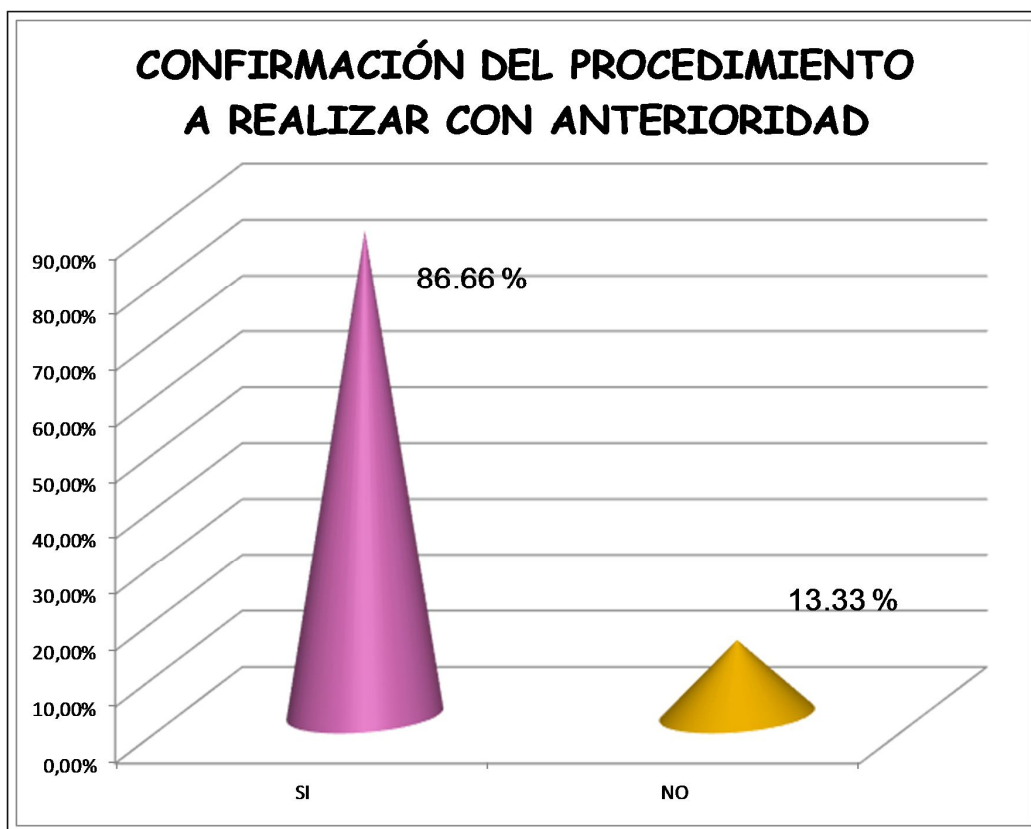


Gráfico V

Disponibilidad de la historia clínica del paciente-Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	9,3	84.54
No	1,7	15.45
Total	11	100

Fuente cuestionario

Disponibilidad de la historia clínica del paciente

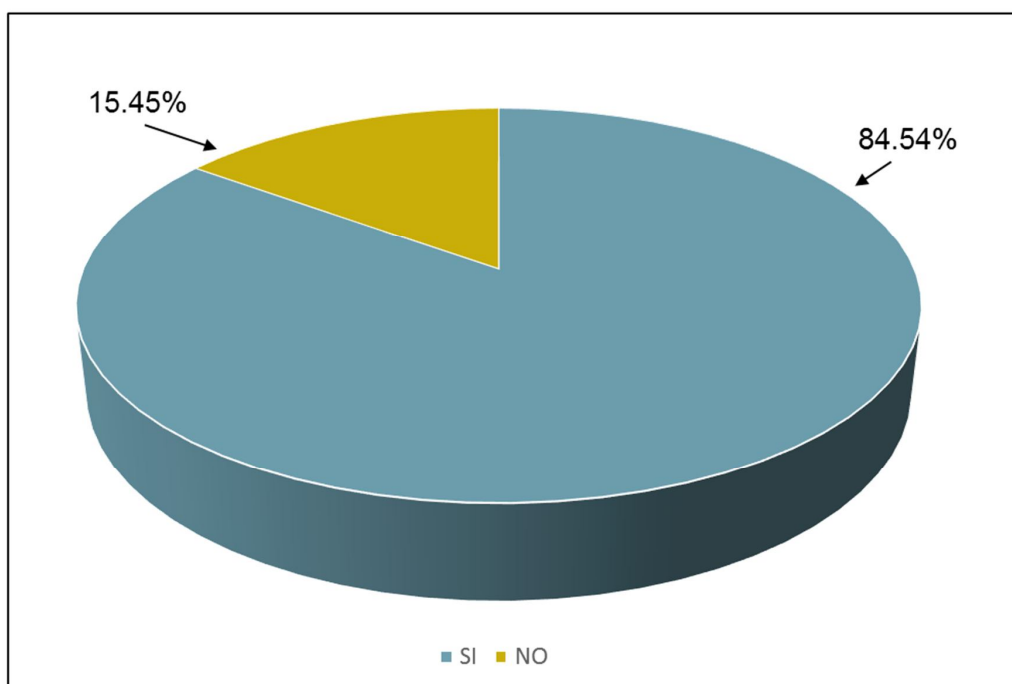


Gráfico VI

Se presentan todos los miembros del equipo quirúrgico por nombre y función-Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	6,0	60
No	4	40
Total	10	100

Fuente cuestionario

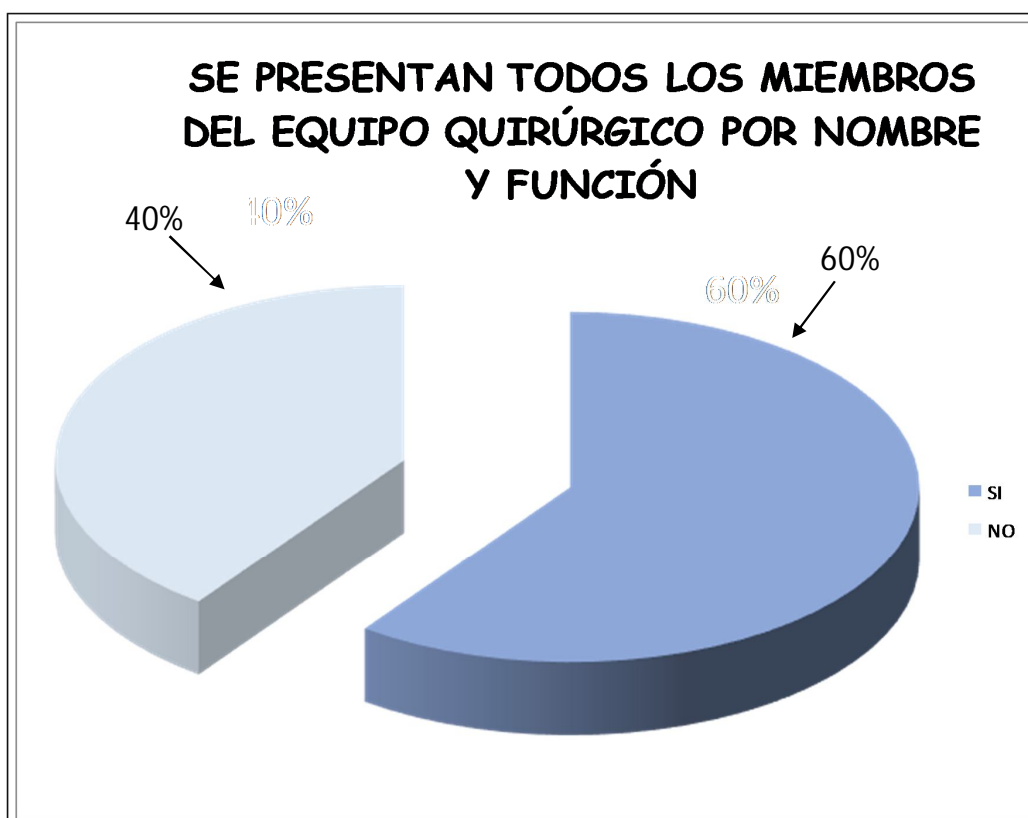


Gráfico VII

Confirmación antes de la incisión cutánea que se trate del paciente y sitio correcto-Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,9	89
No	1,1	11
Total	10	100

