



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud - 2014

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

Rocio Marcelly Perez Quispe

LIMA – PERÚ
2015

**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO SOBRE LA UTILIDAD Y
APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA
CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA EN EL SERVICIO
DE CENTRO QUIRURGICO DEL INSTITUTO
NACIONAL CARDIOVASCULAR DE
ESSALUD - 2014**

A Dios por permitirme esta experiencia de vida como enfermera capaz de aportar con un granito en la Salud Quirúrgica de la comunidad.

A la Escuela de Posgrado de Enfermería de la Gloriosa UNMSM y a mis profesoras Lic. Luisa Rivas y Cecilia Chulle quienes instilaron sabiduría y confianza en mí misma para el desarrollo de este proyecto.

A mis queridos padres que siempre me inspiran a seguir adelante para alcanzar mis sueños.

A mi querido esposo siempre comprensivo y positivo con el tiempo que dedico a mi tesis y proyectos personales.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACION	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivos Generales	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Propósito	7
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	8
2.2. Base Teórica	11
2.3. Definición Operacional de Términos	39
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	40
3.2. Lugar de Estudio	40
3.3. Población de estudio	41
3.4. Criterios de selección	41
3.4.1. Criterios de inclusión	41
3.4.2. Criterios de exclusión	42
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	42
3.6. Procedimiento para el análisis e interpretación de la Información	42
3.7. Consideraciones Éticas	43
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados y Discusión	44
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones	50
5.3. Limitaciones	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Percepción del Equipo Quirúrgico de la UTILIDAD de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Lima Perú 2015	45
2	Percepción del Equipo Quirúrgico de la APLICACION de la Lista de Verificación de Cirugía Segura Lima Perú 2015	47

RESUMEN

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial, y dentro de esta problemática, los efectos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas son considerados un grave problema. Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria.

Ante esta problemática la OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del tratamiento quirúrgico para lo cual implementó el Programa de Seguridad del Paciente del cual nace la lista de verificación para una cirugía segura "LVCS" consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas, la cual es aplicada en cada cirugía bajo el liderazgo de la enfermera circulante y con la participación del equipo quirúrgico; con esto se pretende abordar complicaciones quirúrgicas, tales como: las prácticas anestésicas inseguras, las infecciones quirúrgicas y la comunicación deficiente dentro de los equipos, los cuales son considerados problemas comunes, letales y evitables .

En el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de EsSalud, donde se realizan diariamente en promedio 5 cirugías cardíacas de alta complejidad a pacientes adultos y pediátricos, la enfermera circulante aplica la Lista de Verificación para una Cirugía Segura "LVCS" con la participación activa del Equipo Quirúrgico con el objetivo de reducir complicaciones quirúrgicas prevenibles y mejorar los resultados de las cirugías cardíacas.

Sin embargo, se observa cierta renuencia de parte del equipo quirúrgico al aplicar la LVCS, lo cual afecta el cumplimiento de esta según instructivo. Por ello se deduce que no reflejaría el real cumplimiento de normas de seguridad y la real preparación de un entorno seguro para el paciente quirúrgico.

Ante esta problemática y considerando que el éxito de la aplicación de la “LVCS” depende en gran medida de la percepción que tiene la enfermera circulante y el resto del equipo quirúrgico sobre la “LVCS”, la investigadora se ha planteado el siguiente objetivo: Determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular-EsSalud. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 41 profesionales de la salud entre enfermeras del centro quirúrgico, enfermeras perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares, la técnica es la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que: En relación a la UTILIDAD de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. En relación a la APLICACIÓN de la LVCS, podemos concluir que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCIÓN FAVORABLE, existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE; esto pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica y por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos.

PALABRAS CLAVES: CIRUGIA CARDIOVASCULAR, EQUIPO QUIRURGICO, LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.

ABSTRACT

Patient safety is a serious problem of global public health, and within these issues, adverse effects as a result of the surgical interventions are considered a serious problem. The most common complications encountered are related to incorrect identification of the patient or the wrong site surgery and anaesthetic complications and high rates of wound infection.

Before this problem WHO recognizes the importance of improving the safety of surgical treatment for which implemented the Program of Patient Safety from which was born the checklist for safe surgery "LVCS" consisting of a simple set of rules for the safety of the surgical practices, which is applied in each surgery under the leadership of the Circulator and the participation of the surgical team; This is to address surgical complications, such as: anaesthetic unsafe practices, surgical infections and poor team communication , which are considered common, deadly and preventable problems.

In the Cardiovascular Institute of ESSALUD , where are performed in average 5 heart complex surgeries daily to adult and pediatric patients, the circulating nurse applies the "LVCS" in each surgery with the active participation of the surgical team with the aim of reducing preventable surgical complications and improve outcomes of cardiac surgeries.

However, there is some reluctance on the part of the surgical team to apply the LVCS, which affects the compliance of this according to instructions. Therefore, it follows that it would not reflect actual compliance with safety rules and real preparation of a secure environment for the surgical patient.

Therefore, considering that the successful implementation of the "LVCS" depends largely on the perception that the Circulator and the rest of the surgical team have on the "LVCS", the researcher has raised the following objective: to determine the perception of the surgical team of application and usefulness of the LVCS at the surgical center of the Cardiovascular Institute - ESSALUD. The study is quantitative, descriptive, cross-cut type, the population was comprised of a total of 41 health professionals among Operating Room Nurses, Perfusionist, anesthesiologists and cardiovascular surgeons, the technique is the interview and the instrument modified Likert type scale. The conclusions it reached were that: in relation to the usefulness of the LVCS, 18 (44%) had a perception favorably and 17(41%) a perception unfavorably, by which we can infer that they are almost equal percentages, what makes see that there are 2 marked tendencies, and that almost half of the population (41%) are not perceived as a useful instrument to the LVCS. This puts at risk the implementation and adherence of the LVCS, influencing negatively in the surgical patient safety and the safety of the surgical team culture. In relation to the implementation of the "LVCS", we can conclude that although almost half of the population (41%) have a FAVORABLE perception; there is a third of the population (32%) which has an UNFAVORABLE perception; This puts at risk the adherence of the "LVCS" surgical practice and thus basic safety standards could pass unnoticed with the consequence of surgical adverse events that could be prevented.

Key Words: Cardiovascular surgery, surgical team, safe surgery checklist.

PRESENTACIÓN

La Enfermera y los demás miembros del Equipo Quirúrgico tienen un rol trascendental en el cuidado del paciente quirúrgico salvaguardando su seguridad y previniendo complicaciones quirúrgicas que podrían ser letales. Debido a la alta incidencia de complicaciones quirúrgicas, la OMS ha creado una Lista de Verificación para una Cirugía Segura "LVCS" la cual debe ser aplicada por el Equipo Quirúrgico en cada cirugía para controlar el cumplimiento de normas básicas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas, y considerando que el éxito de la aplicación de la "LVCS" depende de una adecuada práctica y de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico, la Investigadora se ha planteado el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la Percepción del Equipo Quirúrgico sobre la Utilidad y Aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del INCOR?, Los resultados del presente estudio tienen como propósito permitir que la Dirección del INCOR y el Departamento de Enfermería cuente con información real y confiable sobre la percepción del equipo quirúrgico sobre la Lista de Verificación para una Cirugía Segura, lo cual servirá como base para valorar la cultura de seguridad de los miembros del equipo quirúrgico, información importante para diseñar programas de capacitación que apunten a mejorar su percepción y actitud hacia la seguridad del paciente y la implementación eficaz efectiva de la lista de verificación para una cirugía segura.

Para una mejor comprensión, el trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, denominado Introducción, que incluye el origen, justificación, formulación del problema, objetivos, propósito de la investigación. Capítulo II, denominado Marco Teórico contempla los antecedentes del estudio, soporte teórico y la definición operacional de términos. Capítulo III,

denominado Material y Método , incluye: Método utilizado, descripción de la sede de estudio, población , técnica e instrumento de recolección de datos , procedimiento para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas; Capítulo IV, contiene los Resultados y Discusión e incluye presentación , análisis e interpretación de datos; Capítulo V, contiene conclusiones, recomendaciones y limitaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial (1). Las estimaciones indican que en los países desarrollados como a uno de cada 10 pacientes se perjudica al recibir atención hospitalaria y en los países en vías de desarrollo, la probabilidad de pacientes que están siendo perjudicados es mayor. Dentro de esta problemática, Los efectos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas son considerados un grave problema (2), se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación incapacitante y un millón terminan en muerte (3). Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria.

En enero del 2007, y al centrar la atención en las intervenciones quirúrgicas como un asunto de salud pública, la OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del tratamiento quirúrgico en todo el mundo(4). La iniciativa pretende conjuntar el compromiso y la voluntad de los profesionales sanitarios de áreas quirúrgicas para abordar muchos aspectos importantes del tema, tales como: las prácticas anestésicas inseguras, las infecciones quirúrgicas evitables y la comunicación deficiente dentro de los equipos. Estos han resultado ser problemas comunes, letales y evitables en todos los países y

entornos. Mediante un proceso internacional que duró dos años, la OMS creó una Lista de Verificación consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas.