Fuente cuestionario

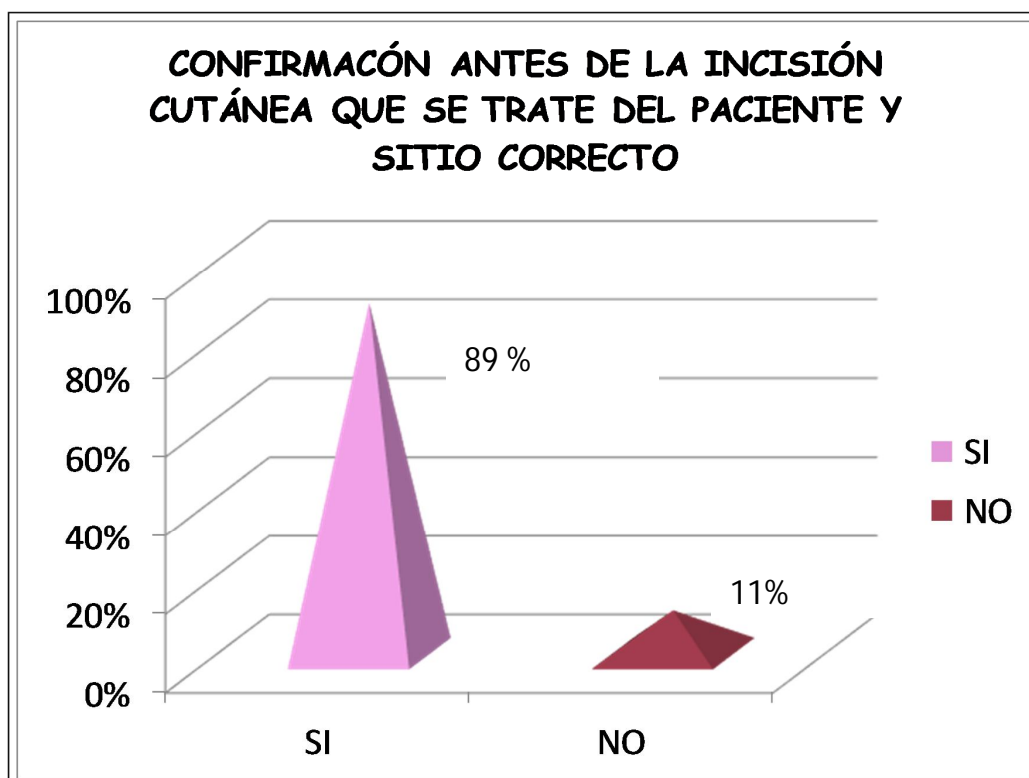


Gráfico VIII

Omisión de la profilaxis antibiótica -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	7,5	75
No	2,5	25
Total	10	100

Fuente cuestionario

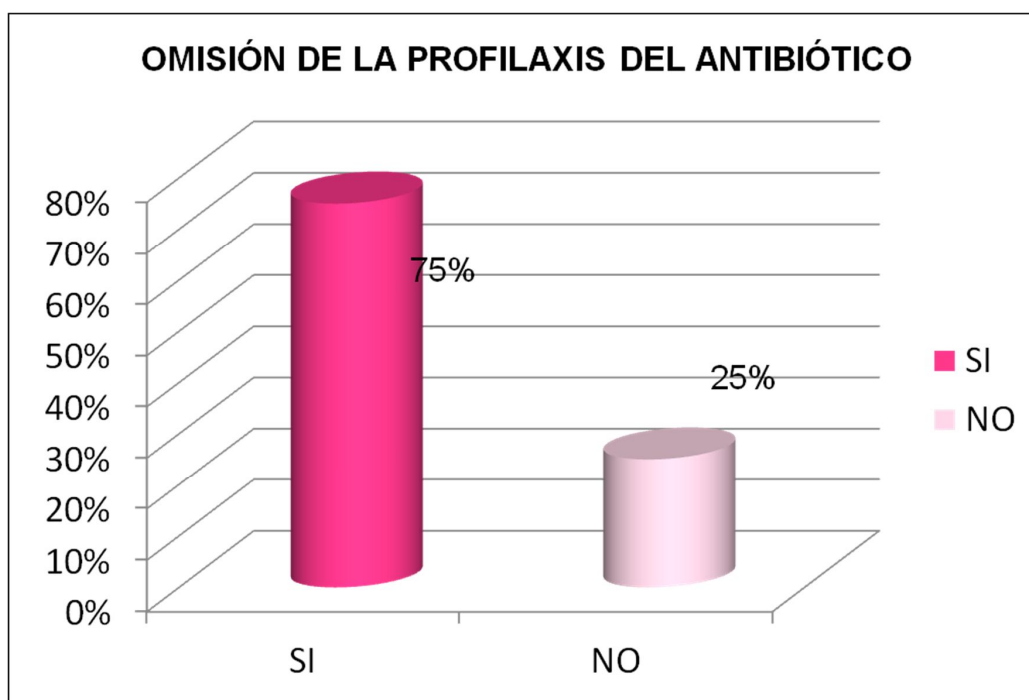


Gráfico IX

Factibilidad de visualizar estudios - Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	9,6	96
No	0,4	4
Total	13,6	100

Fuente cuestionario

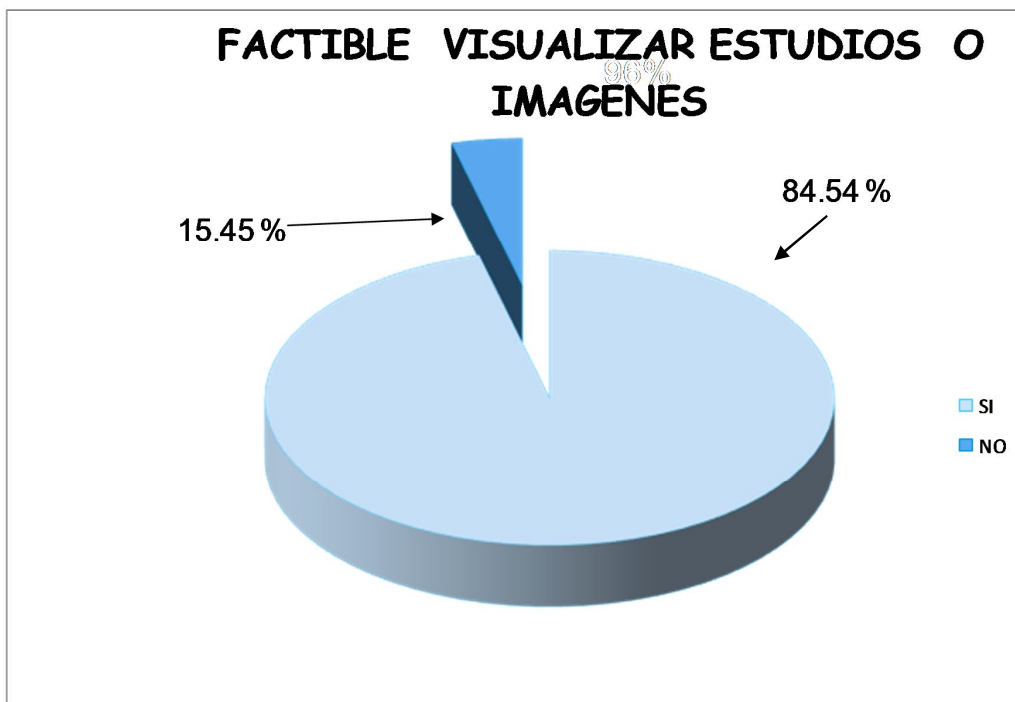


Gráfico X

Confirmación de disponibilidad de materiales -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,5	85
No	1,5	15
Total	10	100

Fuente cuestionario

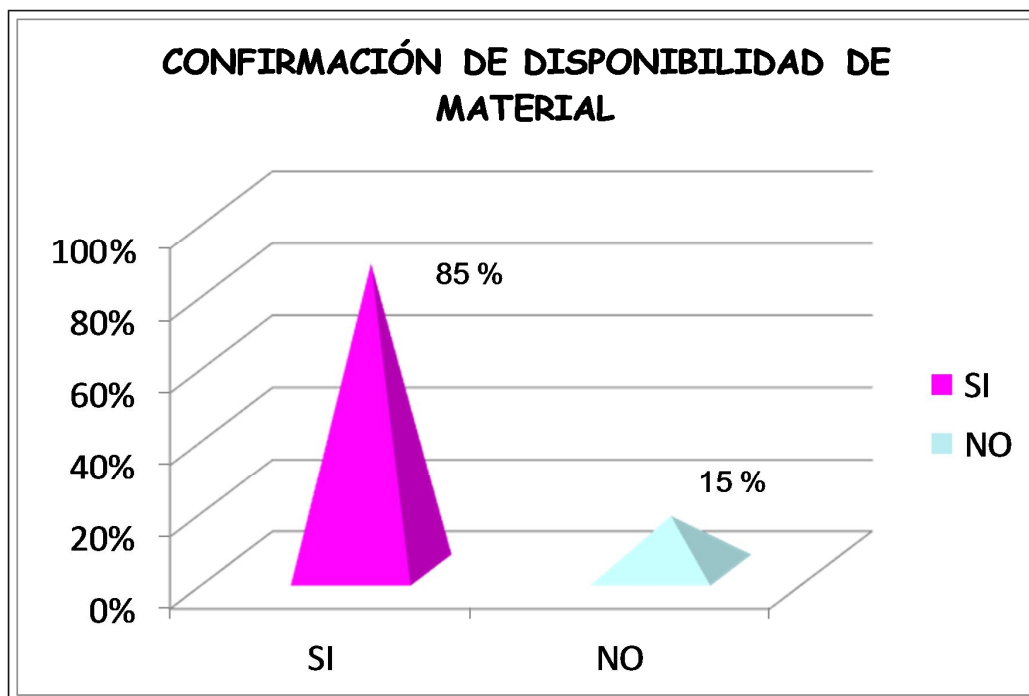


Gráfico XI

Verificación del funcionamiento de aparatología -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	6,4	64
No	3,6	36
Total	10	100

Fuente cuestionario

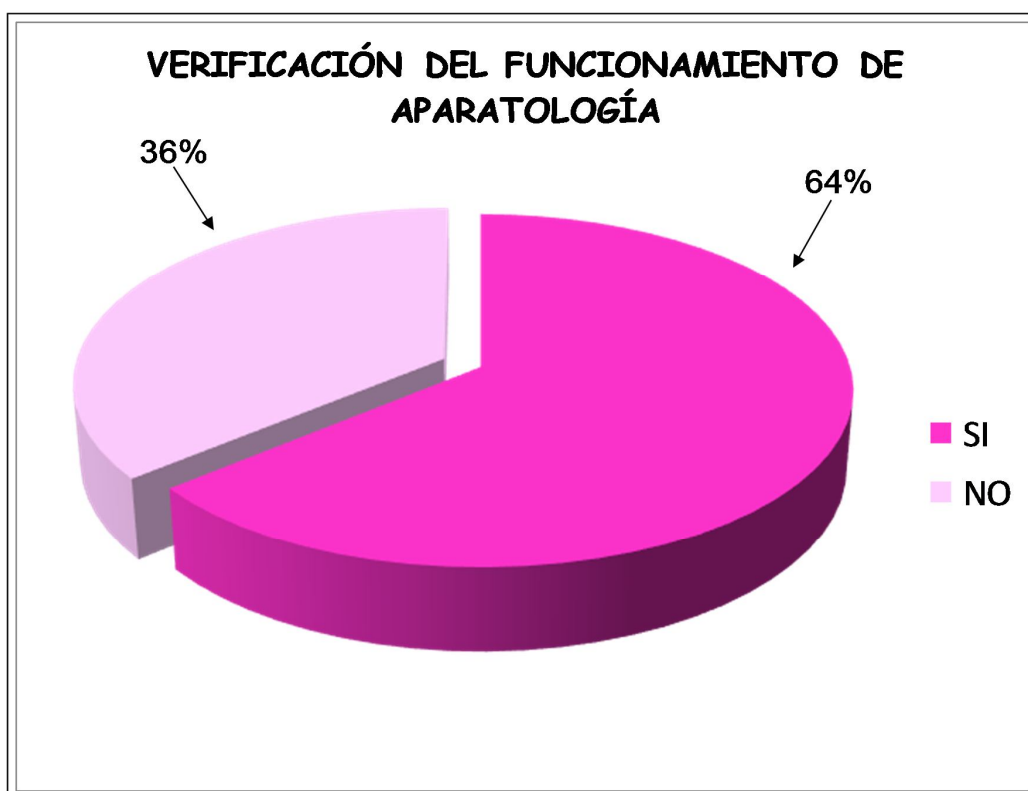


Gráfico XII

Revisión de la operación por todos los miembros del quirófano - Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,1	81
No	1.9	19
Total	10	100

Fuente cuestionario

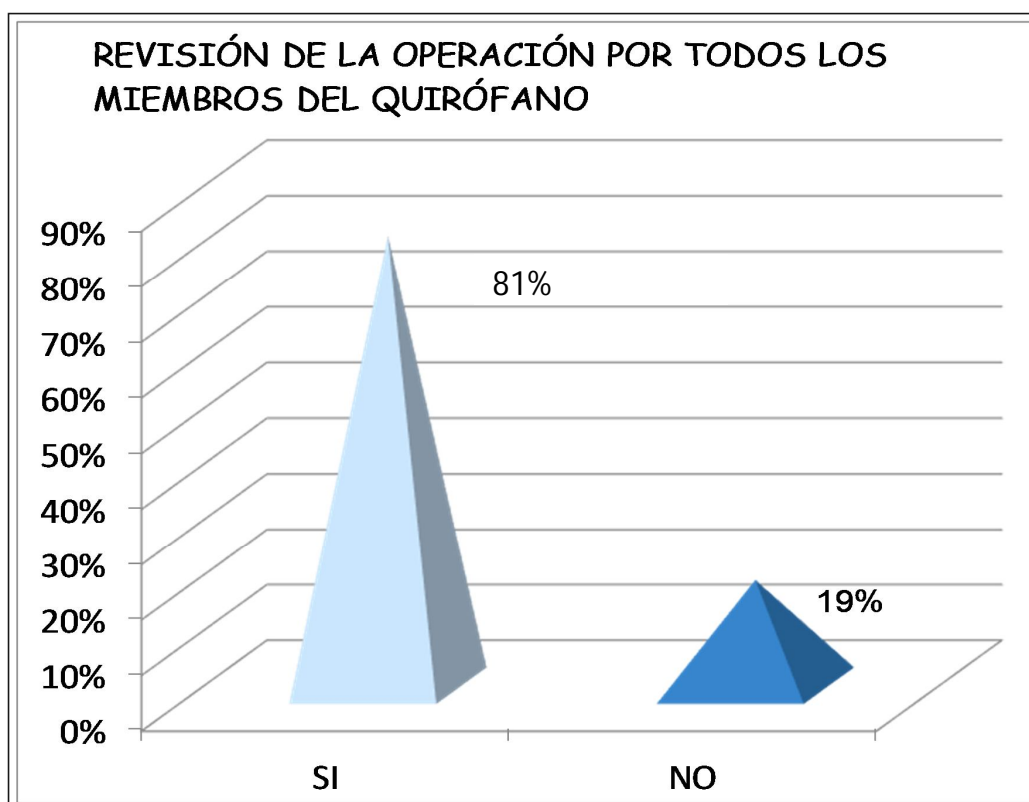


Gráfico XIII

Recuento de gasas -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,7	79
No	2,3	20.90
Total	11	100