En Nuestro país que no es ajeno a ésta problemática mundial, el 30 de julio del 2008 el Ministerio de Salud emite la Resolución 533-2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la “Lista de Verificación para una Cirugía Segura” y adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención. A su vez, el 24 de agosto del 2009, el Ministro de Salud, lanzó la Campaña Nacional por la Calidad y Seguridad en la Atención (6) que se brinda en los establecimientos de salud públicos y privados, como parte del derecho fundamental de las personas. Entre los objetivos principales de ésta campaña cabe destacar la reducción de eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, así como la implementación de prácticas seguras como la Lista de Verificación para una Cirugía Segura. Desde el lanzamiento de la Campaña muchos establecimientos de salud a nivel nacional vienen desarrollando esfuerzos para implementar buenas prácticas y cumplir con sus objetivos. Sin embargo es importante considerar que los esfuerzos del Ministerio de Salud orientados a lograr establecimientos de salud con servicios de calidad y cada vez más seguros, será posible en la medida que la Cultura de Seguridad del Paciente se integre y priorice en los objetivos estratégicos, la misión y visión de los establecimientos de salud y el personal sanitario lo asuman como una forma de trabajo.

En el Centro Quirúrgico del Instituto Cardio Vascular de ESSALUD, donde se realizan diariamente en promedio 6 cirugías cardiacas de alta complejidad a pacientes adultos y pediátricos, se implementó la

Aplicación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura “LVCS” con el fin de reducir complicaciones quirúrgicas y mejorar los resultados de las cirugías cardíacas. El proceso de implementación consistió en la formación de un Equipo Conductor de Cirugía Segura quien con asesoría de la Oficina de Calidad del INCOR re-estructuro la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS, Posteriormente se realizaron pruebas pilotos en cirugías reales ,en las cuales la Enfermera Circulante de manera hablada lidera la aplicación de la “LVCS” con la participación de Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista y Perfusionista.; Luego los videos de las pruebas piloto fueron transmitidas en reuniones de capacitación a todo el Equipo Quirúrgico (cirujanos, anestesiólogos, enfermeras de Centro Quirúrgico y perfusionistas) con el fin de sensibilizarlos y capacitarlos en el uso correcto de la “LVCS”. Sin embargo se observa que la “LVCS” no está siendo aplicada según la guía instructiva y muchas veces los cirujanos y anestesiólogos se muestran renuentes a participar , argumentando que la LVCS no es necesaria y que su aplicación toma mucho tiempo, además se observa que muchas de los formatos de la LVCS no están completamente llenados , y no todos los miembros del equipo firman el formato al final de la cirugía como está estipulado en la guía. Por todo ello se deduce que el llenado de la lista no refleja el real cumplimiento de normas de seguridad y la real preparación de un entorno seguro para el paciente quirúrgico por consecuencia no se podría señalar que la Lista cumple su función de: Prevenir complicaciones quirúrgicas y que el proceso de implementación de la LVCS no se ha completado en la Institución.

Ante esta problemática y teniendo en cuenta que la OMS dentro de su proyecto “Las practicas quirúrgicas seguras salvan vidas” creo la “ Lista de Verificación de Cirugía Segura” como una herramienta para

controlar el cumplimiento de normas básicas para la seguridad de las practicas quirúrgicas , y considerando que su aplicación depende de una adecuada práctica y de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico , la Investigadora se ha planteado el siguiente problema de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la percepción del Equipo Quirúrgico sobre la utilidad y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de ESSALUD, 2014?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION:

La Enfermera de Quirófano desempeña un rol muy importante salvaguardando la seguridad del paciente tal como lo describe la teoría del Cuidado de Flores Nightingale , Y esta función la desarrolla en interacción con el resto del Equipo Multidisciplinario (Cirujanos, Anestesiólogos, Perfusionistas) involucrado en el acto quirúrgico , por lo cual es importante que la Cultura de Salud del Equipo Quirúrgico sea ideal y se base en uno de los principios de la Teoría de Prevención de la Salud de Nola Pender que sostiene que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción ,solo de esta manera la aplicación de la “LVCS” será adecuada y el objetivo de prevenir complicaciones intraoperatorias será alcanzado. Por lo tanto al estudiar la Percepción del Equipo Quirúrgico sobre la Aplicación y Utilidad de la lista de verificación para una cirugía segura se podrá describir la adherencia de

la enfermera y el resto del equipo quirúrgico a la aplicación de la LVCS.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo General:

Determinar la percepción del equipo quirúrgico sobre la Lista de verificación para una Cirugía Segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de ESSALUD, 2014

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la percepción del equipo quirúrgico sobre la UTILIDAD de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de ESSALUD, 2015
- Identificar la percepción del equipo quirúrgico sobre la APLICACION de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de ESSALUD, 2015

1.5 PROPOSITO:

Los resultados del estudio de investigación permitirán que la Dirección del INCOR y el Departamento de Enfermería cuente con información real y confiable sobre la Percepción del Equipo Quirúrgico sobre la LVCS, lo cual servirá como base para valorar la Cultura de Seguridad de los miembros del Equipo Quirúrgico ,información importante para diseñar programas de capacitación que apunten a mejorar su percepción y actitud hacia la seguridad del paciente y la implementación eficaz efectiva de la LVCS.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al revisar los antecedentes del tema se pudo encontrar temas similares, solo a nivel internacional; así tenemos que:

Hurtado J.J. ;en el año 2012, en Guatemala; realizo un estudio titulado: “**Aceptación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura entre el personal de cirugía**“, el cual tuvo como objetivo determinar cuál es el nivel de aceptación de la “LVCS” entre el personal de quirófano , y determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre la “LVCS” ; Lo cual podría valorar la efectividad del proceso de entrenamiento ; Utilizo el método descriptivo .La población estuvo conformada por 50 profesionales de la Salud entre cirujanos, anestesiólogos y enfermeras a los cuales se les aplico un cuestionario anónimo que detallaba las características generales de los encuestados , como edad, tiempo laboral ,profesión, Además preguntas sobre la aceptación de la “LVCS” , uso, opinión personal, trabajo en equipo; entre los resultados a los que llego el Autor se tiene que:

“El 98% sabía de la existencia del “LVCS”, el 88% sabía sus objetivos, mas enfermeras que cirujanos sabía que la “LVCS” se debía usar antes de la inducción, antes de la incisión y antes de que el paciente deje la sala de operaciones, La mayoría del personal pensó que usar la “LVCS” es beneficioso y que su implementación fue una buena decisión. El autor llega a la siguiente conclusión: A pesar de la aceptación de la “LVCS” entre el personal, espacios de conocimiento en relación a su uso todavía existe. Esto puede poner en riesgo su implementación efectiva en los hospitales de Guatemala. Se deben

hacer esfuerzos para concientizar al personal en relación a porqué y como la “LVCS” debe ser usado”

Rodrigo Rincon; En Febrero del 2011 , en el hospital de Navarra , España, realizo un trabajo titulado: **“Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del listado de verificación quirúrgica**

“ El cual tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica tras su implementación en un hospital terciario; Utilizo el método descriptivo transversal , a su población conformada por cirujanos, anestesiólogos y enfermeras de planta y de quirófano , se le aplicó un cuestionario con preguntas sobre utilidad , utilización y preguntas de control , entre los resultados a los que llego el autor se tiene que:

“El 97.7% de los profesionales manifestó utilizar siempre o casi siempre el LVQ cuando se interviene a un paciente quirúrgico. Los profesionales otorgaron al LVQ una utilidad media de 6.6 (de una escala de 0 a 10) , el 11.6 manifestó que gracias al LVQ se habían evitado errores, el 32% considero que es una herramienta que mejora la comunicación , y al 68% le gustaría que se cumplimentase el LVQ si ellos fueran a ser intervenidos. La conclusión a la que llega el autor es que: los profesionales usan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada.”

Talara R.S.; en Setiembre del 2011, en Finlandia; realiza un estudio titulado: **“Estudio piloto de implementación de la “LVCS”, Mejoramiento en actividades y comunicación”**; el cual tuvo como objetivo valorar el posible impacto en el proceso de sala de operaciones, cuestiones de seguridad y comunicación del equipo quirúrgico; Antes de la implementación de la “LVCS” en un país de alto ingreso económico; utilizo el método descriptivo. La población estuvo conformada por personal de 4 hospitales , a los cuales se les aplico un cuestionario estructurado , 4 semanas antes y 4 semanas después de la implementación de LA “LVCS” . El cuestionario contenía preguntas

relacionadas a comunicación y realización de la “LVCS”, entre los resultados más resaltantes se tiene que:

“Después de la implementación de la “LVCS” se mejoró la identificación del paciente, se reconoció mejor los nombre y roles del equipo quirúrgico, hubo más discusión sobre los eventos críticos antes de la inducción entre cirujanos y anestesiólogos y hubo menos falla en la comunicación. El estudio concluye que la implementación de la “LVCS” incrementa el conocimiento y concientización del personal en relación al paciente, procedimientos y riesgos esperados. Además de mejorar la comunicación del equipo y prevenir fallas en la comunicación. Estos hallazgos apoyan el uso de la “LVCS” en varias áreas quirúrgicas”.

Arribalza, de Argentina, en 2012 ; publico el estudio **“Implementación del listado de cirugía segura”**, cuyo objetivo fue verificar la utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas, utilizo el método observacional exploratorio prospectivo con análisis retrospectivo, su población fueron las operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12 meses, el método fue la 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, lo resultados muestran que:

“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. Se concluyó que 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”.

Los estudios mencionados contribuyeron a la autora a orientar la metodología del trabajo de investigación y a reforzar la base teórica.

2.2 BASE TEORICA:

2.2.1 GENERALIDADES SOBRE PERCEPCION

Es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos.

Otro elemento involucrado en el proceso perceptual es el conductual, en el sentido de que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.