Fuente cuestionario

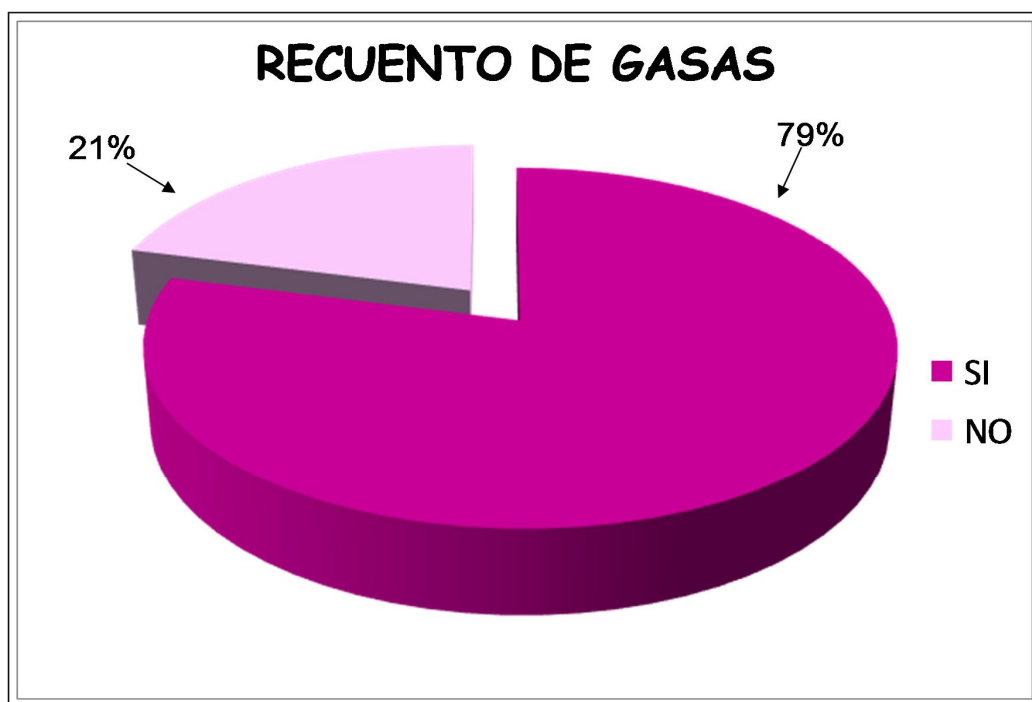


Gráfico XIV

Etiquetado de muestras biológicas -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8.6	71.07
No	3.5	28.92
Total	12.1	100

Fuente cuestionario

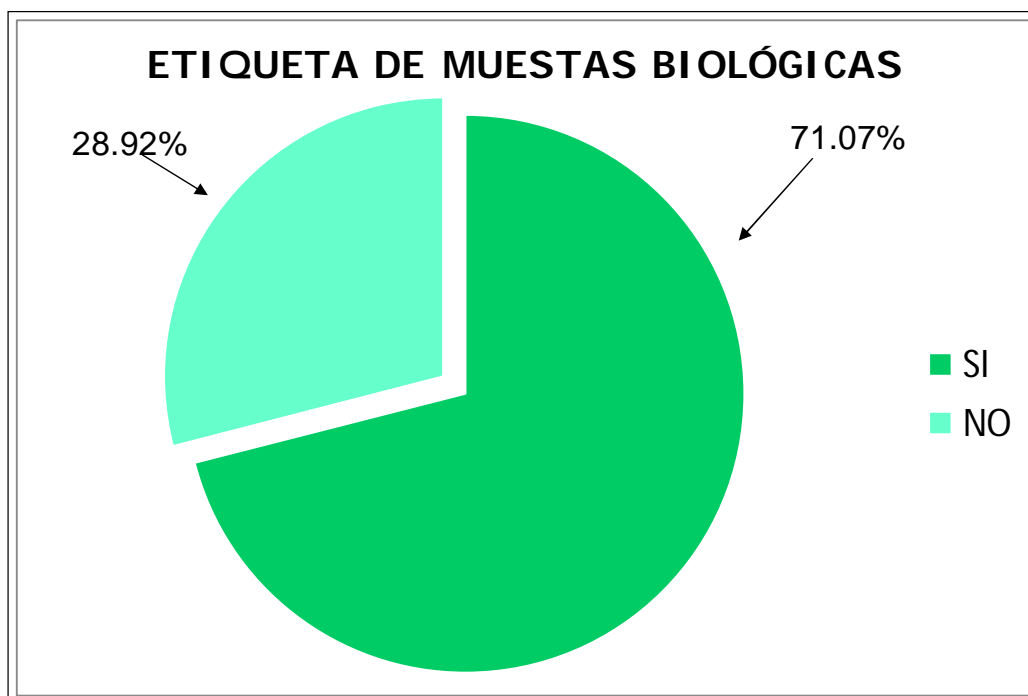


Gráfico XV

Revisación de problemas con relación al funcionamiento de instrumental y equipos -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,8	80.73
No	2,1	19.26
Total	10.9	100

Fuente cuestionario

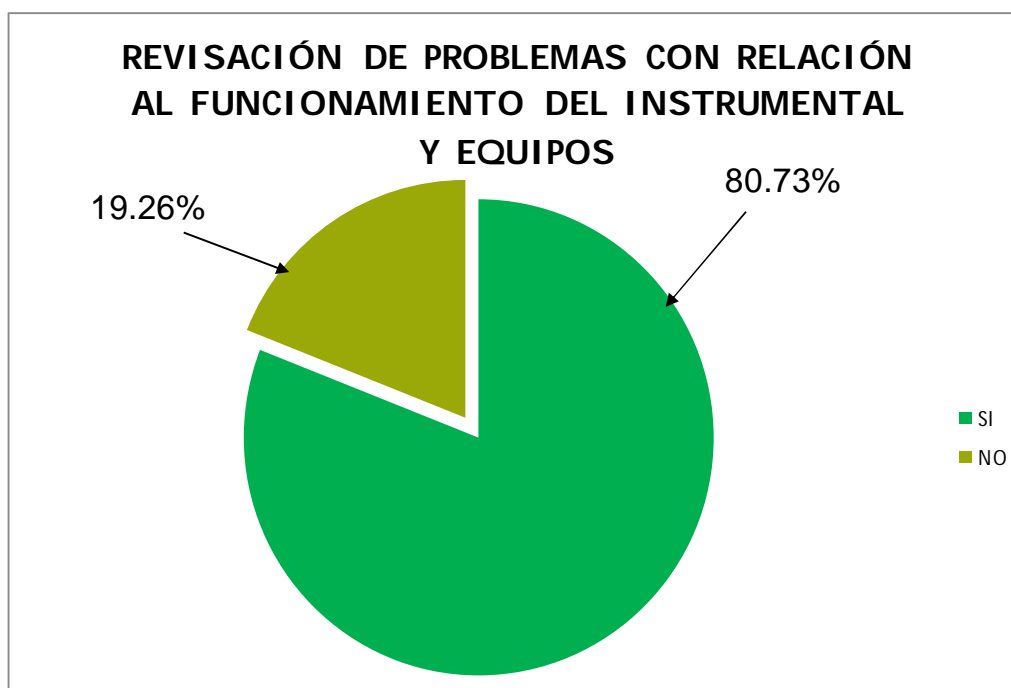


Gráfico XVI

Repaso de planes, tratamiento post operatorio y recuperación del paciente antes de salir del quirófano -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	9.1	85.84
No	1.5	14.15
Total	10.6	100