Se considera además que la percepción es un proceso cíclico, de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; éstas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

En el acto perceptivo se da una constante anticipación de lo que sucederá, basada en información que acaba de ingresar a los órganos de los sentidos y en "esquemas", patrones que seleccionan la información a procesar en base a criterios probabilísticos extraídos de

la experiencia previa, los cuales son modificados a su vez por la nueva experiencia perceptiva y que dirigen los movimientos y las actividades exploratorias necesarias para obtener más información. Como los esquemas son modificados tras cada experiencia perceptiva y éstos determinan que información sensorial se procesará y cuáles serán los patrones de búsqueda para obtenerla, las siguientes experiencias perceptivas tendrán la influencia de las anteriores percepciones, no existiendo la posibilidad que dos experiencias perceptuales sean idénticas.

La percepción del profesional de la salud tiene un modelo conceptual que se basa en:

- Una percepción organizada. Los sentidos nos dan una información de Ordinario en forma de datos, hechos o ejemplos aislados. Suele ser la Experiencia sensorial la principal fuente de información.
- Una representación que trata de globalizar lo percibido: de una manera “imaginaria y especializada”.
- Una conceptualización: Lo percibido y lo representado se estructuran conceptualmente y forman parte de ideas, actitudes, conocimientos y valores. Es una forma de “organización mental”. Unas veces conocemos la realidad porque la percibimos, otras porque la representamos y de ordinario porque la conceptualizamos y tenemos una opinión sobre ella.

2.2.2 TEORIA SOBRE PREVENCION DE LA SALUD –NOLA PENDER

Nola J. Pender planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían

influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una metateoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública.

El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud

2.2.3 TEORIA DEL CUIDADO DE FLORES NIGHTINGALE

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. **Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte** (Murray y Zenther, 1975).

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería -no sólo su práctica- era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera **(colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe**

sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno.

2.2.4 SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO - PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Los efectos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas son considerados un problema de salud pública, se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación incapacitante y un millón terminan en muerte (Weiser, 2008). Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria.

La seguridad del paciente es la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de atención de la salud. La disciplina de la seguridad del paciente es un esfuerzo coordinado para prevenir daño causado por el proceso de atención de la salud en sí, que se produzcan a los pacientes. En los últimos diez años, la seguridad del paciente ha sido cada vez más reconocido como un tema de importancia mundial, pero aún queda mucho trabajo por hacer.

Organización Mundial de la Salud OMS creó el Programa de Seguridad del Paciente para facilitar el desarrollo de la política de seguridad del paciente y la práctica en todos los Estados Miembros de la OMS de actuar como una fuerza importante para la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo.

Su visión es que cada paciente reciba atención médica segura siempre y en todas partes, y su misión es coordinar, facilitar y acelerar las mejoras de seguridad del paciente en todo el mundo a través de: ser un líder que promueve el cambio; generar y compartir conocimientos y experiencias; apoyar a los Estados Miembros en la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.

En el contexto de la Seguridad del Paciente Quirúrgico, la OMS invitó a los países miembros a establecer una Alianza por la Seguridad del Paciente. En el 2008 la OMS difunde la Lista de Verificación para una Cirugía Segura como una de las estrategias prioritarias para disminuir los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas, basada en múltiples estudios que demostraron su eficacia. Desde entonces muchos países han asumido éste reto como una estrategia de bajo costo y alto impacto a nivel social. El estudio de Haynes et al (2009), demuestra que la aplicación de barreras de seguridad mediante una Lista de Verificación para una Cirugía Segura en 8 hospitales de países de diferente nivel de desarrollo, fue eficaz para disminuir significativamente el número de complicaciones y muertes como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas.

En Nuestro país que no es ajeno a ésta problemática mundial, el 30 de julio del 2008 el Ministerio de Salud emite la Resolución 533-2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la “Lista de Verificación para una Cirugía Segura” y adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención. A su vez, el 24 de agosto del 2009, el titular del sector Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, lanzó la Campaña Nacional por la Calidad y Seguridad en la Atención que se brinda en los establecimientos de salud públicos y privados, como parte del derecho

fundamental de las personas. Entre los objetivos principales de ésta campaña cabe destacar la reducción de eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, así como la implementación de prácticas seguras como la Lista de Verificación para una Cirugía Segura.

Desde el lanzamiento de la Campaña muchos establecimientos de salud a nivel nacional vienen desarrollando esfuerzos para implementar buenas prácticas y cumplir con sus objetivos. Sin embargo es importante considerar que los esfuerzos del Ministerio de Salud orientados a lograr establecimientos de salud con servicios de calidad y cada vez más seguros, será posible en la medida que la Cultura de Seguridad del Paciente se integre y priorice en los objetivos estratégicos, la misión y visión de los establecimientos de salud y el personal sanitario lo asuma como una forma de trabajo.

-LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA SEGURA

Es la verificación por parte del equipo quirúrgico, un momento antes de la inducción anestésica un momento antes de la incisión, y posteriormente antes de que el paciente salga del quirófano, del cumplimiento de un conjunto de controles de seguridad recomendados. La lista es aplicada por un coordinador, generalmente la ENFERMERA CIRCULANTE, a viva voz (se asume que La función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo), y se espera que aplicar cada una de sus 3 secciones tarde un minuto o menos. La OMS recomienda adaptar la lista y su forma de aplicarla a las condiciones y cultura locales. Existen diversos videos que ilustran sobre ella y materiales de apoyo para implementarla.

La lista de chequeo incluye preguntas sobre los principales aspectos que podrían permitir anticipar y prevenir un evento adverso durante el manejo peri operatoria, a saber:

- Paciente, sitio y cirugía correctos; consentimiento
- Verificación de equipamiento, fármacos anestésicos, y de monitoreo (Oximetría de pulso)
- Previsiones respecto del riesgo de hemorragia, alergias, riesgo de intubación difícil o aspiración, la esterilidad y disponibilidad adecuada del instrumental quirúrgico
- Profilaxis antibiótica si procede
- El recuento de instrumental, gasas y compresas
- La identificación de las muestras para anatomía patológica

El objetivo es un proceso de mejora continua relacionado con la prevención específicamente de:

- Cirugías en paciente equivocado,
- Cirugías del lado equivocado,
- Errores del tipo de cirugía, y
- Cuerpos extraños abandonados en sitio quirúrgico.

Esto se complementa con las medidas de prevención, entre las que se incluye específicamente la prevención de infección de herida operatoria y los controles del proceso de esterilización.

La mayoría de los elementos incluidos en la lista fue seleccionado por opinión de expertos, tomando en consideración cuáles son los principales eventos adversos graves potencialmente prevenibles en el peri operatorio y algunas experiencias que se han ido extendiendo con el uso, como por ejemplo, la marcación del sitio quirúrgico; Varios son de carácter obvio, y por lo mismo, no necesariamente cuentan con ensayos que los respalden. En otros casos alguna evidencia científica

existe. Por ejemplo, respecto a la oximetría de pulso, existen ensayos aleatorizados, algunos en grandes series de pacientes, que han mostrado una mayor tasa de detección de episodios de hipoxemia con su uso, si bien no hay demostración de que en definitiva disminuya la mortalidad o la tasa de complicaciones cardiovasculares (se ha estimado que se necesitaría un ensayo en casi 2 millones de pacientes para poder demostrarlo). La profilaxis antibiótica es otro ejemplo de intervención cuya efectividad ha sido suficientemente probada en ensayos aleatorizados.

Por su parte, la efectividad del uso de la lista como intervención de calidad ha sido defendida, con gran despliegue comunicacional, con los resultados de un estudio publicado a comienzos de 2009 en el New England Journal of Medicine. En el estudio participaron 8 hospitales, 4 de países desarrollados y 4 en desarrollo, en los que se comparó la mortalidad y tasa de algunas complicaciones postquirúrgicas en casi 4.000 pacientes antes, y otros 4.000 después de implementado el protocolo (mayores de 16 años, sometidos a cirugía no cardíaca). No hubo hospitales que sirvieran de control sin la intervención. El hallazgo global fueron reducciones en la mortalidad desde 1,5% a 0,8% ($p=0,003$), en las infecciones de sitio quirúrgico desde 6,2% a 3,4% ($p<0,001$)

Los reingresos no planificados a pabellón desde 2,4% a 1,8% ($p=0,047$), y en las complicaciones mayores desde 11% a 7% ($p<0,001$). Al analizar los resultados separando los hospitales de países desarrollados de aquellos de países de ingresos medios y bajos, las diferencias se mantienen, excepto en la mortalidad, que dejó de ser significativa en los países de ingresos altos. Con la introducción de la lista hubo cambios sustanciales en algunos procesos,

especialmente el uso de la profilaxis antibiótica en pabellón (se sabe que cuando se aplica en sala suele administrarse fuera del plazo recomendado antes de la incisión) en los hospitales de países de menores ingresos. El diseño de este estudio, sin embargo, adolece de importantes limitaciones, que hacen difícil atribuir la disminución observada en las complicaciones, al efecto de la lista propiamente tal. La debilidad principal es la falta de grupo control, que se podría haber resuelto con un diseño aleatorizado por conglomerados (clusterrandomised trial). Particularmente difícil de descartar es un efecto Hawthorne, es decir, que la menor tasa de complicaciones se deba en definitiva a cambios conductuales en el equipo de salud, inducidos por el hecho de saberse parte del estudio, que produjeron una mejora en la calidad de la atención que es independiente del uso de la lista. Dado que las causas de muerte no se analizan en el estudio, tampoco es posible juzgar la racionalidad de la asociación entre ésta y los elementos de la lista.

Sin embargo, existe todavía poca evidencia sobre la aceptabilidad y costo de la aplicación de la lista. La experiencia sugiere que en condiciones favorables y una vez completada la curva de aprendizaje, aplicar la LVCS probablemente tome alrededor de 2 o 3 minutos. Este tiempo podría ser menor adaptando la lista a elementos esenciales y eliminando de ella, por ejemplo, aspectos sobre procesos que el hospital cumple regularmente. Sin embargo, se ha visto que después del período inicial de implementación, la adherencia al uso de la lista tiende a decaer, por lo que sostenerla exige una intervención constante. La OMS alienta su modificación con el fin de adaptarla mejor a las necesidades y a los procesos asistenciales propios de disciplinas quirúrgicas y entornos concretos. Sin embargo, también aparece muy conservadora respecto a eliminar elementos de ella. Así,

mientras sus instructivos señalan que se debe intentar que la Lista sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad, también mencionan que lo "ideal" son entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado de la Lista, cuestión que no tiene un claro fundamento técnico (especialmente si la inclusión de elementos poco relevantes en la lista es una de las causas de que no se aplique o se abandone su uso). Asimismo, se admite que podrían incluirse en la lista otros aspectos importantes como las medidas de prevención de trombosis venosa.

En cuanto a las percepciones de los profesionales, la motivación de los miembros del equipo de salud se considera esencial para la adherencia a la lista. Hay investigaciones que sugieren que este tipo de iniciativas - LVCS, pausas de seguridad- mejoran la percepción de seguridad y calidad de la comunicación interprofesional, si bien son más valoradas por el personal de enfermería que por los médicos. En estos últimos las principales barreras se relacionan con la percepción de que las listas enlentecen el proceso quirúrgico, con la falta de expectativas sobre los efectos positivos de la intervención, falta de familiaridad o vergüenza que genera participar en el "rito" de la lista, y la percepción de duplicación o redundancia de sus componentes.

Se recomienda también que cada ítem de la Lista esté relacionado con una acción concreta inequívoca, sin embargo, hay varios componentes de ella donde esto no se deduce claramente o la pregunta parece ser demasiado amplia, por ejemplo, cuando el equipo de enfermería debe plantearse si "...Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos".

LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA- INCOR 2013

El Equipo Conductor conformado por un grupo de profesionales médicos y enfermeras del centro quirúrgico, de los servicios quirúrgicos adulto y pediátrico, de las unidades de cuidados intensivos post operatorios adulto y pediátrico, y de la oficina de calidad del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), frente al compromiso de desarrollar una lista de comprobación que garantice incorporar prácticas seguras en el trabajo que habitualmente se desarrolla en la atención de pacientes en Centro Quirúrgico, presenta a continuación la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura e Instructivo, que incluye las pautas y principios que aseguren su aplicación entre los profesionales que participan en este proceso, y que se encuentra acorde con las directrices de la OMS para la Seguridad de la Cirugía y la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del MINSA.

OBJETIVOS

- Reforzar prácticas de seguridad de la cirugía entre los profesionales que participan en la atención de pacientes en Centro Quirúrgico.
- Fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de las intervenciones en Centro Quirúrgico.

PRINCIPIOS

La Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura contempla como principios los objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía de la OMS, teniendo en cuenta que localmente el EQUIPO está conformado por: el médico cirujano cardiovascular, el médico anesestesiólogo, la enfermera circulante, la enfermera perfusionista y la enfermera instrumentista programados en Centro Quirúrgico; y además por el médico cardiólogo intensivista y la enfermera del servicio de UCI, durante la transferencia del paciente a UCI Post Operatorio.

- 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.
- Las jefaturas de los servicios quirúrgicos y las áreas correspondientes, así como las áreas administrativas que participan en el monitoreo y análisis de este proceso, participan en el último principio:
- Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN- INCOR

Controles de Seguridad previos

Para la adecuada implementación de la presente Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura es indispensable haber cumplido los siguientes controles de seguridad:

- Comprobación de la lista de verificación de insumos requeridos en las cirugías programadas del turno y de los insumos del stock de emergencia, realizado por la Jefa de Enfermeras o la enfermera encargada de Centro Quirúrgico, el día anterior, por la enfermera encargada correspondiente.
- Comprobación de la técnica operatoria en la Solicitud de Sala, realizado por la enfermera encargada de Centro Quirúrgico, el día anterior, en coordinación con las secretarías de los servicios Cirugía Cardíaca y Área Pediátrica.

Momentos de la Aplicación

Entrada: Las prácticas de seguridad se comprueban antes de la inducción de anestesia, y participan el paciente, un anestesiólogo, una enfermera circulante, una enfermera perfusionista y un cirujano cardiovascular programado.

Pausa Quirúrgica: Las prácticas de seguridad se comprueban antes de la incisión cutánea, y participa todo el Equipo programado en Centro Quirúrgico.

Salida: Las prácticas de seguridad se comprueban antes que el paciente salga del quirófano hasta su ingreso a UCI y consta de tres momentos: Antes de retirar el campo estéril, Previo a Traslado del paciente y Transferencia a UCI. En los dos primeros participa cirujano cardiovascular, anestesiólogo y la enfermera circulante programados; en el último momento, además participa el médico cardiólogo intensivista y la enfermera del servicio programados en la Unidad de Cuidados Pos Operatorio.

INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SEGURA

La presente lista de comprobación de prácticas de seguridad será llenada por la enfermera circulante, con participación del resto del Equipo responsable del procedimiento quirúrgico.

Si la práctica de seguridad es realizada, se procede a marcar el recuadro con un aspa o un visto, según corresponda.

Si la práctica de seguridad no es realizada, se dejará el recuadro en blanco.

DATOS GENERALES: La enfermera circulante registra en el formato al ingreso del paciente a Centro Quirúrgico:

Paciente: Apellidos y nombres del paciente.

Nº SS: Número del seguro del paciente.

Servicio: de procedencia del paciente.

Fecha: día de la intervención quirúrgica.

Hora: de inicio del llenado.

ENTRADA:

La enfermera circulante se identifica con el paciente al iniciar esta fase:

Paciente ha confirmado: su identidad, el procedimiento, el sitio quirúrgico y su consentimiento. Marcar el recuadro: si el paciente confirma al personal presente, su identidad, el procedimiento, el sitio quirúrgico y su consentimiento.

En el caso de paciente pediátrico, se marca el recuadro si la confirmación de los datos lo ha realizado el familiar responsable al ingreso de Centro Quirúrgico.

En el caso de que el paciente no estuviera en condiciones de confirmar los datos (paciente inconciente, con problemas neurológicos,...), se marca el recuadro si lo realiza el médico responsable del servicio de procedencia al ingreso del paciente a Centro Quirúrgico.

Se comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la condición anestésica. Marcar el recuadro: si el anestesiólogo confirma verificación de controles de seguridad anestésica, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y

medicación previa en cada caso (examen del equipo para la vía aérea, respiración que incluye oxígeno y agentes inhalatorios, aspiración, drogas, dispositivos y equipo de ecocardiografía), disponibilidad de medicación y equipo de emergencia.

El Oxímetro y el Monitor EKG están colocados en el paciente y funcionando. Marcar el recuadro: si tanto el Oxímetro y el Monitor EKG están colocados adecuadamente en el paciente y están funcionando.

El paciente tiene Alergias conocidas?

Marcar el recuadro:

Sí: cuando el paciente tiene alergias conocidas.

No: cuando el paciente no tiene alergias conocidas.

El paciente tiene Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

Marcar el recuadro:

Sí, y hay equipamiento disponible: cuando el paciente presenta dificultad en la vía aérea y se dispone de materiales y equipos de ayuda.

No: cuando el paciente no presenta dificultad en la vía aérea

Se ha comprobado disponibilidad de componentes sanguíneos en Banco de Sangre. Marcar el recuadro: si se ha realizado la comprobación.

Anestesiólogo, Cirujano y perfusionista acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar. Marcar el recuadro

Sí: en los casos que la cirugía requiera circulación extracorpórea

No Aplica: en los casos que la cirugía no requiera circulación extracorpórea.

PAUSA QUIRÚRGICA:

Cada miembro del Equipo se identificará y seguidamente procederá a comunicar al resto del personal las prácticas seguras realizadas de acuerdo a lo solicitado a continuación:

Se confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función. Marcar el recuadro: si todos los miembros se han presentado por nombre y función.

Cirujano confirma identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico. Marcar el recuadro: si el cirujano ha confirmado al Equipo, la identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico, y el Equipo confirma que está de acuerdo.

Cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. Marcar el recuadro: si el cirujano revisa verbalmente los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Anestesiólogo confirma si paciente ha recibido antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos. Marcar el recuadro:

Si: si se ha administrado antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos.

No: cuando la profilaxis antibiótica no se ha administrado.

No aplica: cuando el paciente se encuentra recibiendo terapia antibiótica.

Anestesiólogo verifica si el paciente presenta algún problema específico. Marcar el recuadro: si el anestesiólogo revisa verbalmente

problemas específicos del paciente que puedan influir negativamente en el acto quirúrgico.

Equipo de Enfermería verifica:

Instrumentista: Esterilidad de material y equipos (con los resultados de los indicadores). Marcar el recuadro: si la enfermera instrumentista ha comunicado la esterilidad de material con los resultados de los indicadores y problemas relacionados con el instrumental y los equipos.

Circulante: Colocación de manta térmica, sonda vesical y placa de electrocauterio. Marcar el recuadro: si la enfermera circulante ha comunicado la colocación de manta térmica, sonda vesical y placa de electrocauterio al paciente.

Están las imágenes diagnósticas exhibidas.

Marcar el recuadro:

Sí: si las imágenes esenciales están exhibidas y pueden mostrarse claramente para su intervención durante la intervención.

No: si las imágenes esenciales no están exhibidas o no pueden mostrarse claramente para su intervención durante la intervención.