Fuente cuestionario

REPASO DE PLANES, TRATAMIENTO POST OPERATORIO Y RECUPERACIÓN DEL PACIENTE ANTES DE SALIR DEL QUIRÓFANO

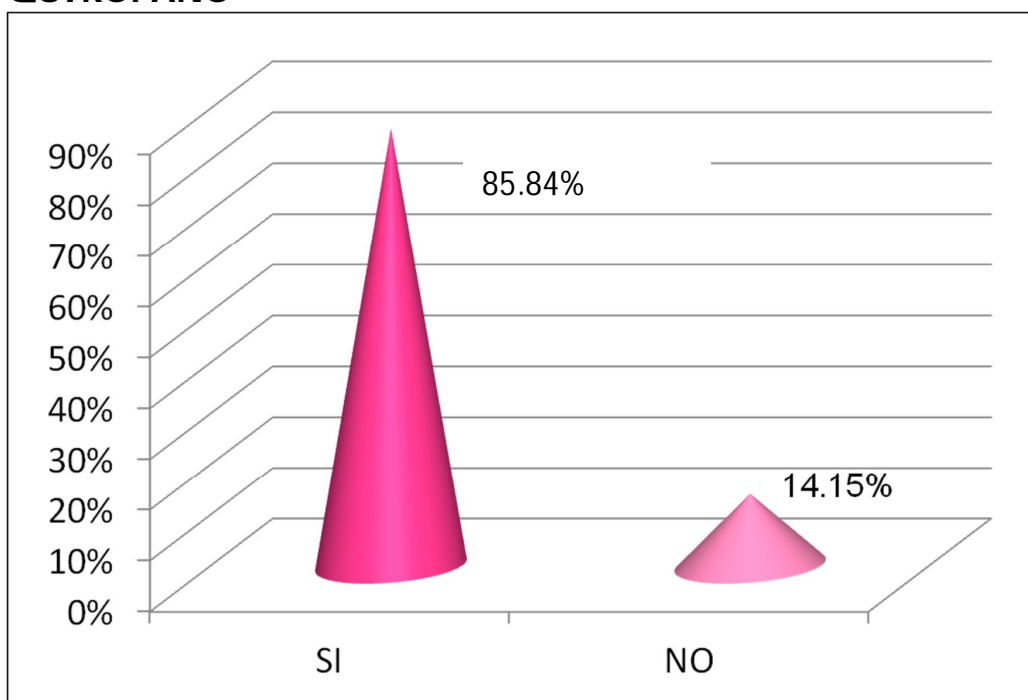


Gráfico XVII

Revisación de firma de la Lista de Verificación Quirúrgica - Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	8,9	85.57
No	1,5	14.42
Total	10.4	100

Fuente cuestionario

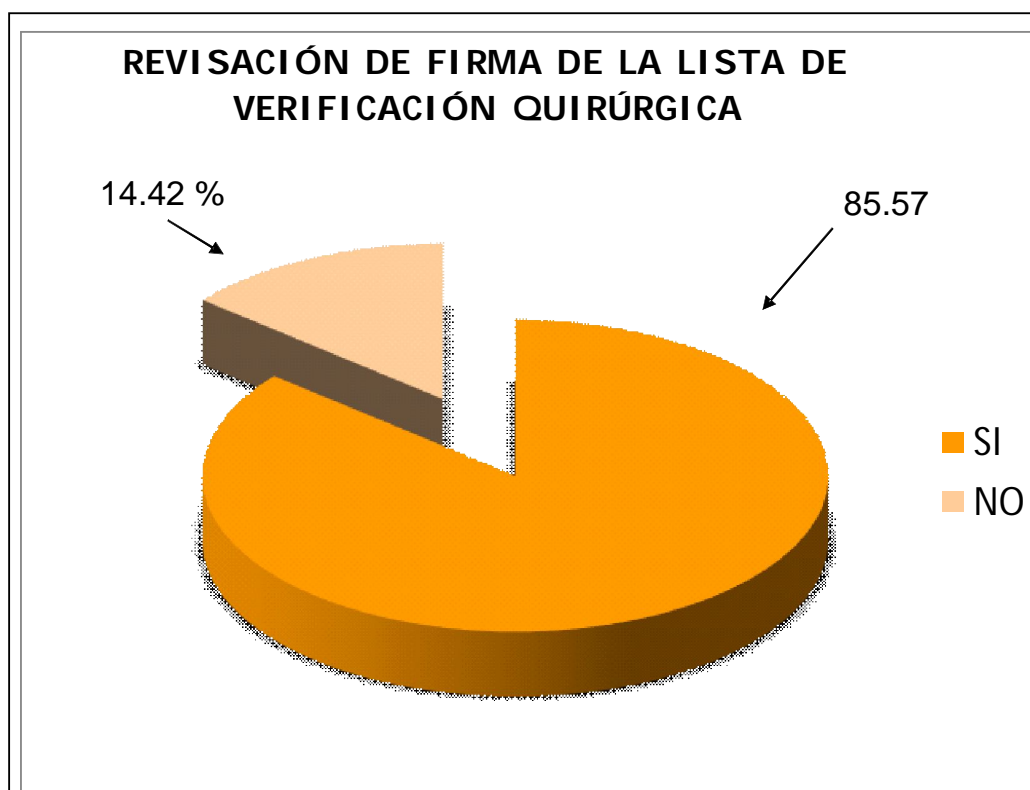


Gráfico XVIII

Consideración de utilidad de la LVQ -Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	2.8	59.57
No	1.9	40.42
Total	4.7	100

Fuente cuestionario

CONSIDERACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA LVQ

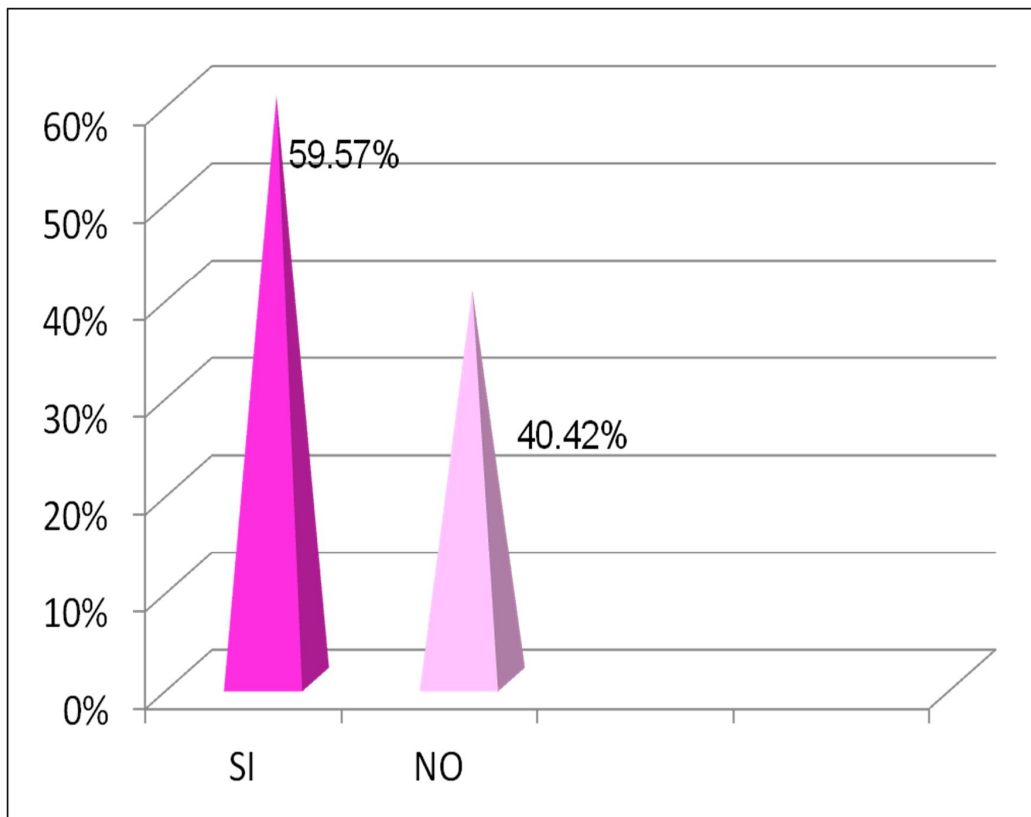


Gráfico XIX

Necesidad de reforma de la LVQ utilizada por la institución - Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	4,8	69.56
No	2,1	30.43
Total	6.9	100