Perfusionista: Set de implantes y cánulas completas; y Equipo de CEC completo y operativo. Marcar el recuadro: si la enfermera perfusionista ha comunicado que el set de implantes y cánulas se encuentran completos, y el equipo de circulación extracorpórea se encuentra completo y operativo.

SALIDA

Durante la preparación final de la herida, cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: Marcar el recuadro correspondiente:

- Si cirujano confirma nombre del procedimiento realizado.

- Si cirujano y enfermera circulante confirman que el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos
- Si cirujano y enfermera circulante confirman etiquetado de la muestra o si no hay muestra que etiquetar
- Si cirujano y anestesiólogo confirman anticipación de eventos críticos para el traslado del paciente.

Previo a Traslado del Paciente:

Cuando el paciente se encuentra en quirófano e instalado en la camilla de transporte, cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: Marcar el recuadro:

Si el Monitor de Funciones Vitales, el ventilador de transporte y el resucitador manual se encuentran operativos.

Transferencia a UCI:

Marcar el recuadro:

Si al ingreso de paciente a la UCI Post Quirúrgica, cirujano y anestesiólogo revisan con cardiólogo intensivista, eventos críticos para la recuperación y el tratamiento del paciente durante las siguientes 24 horas.

Al finalizar la transferencia a UCI Post Quirúrgica, cirujano, anestesiólogo, enfermera perfusionista, instrumentista y circulante, suscriben con su firma y sello, la realización de las prácticas seguras contempladas en la presente lista, de acuerdo a la fase de su participación.

2.2.5 EQUIPO QUIRURGICO Y SUS FUNCIONES

El Equipo Quirúrgico debe funcionar armoniosamente para proporcionar al paciente un ambiente seguro, cómodo y terapéutico, ya que éste depende por completo del equipo para su bienestar y seguridad.

El objetivo del equipo quirúrgico es proporcionar al paciente cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura. El trabajo unificado en equipo contribuye a la óptima salud del paciente. La interdependencia caracteriza al equipo, porque sin los otros miembros es imposible alcanzar los objetivos.

El equipo Quirúrgico se subdivide según las funciones de sus miembros:

Equipo estéril:

- 1.- Cirujano
- 2.- Ayudantes del cirujano
- 3.- Enfermero instrumentista

Estos miembros del equipo proceden a un lavado intenso de manos y brazos, y se ponen guantes y batas estériles y entran en el campo estéril.

Equipo no estéril:

- 1.- Anestesiólogo
- 2.- Enfermera circulante
- 3.- Enfermera Perfusionista

Las funciones de cada uno de ellos dentro del quirófano son las siguientes:

Miembros Estériles:

Cirujano

Debe desarrollar y ejercitar su criterio, lo que le permitirá tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios. Debe trabajar rodeado de las mejores condiciones: buena luz, buen instrumental, lencería suficiente, adecuada anestesia, debiendo haber previsto con anterioridad todos los elementos que utilizaría durante la cirugía.

Debe trabajar con orden y minuciosidad y debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo y señalar los errores a quienes le asisten, ya que es el responsable de su formación y perfeccionamiento.

Todo el material utilizado deberá devolvérselo a la enfermera instrumentista.

Debe realizar maniobras clarividentes y no trabajar a ciegas, y al pedir el instrumental no debe apartar la visión del campo quirúrgico, debe exponer su mano para que la enfermera instrumentista la ponga sobre ella.

Ayudante de cirujano

Bajo la dirección del cirujano principal, uno o dos ayudantes contribuyen a mantener la visibilidad del campo quirúrgico, el control de la hemorragia, la sutura de las heridas y la aplicación de apósitos. El ayudante manipula los tejidos y utiliza instrumentos. El papel y necesidad de un ayudante varía con el tipo de procedimiento o especialidad quirúrgica, la situación del paciente y el tipo de centro quirúrgico.

Enfermero/a Instrumentista

El enfermero instrumentista desempeña numerosas funciones dentro de la cirugía en sí.

Es responsable de mantener integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico.

El enfermero instrumentista debe conocer previamente la intervención que se va a realizar y de esta forma preparar todo el instrumental y material necesario para la intervención, comprobando que no falte ningún elemento antes del inicio de la operación.

Procederá a su lavado quirúrgico, equipándose seguidamente, ayudado por la enfermera circulante con ropas estériles y colocándose los guantes pertinentes.

Vestirá las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.

Ayudará a los cirujanos a la colocación de los guantes y a la colocación del campo estéril.

Entregará los elementos solicitados por el cirujano y las muestras extraídas por los cirujanos serán pasadas a la enfermera circulante.

Deberá tener un control estricto del material utilizado, manteniéndolo en orden y un control severo de gasas y compresas, verificando junto con la enfermera circulante el número utilizado de ellas.

Se encargará de la desinfección final y la colocación de apósitos, además de ser el encargado de retirar todo objeto punzante y cortante utilizado durante la intervención (hoja bisturí, agujas, agujas de sutura,...).

Recoger y revisar el material utilizado, así como disponer del material necesario para su desinfección y esterilización.

Miembros No Estériles:

Anestesiólogo

El anestesiólogo es un médico que está especialmente formado para administrar agentes anestésicos al paciente quirúrgico. También es

responsable de la monitorización meticulosa y el ajuste del estado fisiológico del paciente durante la cirugía.

El anestesiólogo revisa la historia clínica del paciente y estudia con él las distintas posibilidades antes de la operación. Durante la intervención, permanece con el paciente en todo momento y se asegura de que esté cómodo y seguro. Esto incluye eliminar el dolor, reemplazar fluidos corporales y medir y controlar todas las funciones vitales del organismo tales como la frecuencia cardíaca, tensión arterial y funciones cerebral y renal. Este proceso continúa tras la operación, cuando el anestesiólogo decide el tratamiento contra el dolor y las náuseas del postoperatorio y aconseja el momento más adecuado para volver a beber o comer.

Enfermero/a circulante

El enfermero circulante desempeña numerosas funciones dentro del quirófano que a continuación vamos a detallar, este se encuentra limpio, pero no estéril, en el caso de que no exista enfermero de anestesia, deberá realizar las funciones de este, tales como asistir al anestesiólogo y revisar la historia clínica, recoger datos del paciente y transmitirle tranquilidad, seriedad y sobre todo “seguridad y confianza”. En relación a la recepción del paciente debemos de responderle a las preguntas dentro de nuestro campo, obtener información acerca de prótesis, revisión de uñas pintadas, joyas,..., hemos de realizar hincapié en la historia revisando antecedentes, alergias, modificaciones de tratamientos,..., observar el tiempo de ayuno, comprobar si presenta drenajes, sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical (SV),....

Además el enfermero circulante se encargará previamente junto con el enfermero instrumentista de revisar el funcionamiento de los equipos, así como de equipar y preparar el quirófano, y el material necesario

para la cirugía que se vaya a realizar. Recibirá la documentación de Enfermería y revisará la programación de operaciones.

Recibirá al paciente identificándose e identificándolo, mitigando en lo posible su ansiedad y temor. Supervisará que el paciente llega al quirófano en las condiciones higiénicas demandadas.

Ayudará al traslado del paciente a la mesa de operaciones y coordinará con el cirujano y anestesiólogo la colocación del paciente en la mesa.

Se encargará de colocar la placa indiferente del electro bisturí, y ayudará a vestirse a la enfermera instrumentista y al resto del equipo quirúrgico que haya procedido anteriormente al lavado quirúrgico.

Coordinará a lo largo de toda la intervención el contaje de gasas, compresas e instrumental junto con la enfermera instrumentista.

Facilitará todo el material que sea requerido tanto por el instrumentista como por los propios cirujanos, además de estar atentos para la colocación de las lámparas de quirófano.

Deberá preparar el recipiente y la documentación necesaria en caso de realizarse una biopsia, ya sea intraoperatoria o postoperatoria, así como la documentación propia de la intervención (hoja de quirófano, protocolo de intervención,...)

Una vez finalizada la intervención acomodará al paciente en su cama y lo acompañará a la sala de reanimación postquirúrgica, junto con su historial y documentación de la intervención.

Posteriormente ayudará al instrumentista a la recogida del material utilizado, así como la reposición del quirófano para posibles siguientes intervenciones.

Enfermera Perfusionista

Los perfusionistas montan y supervisan el equipo de bypass cardiopulmonar que controla el funcionamiento del corazón y los

pulmones durante la cirugía cardíaca, así como en otras intervenciones, como trasplantes de hígado.

Este equipo bombea sangre a todo el cuerpo y sustituye el dióxido de carbono por oxígeno en el torrente sanguíneo del paciente. La sangre regresa al cuerpo del paciente con el nivel correcto de oxígeno y a la temperatura adecuada.

Los perfusionistas tienen que monitorizar el estado del paciente muy de cerca y reemplazar la pérdida de sangre mediante un equipo.

Estos profesionales también intervienen en otro tipo de tareas, como interpretación de gasometrías e investigación para desarrollar nuevos tipos de equipos.

Pese a que los perfusionistas se encargan principalmente de manejar máquinas cardiopulmonares durante operaciones cardíacas, su función se ha ampliado hasta abarcar varias subespecialidades.

Por ejemplo, intervienen en la perfusión de extremidades aisladas para tratar tumores malignos en brazos y piernas. Durante el procedimiento, el equipo de cirugía interrumpe el curso de la sangre en la extremidad mediante un torniquete y el perfusionista se encarga de proporcionar un curso sanguíneo artificial durante la intervención. Al mantener la extremidad aislada se permite que la medicación antineoplásica entre directamente en la sangre de la extremidad.

Los trasplantes de hígado son cada vez más comunes. Este tipo de intervención puede resultar larga e impredecible, y a veces conlleva una pérdida de sangre considerable, lo que obliga al perfusionista a adaptarse a la nueva situación.

Estos profesionales formando parte de un equipo; trabajan muy estrechamente con cirujanos, anestesiistas, enfermeros y otro personal de apoyo.

La función del perfusionista es esencial y exige un alto nivel de responsabilidad. El anestesiista le delega responsabilidad, de modo que

durante la operación posee el control absoluto de las funciones del paciente.

2.2.6 ROL DE LA ENFERMERA DE QUIROFANO.

El perfil profesional del Enfermero de Centro Quirúrgico establece la naturaleza de la profesión en la especialidad y en su ámbito ocupacional. Su formulación implica una secuencia de pasos que metodológicamente concluye en la obtención del perfil especializado. El perfil contempla los roles funcionales que le corresponden al profesional de enfermería como educador, investigador, administrador y proveedor del cuidado en el Centro Quirúrgico. El profesional de Enfermería de Quirófano es responsable de:

- La calidad del cuidado integral de enfermería humanística y científica
- Aplicación del PAE en el Pre-Intra - Post operatorio.
- Respeto a la dignidad e integridad del usuario
- Aplicación de las técnicas asépticas y medidas de bioseguridad.
- Protección al paciente de las complicaciones
- Vigilancia permanente y detección precoz de síntomas y signos de alarma del paciente en el trans operatorio
- Análisis y valoración de la información que nos permita la toma de decisiones e intervenciones rápidas y oportunas.
- Identificar los factores de riesgo.
- Desarrollo del trabajo en equipo.
- De los registros de enfermería que nos permitan valorar la continuidad del trabajo.
- Participación en la formación del capital humano.
- Capacitarse permanente y actualizarse acorde con los adelantos técnicos y científicos de la especialidad.

Entre las competencias de la Enfermera de Quirófano tenemos:

- Capacidad de planeación
- Equilibrio emocional y alto grado de responsabilidad
- Amabilidad, tolerancia y respeto
- Capacidad para trabajar en equipo
- Capacidad analítica, crítica y creativa
- Liderazgo y comunicación asertiva
- Destreza en la Instrumentación y manejo de equipos
- Razonamiento y rapidez mental
- Manejo del estrés y conflictos
- Capacidad para la toma de decisiones en situaciones críticas en la atención del paciente.

Entre las funciones de la Enfermera de Quirófano tenemos:

- Brindar Atención de Enfermería especializada en el Pre-Intra – Post operatorio a los pacientes que requieren intervención quirúrgica, con la finalidad de prevenir accidentes, evitar complicaciones y lograr una buena recuperación post-anestésica, usando como instrumento el Proceso de Atención de Enfermería.
- Planificar y coordinar con el equipo multidisciplinario los eventos quirúrgicos
- Organizar y dirigir acciones de enfermería encaminadas al cuidado del paciente quirúrgico.
- Ejecutar procedimientos de Enfermería que contribuyan al diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Proporcionar y mantener un entorno físico y psicológico seguro y agradable al usuario.

2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Percepción-Es la información que refiere el Equipo Quirúrgico sobre el uso y utilidad de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura que se aplica en las cirugías programadas del Centro Quirúrgico del INCOR.

Lista de Verificación para una Cirugía Segura- Es una lista de verificación que permite que el Equipo Quirúrgico a viva voz verifique el cumplimiento de un conjunto de controles de seguridad en tres momentos: un primer momento antes de la inducción anestésica, un segundo momento antes de la incisión de la piel y un tercer momento al final de la cirugía e inmediatamente antes de salir del quirófano

Aplicación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura- Es la manera como la Lista de Verificación para una Cirugía Segura es ejecutada por la Enfermera Circulante con la participación del cirujano, anestesiólogo y perfusionista en las Cirugías Programadas según la percepción del Equipo Quirúrgico.

Utilidad de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura- Es la capacidad que tiene la Lista de Verificación para una Cirugía Segura para crear un entorno quirúrgico seguro para el paciente y evitar complicaciones quirúrgicas prevenibles según la percepción del Equipo Quirúrgico.

Equipo Quirúrgico- Son los profesionales de la salud: Enfermera Circulante, Enfermera Instrumentista, Enfermera Perfusionista, Anestesiólogo y Cirujano que trabajan conjuntamente en las cirugías cardiovasculares programadas del Centro Quirúrgico del INCOR

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo cuyo método a utilizar es descriptivo porque describió la variable tal y cual se presentó en la realidad y de corte transversal porque se recolecto los datos en un determinado periodo de tiempo.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El Estudio se desarrollara en el Instituto Nacional Cardiovascular de ESSALUD ubicado en Jr. Coronel Zegarra 417 del Distrito de Jesús María, el cual es un Instituto Especializado que brinda atención de diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares a todos los pacientes asegurados. El Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto cuenta con 3 quirófanos en los cuales se realizan diariamente 2 cirugías cardiovasculares pediátricas y de 3 a 4 cirugías cardiovasculares en pacientes adultos. Con respecto a los Recursos Humanos el Servicio cuenta con 25 Enfermeras Instrumentistas, 6 Enfermeras Perfusionistas, 1 Jefa de Enfermeras, 1 Coordinadora de Enfermeras, 10 Cirujanos Cardiovasculares, 10 Anestesiólogos , 6 Técnicos de Enfermería, 1 Personal de Almacén , 1 personal de Equipo Biomédico.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por un total de 41 Profesionales de la Salud entre Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del INCOR brindando atención al paciente durante el periodo peri operatoria.

Debido al tamaño reducido de la población no se consideró una muestra, se trabajó con el total de la población.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares de más de un año de experiencia laboral en el Servicio.
- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares que cumplan función asistencial.
- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares contratados o nombrados.
- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares que voluntariamente participaran en la Investigación.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares que cumplan función administrativa
- Enfermeras de Quirófano, Enfermeras Perfusionistas, Anestesiólogos y Cirujanos Cardiovasculares que estén haciendo pasantías.

3.5. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utilizó fue la escala modificada tipo Lickert que tiene como objetivo: medir la percepción que tiene el equipo quirúrgico sobre la aplicación y utilidad de la LVCS en Centro Quirúrgico, la cual está estructurada en introducción, objetivo, instrucciones y contenido propiamente dicho (ANEXO C)

3.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en el Instituto Nacional Cardiovascular de ESSALUD; a fin de obtener las facilidades pertinentes para la recolección de datos; luego de su aprobación se realizaron las coordinaciones pertinentes con las enfermeras encargadas, afín de iniciar la recolección de datos a través de la escala modificada tipo Lickert

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados mediante una matriz de codificación tripartida sobre la base de códigos previamente establecidos, para dicho procesamiento se utilizó el

programa Microsoft Excel. Los datos procesados sirvieron de base para ser presentados en gráficos. El análisis de los datos se realizó en forma inferencial haciendo uso del marco teórico.

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto fue sometido a evaluación del comité de ética respetando los principios éticos como el respeto a la persona: la dignidad humana, la beneficencia: no al daño y la justicia: derecho al trato justo y a la privacidad.

Se realizó una hoja de consentimiento informado a los profesionales de la salud haciéndoles saber de la realización del estudio, que no se dará a conocer su identidad, que el estudio no le producirá daños ,más bien servirá para mejorar ,después de la explicación se les solicito la participación de manera voluntaria en el estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS Y DISCUSION

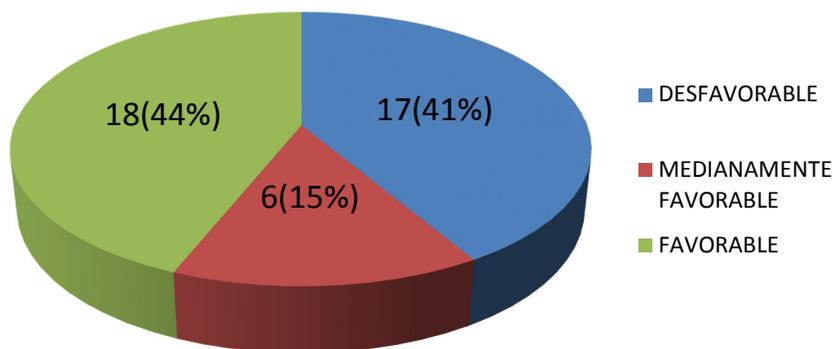
Luego de haber recolectado y procesado los datos, los resultados se presentaron en gráficos y cuadros estadísticos para su análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico.

En cuanto a los datos generales, tenemos que de un total de 41 (100%) miembros del Equipo Quirúrgico encuestados, 20 (48.78%) tiene entre 45 a más años de edad, 10(24.39%) entre 36 y 40 años, seguido de 9 (21.05%) entre 41 a 45 años; mientras que solo 2(4.87%) tienen entre 31 y 35 años. Respecto al tiempo de servicio 13(31.75%) tienen un tiempo de servicio que va de 10 a 15 años, seguido de 12 (29.27%) con más de 16 años de servicio; asimismo se observa que 8(19.51%) miembros del equipo quirúrgico tienen de 1 a 5 años de tiempo de servicio, y exactamente el mismo porcentaje tiene de 6 a 10 años trabajando para la Institución

Respecto a los miembros del Equipo Quirúrgico, se tiene que 15 (36.59%) son cirujanos, 13(31.71%) son Enfermeras especialistas en Centro Quirúrgico, 7(17.07%) son anestesiólogos y 6(14.63%) son Perfusionistas

Por lo expuesto podemos deducir que casi la mitad de la población de estudio es mayor de 44 años, seguido de la población entre 36 y 45 años; Además , el 60 % de la población tiene más de 10 años de tiempo de servicio . Asimismo se observa que la mayoría de la población son cirujanos, seguidos de las enfermeras de Centro Quirúrgico mientras los anestesiólogos y percusionistas conforman el grupo minoritario 7 y 6 respectivamente.