Fuente cuestionario

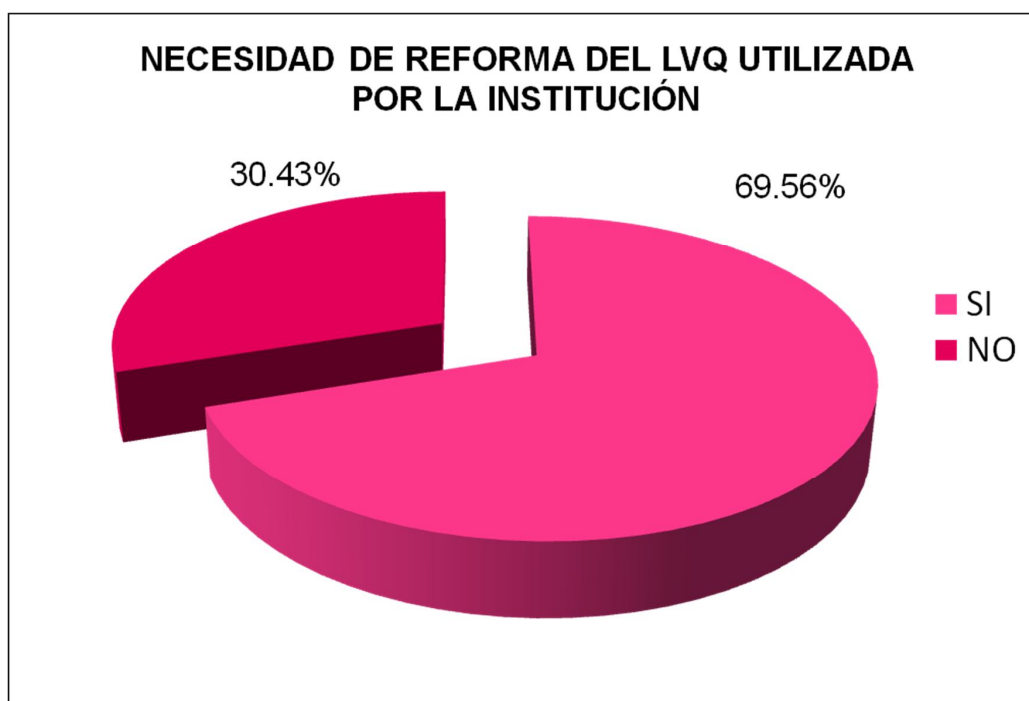


Gráfico XX

Información de consecuencias de la omisión de la LVQ-Hospital Privado Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	1.9	35.18
No	3.5	64.81
Total	5.4	100

Fuente cuestionario

Información de consecuencia de la omisión de la LVQ

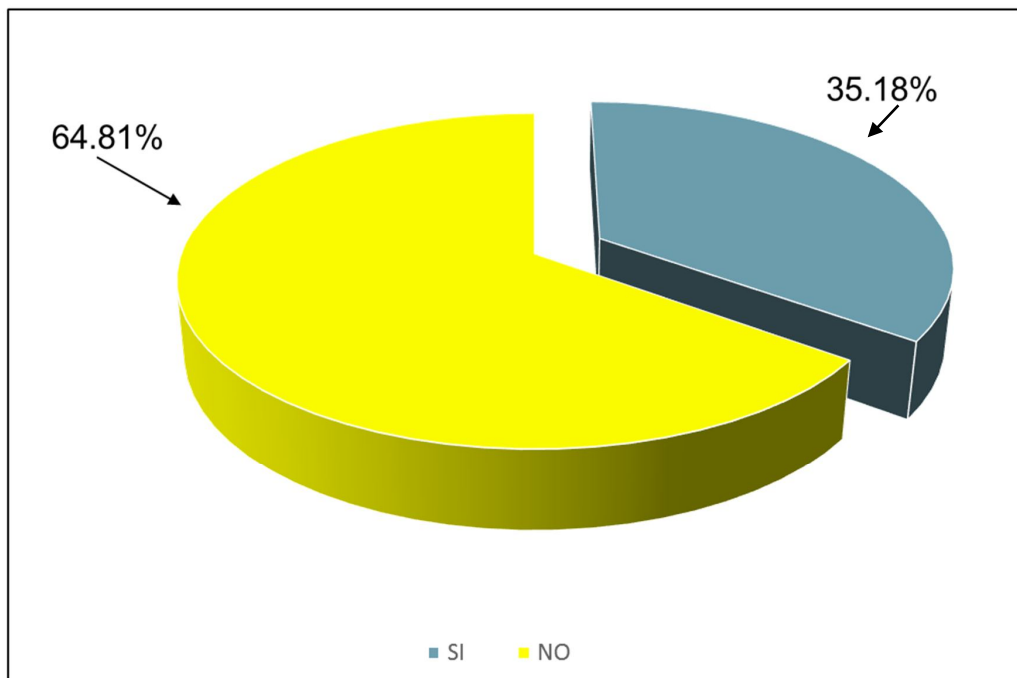


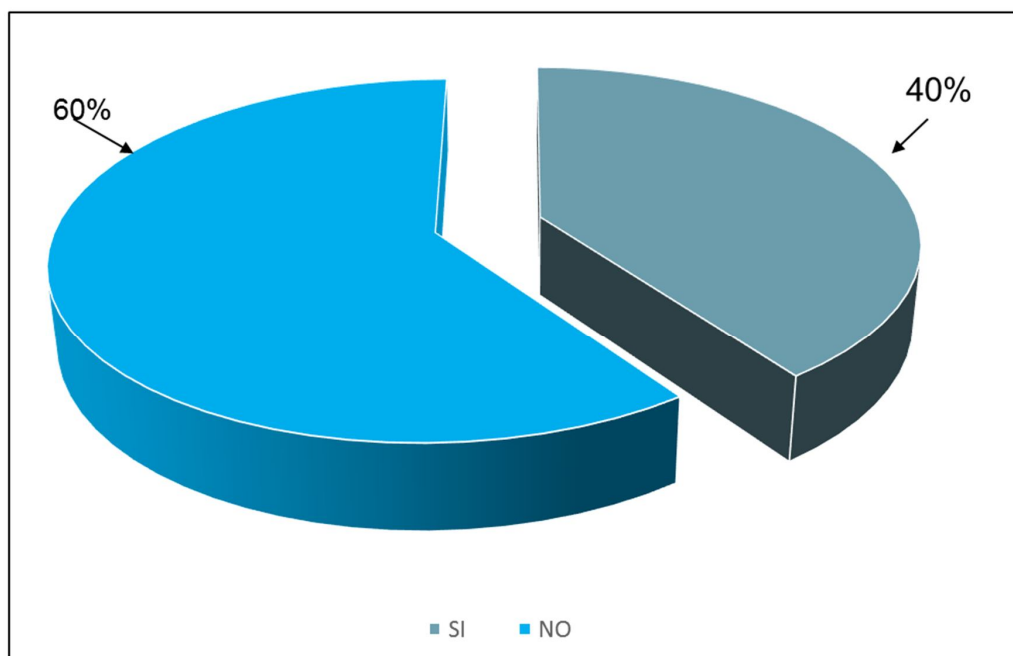
Gráfico XXI

Información de beneficios del uso de LVQ-Hospital Privado
Centro Medico de Córdoba.

	f	%
Si	4	40
No	6,0	60
Total	10	100

Fuente cuestionario

INFORMACIÓN DE BENEFICIOS DEL USO DE LVQ



DISCUSIÓN

Ruelas Barajas, Saravia Gonzalez y Tovar Vera (10) sostienen que los riesgos a los que está sometido un paciente no derivan exclusivamente de un error médico o de enfermería, sino que provienen de diferentes fuentes asistenciales, administrativas, de normas y conductas. Si observamos objetivamente nuestro ejercicio profesional cotidiano, se arriba a la conclusión de que estos errores se producen en personas vulnerables, indefensas sometidas a algún tipo de cirugía.