GRAFICO N° 1
PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO DEL INSTITUTO
CARDIOVASCULAR DE ESSALUD SOBRE LA UTILIDAD
DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA
CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA.
LIMA PERU
2015



INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO 1

En el grafico N^a 1 se puede observar que del (100%)41 miembros del Equipo Quirúrgico encuestados, 18 (44%) tienen una percepción favorable sobre la utilidad de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura “LVCS”, 17(41%) tienen una percepción desfavorable y 6(15%) una percepción medianamente favorable.

DISCUSIÓN

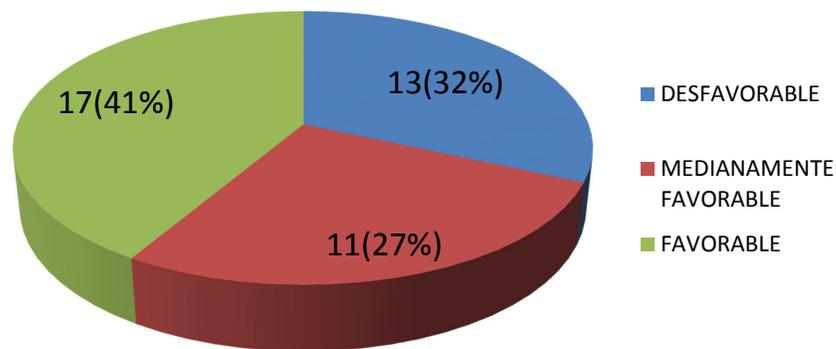
Como podemos observar en el grafico 1, de los 41 profesionales encuestados sobre la percepción de la utilidad de la LVCS ,18(44%) respondieron favorablemente y 17 (41%) respondieron desfavorablemente, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas sobre la percepción de la utilidad de la LVCS. Si analizamos el concepto de percepción como un proceso cognitivo mental que

permite al Equipo Quirúrgico formar conceptos, opiniones, sentimientos acerca de la UTILIDAD de la "LVCS" en función de sus experiencias, conocimientos, realidades y motivaciones; y más aún sustentamos esta percepción con la teoría de Nola Pender que nos dice que: "los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción." podemos decir que una percepción favorable sobre la UTILIDAD de la LVCS es esencial para la adherencia a esta ,es decir una percepción favorable sobre la LVCS predispone positivamente a los profesionales de quirófano a cumplir con la ejecución de la lista en cada cirugía teniendo la opción de esta manera de anticipar y prevenir eventos adversos durante el manejo peri operatorio eficazmente, Asimismo la Percepción Favorable sobre la Utilidad de la LVCS fomenta la cultura de seguridad en el equipo por facilitar la comunicación interdisciplinaria en aras del bienestar del paciente.

Así tenemos a **Hurtado J.J.**; en el año 2012, en Guatemala, encontró en su investigación que La mayoría del personal pensó que usar la "LVCS" es beneficioso y que su implementación fue una buena decisión. Igualmente **Talara R.S.**; en Setiembre del 2011, en Finlandia; resalto en su investigación la importancia de la implementación de la LVCS ya que incremento el conocimiento y concientización del personal en relación al paciente, procedimientos y riesgos esperados, además de mejorar la comunicación de equipo. Estos tipos de hallazgos apoyan la utilidad de la LVCS en el área quirúrgica.

Sin duda alguna, los estudios antes expuestos nos afirman la importancia de la utilidad de la lista de verificación porque además está basado en los principios de seguridad reglamentos por la OMS .

GRAFICO N° 2
PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO DEL INSTITUTO
CARDIOVASCULAR DE ESSALUD SOBRE LA APLICACIÓN
DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA
CARDIOVASCULAR SEGURA.
LIMA PERU
2015



INTERPRETACIÓN DEL GRAFICO 2

En el gráfico N° 2 se puede observar que del (100%) 41 miembros del Equipo Quirúrgico encuestados, (41%) 17 tienen una Percepción Favorable sobre la APLICACIÓN de la LVCS, (32%) 13 tienen una Percepción Desfavorable y (27%) 11 tienen una Percepción Medianamente Favorable.

DISCUSION

Según estos resultados se deduce que casi la mitad de la población estudiada (41%) tiene una Percepción Favorable de la APLICACIÓN de la LVCS, si contrastamos este resultado con el resultado sobre Percepción de la UTILIDAD de la LVCS (44% tuvo una Percepción Favorable) podemos inferir que la LVCS es útil y aplicable.

Como consta en el trabajo de **Talara** donde se observa que después de su implementación, mejoro notablemente la atención al paciente quirúrgico, ya que incremento el conocimiento y concientización del personal en relación al paciente, procedimientos y riesgos esperados .Además de mejorar la comunicación del equipo y prevenir fallas en la comunicación.

Asimismo, **Arribalza**, llego a esta interesante 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”. Esta conclusión enfatiza la importancia de la Percepción Favorable del equipo quirúrgico de la Aplicación de la LVCS ya que garantiza la adherencia de la LVCS a la práctica diaria del quehacer quirúrgico en el ambiente peri operatorio. Y sirve como un instrumento útil para el cuidado del paciente que según la teoría de Flores Nightingale se basa en el control del entorno: “Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte”

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

Como parte culminante del presente trabajo de investigación y basada en los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

Como podemos ver en el grafico N^o 1 de los 41 profesionales encuestados sobre la PERCEPCION de la UTILIDAD de la LVCS 18(44%) respondieron favorablemente y 17(41%) respondieron desfavorablemente, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas ,y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS . Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

En relación a la APLICACIÓN de la “LVCS”, podemos concluir que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCION FAVORABLE; Existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE; Esto pone en riesgo la adherencia de la “LVCS” a la práctica quirúrgica y por ende normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que lamentar.

5.2 RECOMENDACIONES:

Asimismo en base a las conclusiones se ha creído conveniente formular las siguientes recomendaciones:

- Instar a la Dirección y Jefaturas de Departamentos del INCOR a realizar capacitaciones sobre: **Seguridad del Paciente Quirúrgico y el papel de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura** con el fin de sensibilizar al equipo quirúrgico y elevar su nivel de cultura de seguridad del paciente.
- Modificar el contenido de la Lista de Verificación para una Cirugía con el fin de adaptarla a la realidad de la Cirugía Cardíaca así como a sus riesgos y complicaciones, de esta manera se elevará la aceptación de la Lista como un instrumento útil para prevenir complicaciones quirúrgicas.
- Realizar trabajos de investigación relacionados a los conocimientos y prácticas en relación a la Lista de Verificación para una Cirugía Segura, de esta manera se tendrá un panorama más específico para valorar la adherencia a la LVCS.

5.3 LIMITACIONES:

Las limitaciones que se encontraron durante la realización del presente trabajo de investigación fueron las siguientes:

- Poca disponibilidad de tiempo por parte del equipo quirúrgico para su participación en la recolección de datos, por lo que se tuvo que insistir repetidamente.

Las conclusiones del presente estudio solo son válidas para esta realidad debido al tamaño de población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (2) (3) (4) ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE “La Cirugía Segura Salva Vidas”. Manual de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica. Organización Mundial de la Salud - Ginebra 2009
- (6) CAMPAÑA POR LA CALIDAD DE LA ATENCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE “Cirugía Segura Salva Vidas”- MINSA -Lima 2010

BIBLIOGRAFIA

1. G.OVIEDO Definición del Concepto de Percepción en Psicología en base a la teoría de Gestalt
2. OMS Programa de Seguridad del Paciente. "La Cirugía Segura Salva Vidas". Ginebra 2008
3. MINSA Campaña por la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente. "Cirugía Segura Salva Vidas". Lima 2010
4. MINSA Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Lima 2009
5. OFICINA DE CALIDAD DEL INCOR "Lista de Verificación de Cirugía Segura Cardiovascular". Lima 2012
6. KOSSIER. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Práctica. 5ta. edición. Editorial Interamericano.
7. B.GOMEZ. Seguridad del Paciente y Sistemas de Comunicación de incidentes. Rev. Calidad Asistencial, 2005.
8. A.VATS, VINCET. Limitaciones Prácticas en la Introducción de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS. Experiencia Piloto.UK 2010
9. CASTAGNETO G, PIRCHI D, LYONS E. Prevención de Errores en Cirugía. Experiencia Inicial con la Aplicación del Check List. 80° Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires. 2009
10. RUBISNTEIN, Principios de Psicología General, 1997MSc. María del Carmen Amaro Cano.
11. "Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería". Rev. Cubana de Enfermería Vol. 20 No 3 Septiembre - Diciembre 2004.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A.	Lista de Verificación para una Cirugía Cardiovascular Segura	I
B.	Operacionalización de la Variable	III
C.	Instrumento – Escala de Lickert	V
D.	Tabla de Concordancia	VIII
E.	Validez del Instrumento	IX
F.	Categorización de la Variable	X
G.	Confiabilidad del Instrumento	XII
H.	Grupo Etareo de los Miembros del Equipo Quirúrgico	XIII
I.	Tiempo de Servicio de los Miembros del Equipo Quirúrgico	XIII
J.	Grupo Profesional de los Miembros del Equipo Quirúrgico	XIV
K.	Percepción del Equipo Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de EsSalud sobre la Utilidad de la lista de Verificación para una Cirugía Cardiovascular Segura. Lima Perú 2015	XIV
L.	Percepción del Equipo Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de EsSalud sobre la Aplicación de la lista de Verificación para una cirugía Cardiovascular Segura. Lima Perú 2015	XV