En muchos casos, estos efectos adversos, se producen por omitir protocolos, barreras y mecanismos de control establecidos mediante la implementación de estándares de orden internacional.

Solo adoptando conductas y estrategias competitivas en el sector salud, se puede lograr el impacto deseado para revertir las cifras de efectos adversos y lograr cirugías seguras.

Es en busca de lo anterior, que La lista de verificación para la seguridad en cirugía se constituye en un instrumento sencillo, cuya utilidad radica en permitir examinar aspectos considerados críticos para lograr procedimientos quirúrgicos seguros. Kerguelen C. (11) sostiene que lo novedoso de la LVQ, es la capacidad y autonomía de cada institución para adaptarla a sus propias exigencias. Para lograr resultados positivos, con la implementación de la LVQ, se necesita que su aplicación sea flexible, se adapte a la realidad, necesidad y exigencias de cada institución.

Los esfuerzos deben direccionarse a lograr un cambio cultural a nivel del Hospital Privado de Córdoba.

De mi experiencia en quirófano resalto la relevancia de hacer partícipes a los integrantes del equipo de su utilidad y tenerles en cuenta a la hora de su diseño y e implementación.

Para implantar medidas tendientes a lograr la seguridad del paciente se debe primero crear y potenciar una cultura entre los profesionales. No se puede instar a los profesionales a utilizar la herramienta sin saber si quiera para que sea útil.

Los datos acogidos de la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica, en el Hospital Privado, puede analizarse considerando dos grandes ítems: el empleo operativo y mecánico de la Lista de Verificación Quirúrgica y su valoración como herramienta.

En primer lugar la LVQ se emplea de manera efectiva, ya que se respetan aspectos claves del instrumento:

1. Más de un 85% de cirugías el paciente ingresa al quirófano con la pulsera identificadora, reforzando este ítem con la verificación de manera oral de la identidad del mismo siempre que sea posible.
2. Se confirma procedimiento quirúrgico a realizar en más del 90% de los casos
3. Se dispone de la historia clínica del paciente en un 85% de las cirugías.
4. Durante la pausa quirúrgica la confirmación de la incisión cutánea se da en un porcentaje superior al 85%.
5. La presentación de todos los miembros del equipo quirúrgico se da apenas en un 60% de las cirugías.
6. Lo anterior refleja que en un 40% los profesionales operan sin saber con quién se está trabajando lo cual afecta directamente la comunicación.
7. La omisión de profilaxis antibiótica presentó un porcentaje del 25%, en cuanto que la disponibilidad de estudios y visualización de imágenes, la verificación del funcionamiento de aparatos e instrumental presentó un porcentaje oscilante entre 80-90%.
8. En el momento de la salida se cumplen las normas tales como: repaso de cuidados, planes, tratamientos y recuperación, se revisa que la LVQ este firmada en un porcentaje superior a 80%.

Los resultados preocupantes se sitúan en relación a los conocimientos generales del personal de quirófano sobre la LVQ, en correlación a su valorización como herramienta potencial:

1. Más del 40% del personal no considera la LVQ como herramienta útil.
2. Se puede relacionar este porcentaje con que más del 60% no dispone información sobre las consecuencias de la omisión del instrumento y consideran la necesidad de adaptar la lista de verificación utilizada en el nosocomio.

La seguridad se convierte entonces en una meta, de importancia donde se debe encaminar todos los esfuerzos para brindar una atención en cirugía al paciente libre de riesgos prevenibles mediante la puesta en marcha de los lineamientos descritos en la Lista de Verificación Quirúrgica.

La implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica implica a los órganos directivos en la implantación y seguimiento y un abordaje multidisciplinar.

La implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica implica a los órganos directivos en la implantación y seguimiento y un abordaje multidisciplinar.

Rojas Velasco Giovanni, (3) sostiene que la seguridad en cirugía es un tema de salud pública no muy bien reconocido. Mi experiencia profesional, en el área de cirugía del Hospital Privado de Córdoba, me permiten sostener que la prevención de complicaciones en los procedimientos quirúrgicos comunes, se debe a la resistencia de los distintos profesionales hacia los registros.

A pesar del avance en las prácticas en salud basadas en la evidencia, estas no son aplicadas en la cotidianidad de manera regular, lo cual apareja como consecuencia efectos adversos y prolongación del tiempo de internación.

Estudios La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización.

El ENEAS (4) postula que una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores. Para el logro de esto la Lista de Verificación Quirúrgica constituye una herramienta potencial.

CONCLUSIÓN

Al analizar la aplicación de la LVQ en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de Agosto 2014-Diciembre 2015, como profesional integrante del equipo quirúrgico, recalco la necesidad de la Lista de Verificación Quirúrgica, como herramienta orientada a formalizar el registro de la comunicación y verificación de los aspectos más relacionados con la seguridad del paciente.

La lista de chequeo es una herramienta indispensable en toda intervención quirúrgica, ya que asegura que la cirugía está enfocada a salvaguardar la vida del paciente, corrigiendo quirúrgicamente su problema de salud, en un marco de seguridad, porque se identifican oportunamente los riesgos. Definiendo riesgo como la probabilidad de producir lesión, daño o pérdida como consecuencia de una acción de lo que se deduce que el riesgo quirúrgico es la probabilidad de que aparezcan resultados adversos, como consecuencia de la situación creada por una operación, incluyendo el desarrollo de la misma y el proceso postoperatorio.

En consecuencia este método debe aplicarse en todo tipo de cirugías, sin importar la complejidad de estas y sobre todo porque tiene en cuenta elementos esenciales, debido a que incluye un conjunto de ítems de seguridad que brindan información imprescindible del paciente, contribuyendo a que el equipo quirúrgico, pueda identificar posibles riesgos de complicaciones, en desmedro de la integridad física el paciente, convirtiéndose no solo en una garantía de seguridad para el paciente, sino que implícitamente el equipo quirúrgico que participa se siente seguro de su actuar.

Uno de los objetivos planteados en el presente trabajo fue conocer la información que disponen los profesionales del equipo de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina, sobre la aplicación y omisión de la LVQ.

El análisis de los datos obtenidos refleja la necesidad de trabajar la valoración de la lista de chequeo en cirugía entre el personal, porque si bien se aplica se desconoce su razón y beneficios de su uso.

Implementar cambios a nivel de la cultura de trabajo de una institución no es tarea sencilla. Se requiere de los esfuerzos colectivos del equipo directivo y técnicos.

Para implantar medidas tendientes a lograr la seguridad del paciente se debe primero crear y potenciar una cultura entre los profesionales.

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la Lista de verificación. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas en el año 2009”, como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. (2)
- 2- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de implementación. Lista de verificación para la seguridad quirúrgica. Organización Mundial de la Salud, (1ra. edición), 2009. (3)
- 3- Rodrigo Rincon M.I., Tirapu-León, B., Zabalza López, P. et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev Calid Asist. 2011;26(4):380-385. Disponible en: file:///C:/Users/monicasilvia/Downloads/S1134282X11000625_S300_es.pdf
- 4- Narbona Toledo Cristina, Delgado Arcas Sonia, Narbona Toledo Francisca. Listado verificación seguridad quirúrgica (checklist): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Enfermería Docente 2011; 95: 9-13.(5) Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/95pdf/95-009.pdf>
- 5- Nava Galán Ma. Guadalupe, Espinoza Ma. De Lourdes. Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Enf Neurol (Mex) Vol. 10, No. 2: 102-105, 2011.(6) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
- 6- Arribalzaga Eduardo., Lupica Liliana, Delor Stella Maris, Ferraina Pedro A. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev. Argent, Cirug., 2012; 102 (1-3): 12-16.(7) Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v102n1/v102n1a02.pdf>
- 7- Dackiewicz Nora, Viteritti Laura, Marciano Beatriz, Bailez Marcela, Merino Patricia, Bortolato Diana et al . Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatr 2012;110(6):503-508. (8)Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n6/v110n6a08.pdf>
- 8- Ruelas Barajas E, Sarabia González O., Tovar Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Médica Panamericana, 2007
- 9- Kerguelen C. Calidad en Salud. Bogotá: Beta Impresiones, 2003
- 10- El termino eficacia, del latín “eficacia”, es “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”(Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1992 citado en Fernández Ríos & Sánchez, 1997, p. 45).(9)

- 11-Arias J., Aller M., Arias I. Lorente, I. Generalidades Médico Quirúrgicas. Madrid: Editorial Tébar; 2001
- 12-Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1.ª edición). La cirugía segura salva vidas. WHO/IER/PSP/2008. 07.
- 13- Álvarez Heredia Francisco. Calidad y Auditoría en Salud. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2003. Capítulo XIV , La Garantía de la Calidad; p.128-59
- 14-Observatorio de Calidad en la Atención en Salud. [en línea]. Consultado el 16 de Junio de 2012. Disponible en:
http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx.
- 15-Grande L. Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria. CIR ESP. 2009; 86(6) :329–330
- 16-Rojas Velasco Giovanni. Identificación de barreras y facilitadores para la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en el personal de cirugía general y sala de operaciones del hospital un canto a la vida de la Fundación Tierra Nueva en la ciudad de Quito. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4094>
- 17-Cirugía general para enfermeras. Limusa. México. Forrest, A.P.M; et al.: 2000 RE EDICION 2005.
- 18-Yuan C.T., Walsh D., Tomarken J.L., et al. Incorporating the World Health Organization Surgical Safety Checklist into practice at two hospitals in Liberia. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012; 38(6): 254-260
- 19-Vijayasekar C., Steele R.J. The World Health Organization's Surgical Safety Checklist. Surgeon 2009; 7: 260-262
- 20-Walker I.A., Reshamwalla S., Wilson I.H., et al. Surgical safety checklists: do they improve outcomes?. Br J Anaesth 2012; 109: 47-54. Disponible en:
<http://bj.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/30/bja.aes175.full.pdf+html>
- 21-Conley D.M., Singer S.J., Edmondson L., et al. Effective surgical safety checklist implementation. J Am Coll Surg. 2011; 212: 873-879
- 22-Fourcade A., Blache J.L., Grenier C., et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf 2012; 21: 191-197
- 23-Levy S.M., Senter C.E., Hawkins R.B., et al: Implementing a surgical checklist: more than just checking a box. Surgery 2012; 152: 331-336
- 24-Vats A., Vincent C.A., Nagpal K., et al. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. BMJ. 2010; 13;340:b5433

- 25-Michaels R.K., Makary M.A., Dahab Y., et al. Achieving the National Quality Forum's Never Events: prevention of wrong site, wrong procedure and wrong patient operations. *Ann Surg.* 2007 Apr;245(4):526-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1877039/pdf/20070400s00006p526.pdf>
- 26-OMS 2004 "Seguridad al paciente" Meta prioritaria 2006-2007 Mejorar la Seguridad Prevención de: Efectos Adversos Error Médico.
- 27-Organización Mundial de la Salud. 20 Avenue Appia, CH - 1211 Ginebra - Suiza.
- 28-Celma M., Martín C, Cano M, Casanova M. Seguridad del Paciente en el quirófano. Implantación del check list en cirugía general. *Rev. Rol Enf.*2012; 35(5):342-350
- 29-España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid, 2006. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- 30-Argentina. Ministerio de Salud. La Cirugía Segura Salva Vidas. [en línea]. 2008 [acceso 1 de Setiembre del 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
- 31-Castaño Zurro María del Mar. Seguridad del Paciente Quirúrgico. *Trabajos Académicos. Leioa: E.U. Enfermería.* [en línea].2014;30-31. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/13019>
- 32-Colombia. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Estrategias de calidad para la administración sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007. [en línea]. Disponible en: http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/plan_calidad_asturias_2003_2007.pdf
- 33-Organizaciones Acreditadas. [Internet] Disponible en [http://es.jointcommissioninternational.org/enes/JCI Accredited Organizations/](http://es.jointcommissioninternational.org/enes/JCI_Accredited_Organizations/) Consultado el 01 de Abril de 2012.
- 34-Datos Sobre Seguridad En La Atención Quirúrgica. [en línea]. España; 2010 [acceso 15 de agosto del 2012]. Disponible: http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.htm.
- 35-Listado de verificación de seguridad quirúrgica para centros hospitalarios. [sede web]* España; 2009 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirurgiasegura/documentos/manual_u_so_listado_CM.pdf

36- Plan Estratégico de Seguridad Del Paciente 2009 -2012. II SESCAM [Plan en Internet]. Enero 2009. [acceso 10 de setiembre de 2012] Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>

37- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>

38- Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS. 2002. [en línea]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>

ANEXO

Modelo de cuestionario

Lista de Verificación Quirúrgica

Edad.....

Sexo.....

Profesión.....

Antigüedad en la profesión.....

Antigüedad en la institución.....

B-Entrada quirúrgica: (MARQUE CON UNA X)

1. ¿El paciente ingresa con pulsera identificadora al quirófano?

SI.....NO.....

2. ¿Se confirma siempre que es posible la identidad del paciente?

SI.....NO.....

3. ¿Se confirma el lugar anatómico de la intervención?

SI.....NO.....

4. Se confirma el procedimiento a realizar con anterioridad?

SI.....NO.....

5. ¿Se tiene disponible la historia clínica del paciente?

SI.....NO.....

C. Pausa quirúrgica: (MARQUE CON UNA X)

1. ¿Se confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función?

SI.....NO.....

2. ¿Se confirma antes de la incisión cutánea que se va a operar al paciente correcto y en el sitio correcto?

SI.....NO.....

3. ¿Se omitió la administración de profilaxis antibiótica en alguna ocasión?

SI.....NO.....

4. ¿Siempre es factible visualizar estudios o imágenes esenciales?

SI.....NO.....

5. ¿Se confirma SIEMPRE la disponibilidad de los materiales necesarios?

SI.....NO.....

6. ¿Se verifica el correcto funcionamiento de la aparatología SIEMPRE?

SI.....NO.....

C. Salida quirúrgica: (MARQUE CON UNA X)

1. ¿TODOS los miembros del equipo revisan la operación llevada a cabo?

SI.....NO.....

2. ¿Se realiza SIEMPRE el recuento de gases e instrumentos?

SI.....NO.....

3. ¿Se etiqueta toda muestra biológica SIEMPRE que sea necesario?

SI.....NO.....

4. ¿Se revisan problemas que pueden haber surgido en relación con el funcionamiento del instrumental o equipos?

SI.....NO.....

5. ¿Antes que el paciente salga del quirófano se realiza SIEMPRE un repaso de planes, tratamiento post operatorio y recuperación?

SI.....NO.....

6. ¿Se revisa que la LVQ haya sido firmada y que la fecha sea correcta?

SI.....NO.....

CONOCIMIENTOS GENERALES DE LA LVQ

1. ¿Considera útil la aplicación de la LVQ?

SI.....NO.....

2. ¿Considera que la LVQ en uso por la institución necesita ser reformulada?

SI.....NO.....

3. ¿Está informado sobre las consecuencias de la omisión de la aplicación de la LVQ?

SI.....NO.....

4. ¿Conoce los beneficios de la aplicación de la LVQ?

SI.....NO.....

Muchas gracias por su colaboración.