ANEXO A

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA UNA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SEGURA

<p>Antes de la Inducción de la Anestesia ENTRADA</p>	<p>Antes de la Incisión Cutánea PAUSA QUIRÚRGICA</p>	<p>Antes que el paciente salga del quirófano hasta su ingreso a la UCI SALIDA</p>
<p><input type="checkbox"/> Paciente confirma su identidad, el procedimiento, el sitio quirúrgico y su consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Se comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica.</p> <p><input type="checkbox"/> El Oxímetro y el Monitor EKG están colocados en el paciente y funcionando.</p> <p>El paciente tiene:Alergias conocidas?</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p> <p>Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</p>	<p><input type="checkbox"/> Se confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano confirma identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.</p> <p>Anestesiólogo confirma si paciente ha recibido antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos</p>	<p>Cirujano, anesthesiólogo y enfermera confirman verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.</p> <p><input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos</p> <p>El etiquetado de la <input type="checkbox"/>Juestra <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Que se han anticipado eventos críticos para el traslado del paciente.</p> <p>Previo a Traslado del Paciente:</p>

<p><input type="checkbox"/> Sí y hay equipamiento disponible.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Se ha comprobado disponibilidad de componentes sanguíneos en Banco de Sangre.</p> <p>Anestesiólogo, cirujano y perfusionista acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No Aplica</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesiólogo verifica si el paciente presenta algún problema específico.</p> <p>Enfermería verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> Instrumentista: Esterilidad de material y equipos (con los resultados de los indicadores)</p> <p><input type="checkbox"/> Circulante: Colocación de manta térmica, sonda vesical y placa de electrocauterio</p> <p>Están las imágenes diagnósticas exhibidas</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Perfusionista: Equipo de CEC completo y operativo; y set de implantes y cánulas completas</p>	<p>Cirujano, anestesiólogo y enfermera comprueban:</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor de FV, ventilador de transporte y resucitador manual operativos.</p> <p>Transferencia a UCI</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano y anestesiólogo revisan con intensivista eventos críticos para la recuperación y el tratamiento del paciente.</p>
--	---	---

ANEXO B

VARIABLE: PERCEPCION DE EL EQUIPO QUIRURGICO SOBRE LA APLICACIÓN Y UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Percepción del equipo quirúrgico sobre uso y utilidad de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura	Es el proceso mental ,cognoscitivo que nos permite formar conceptos, impresiones y sentimientos acerca del uso y utilidad de Lista de Verificación para una Cirugía Segura , la cual tiene como objetivo que el equipo quirúrgico verifique un conjunto de controles de seguridad que	Es la opinión que refiere tener el Equipo Quirúrgico sobre el Uso y Utilidad de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura que es aplicada por la Enfermera Circulante con la participación activa del resto de Equipo Quirúrgico en cada Cirugía Programada del Centro Quirúrgico del	-Aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura.	-Frecuencia de la aplicación. -Dificultad en la aplicación -Tiempo de la aplicación -Existencia de distractores durante la aplicación -Conocimiento de la aplicación -Motivación para la Aplicación. Disponibilidad para la aplicación.

	<p>podrían permitir anticipar y prevenir un evento adverso durante el manejo peri operatorio.</p>	<p>INCOR. Esta opinión será medida mediante una escala modificada tipo Lickert y categorizada como: -favorable -medianamente favorable -desfavorable</p>	<p>-Utilidad de la LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA SEGURA.</p>	<p>-Liderazgo para la aplicación. -Veracidad en la aplicación. -Utilidad del uso para prevenir complicaciones. -Necesidad de mejorar y/o modificar el contenido de la lista -Utilidad de la lista para mejorar comunicación entre el equipo quirúrgico.</p>
--	---	---	---	---

ANEXO C

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO SOBRE EL USO Y UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA SEGURA CARDIOVASCULAR

I PRESENTACION:

Muy Buenos Días, le presento el instrumento para el estudio de investigación titulado: “PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRURGICO SOBRE LA APLICACIÓN Y UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA SEGURA “ para el cual solicito de su colaboración en el llenado del cuestionario; asimismo agradezco anticipadamente su participación para contestar sinceramente dichas preguntas, recuerden que es anónimo y las conclusiones del estudio servirán para mejorar la calidad de atención que se brinda en el Centro Quirúrgico del INCOR

II INSTRUCCIONES:

A continuación marque con un aspa (x) según corresponda.

III CONTENIDO

DATOS GENERALES:

Edad: 25-30() 31-35() 36-40() 41-45() 45 a más ()

Tiempo de servicio:

1-5() 6-10() 10-15() 16 a más ()

Profesión:

Anestesiólogo () Cirujano Cardiovascular ()

Enfermera de Centro Quirúrgico () Enfermera Perfusionista ()

Marca con una x según crea conveniente, recuerde que:

-DA = De acuerdo

-I = Indeciso

-ED= En desacuerdo

ENUNCIADOS	RESPUESTAS		
	DA	I	ED
1. La lista de verificación para una cirugía segura se aplica en cada una de las cirugías programadas.			
2. La aplicación de la pausa quirúrgica toma mucho tiempo			
3. Es muy tedioso aplicar la lista de verificación para una cirugía segura en cada cirugía			
4. Hay muchos distractores durante la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura			
5. La enfermera circulante tiene pericia en el liderazgo de la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura			
6. Los miembros del equipo quirúrgico conocen la debida aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura			
7. Cada miembro del equipo quirúrgico está perfectamente capacitado para la aplicación debida de la lista de verificación para una cirugía segura.			
8- Los miembros del equipo quirúrgico siempre se muestran interesados en la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura			

9 –Todos los miembros del equipo quirúrgico participan activamente en la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura.			
10-La mayoría de veces las enfermeras circulantes llenan la lista de verificación bajo su criterio personal, obviando la participación de los demás miembros del equipo quirúrgico.			
11- La información proporcionada por la lista de verificación no refleja la situación real del paciente y su ambiente quirúrgico seguro.			
12- La aplicación consciente de la lista de verificación previene complicaciones prevenibles durante la anestesia del paciente.			
13- La aplicación consciente de la lista de verificación previene complicaciones quirúrgicas ocurridas como consecuencia de falla de equipos.			
14- La aplicación consciente de la lista de verificación previene complicaciones quirúrgicas ocurridas como consecuencia de la falta de insumos indispensables para la cirugía.			
15- La aplicación de la lista de verificación ayuda a prevenir infecciones post operatorias			
16- Si tuviera que someterme a una cirugía cardiaca, me sentiría más seguro al saber que se ha aplicado la lista de verificación en mi cirugía.			
17-La aplicación constante de la lista de verificación de cirugía segura cardiovascular en las cirugías programadas mejora la calidad del proceso quirúrgico disminuyendo sustancialmente la tasa de complicaciones quirúrgicas del servicio.			

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	1	1	1	0	1	0	1	0.145 *
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde: X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

Item 1:	r = 0.4	Item 10 :	r = 0.3
Item 2:	r = 0.46	Item 11:	r = 0.33
Item 3:	r = 0.3	Item 12:	r = 0.4
Item 4:	r = 0.3	Item 13:	r = 0.7
Item 5:	r = 0.37	Item 14:	r = 0.6
Item 6:	r = 0.51	Item 15:	r = 0.52
Item 7:	r = 0.6	Item 16:	r = 0.6
Item 8:	r = 0.35	Item 17:	r = 0.6
Item 9:	r = 0.44		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, los ítems son válidos.

-Dimensión utilidad

$$X = 9.075$$

$$DS = 5.8$$

$$a = x - 0.75 (DS) = 9.075 - 0.75 (5.8) = 4.725 = 5$$

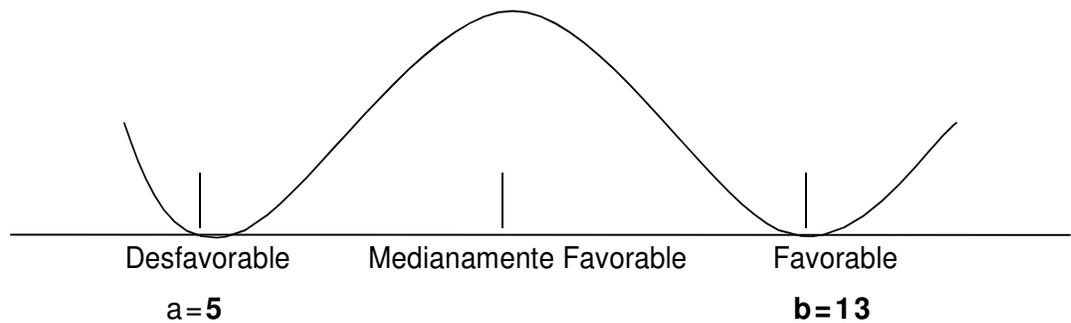
$$b = x + 0.75 (DS) = 9.075 + 0.75 (5.8) = 13.425 = 13$$

Puntaje:

Favorable : Más de 13 puntos

Medianamente Favorable : De 5 a 13 puntos

Desfavorable : Menos de 5 puntos



ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar el instrumento a 10 usuarios, a los resultados se aplicó la fórmula de α Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de la Varianza de cada ítem.

S_t^2 = Varianza de los puntajes totales.

k = Número de ítems del instrumento.

Reemplazando los datos se obtiene:

$$\alpha = \frac{17}{16} \left[1 - \frac{12.6}{26} \right]$$

$$\alpha = 0.69$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.6$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO H

CUADRO N°1

GRUPO ETAREO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRURGICO

Instituto cardiovascular INCOR- ES SALUD

LIMA –PERU

2015

edad	Frecuencia	%
25-30	00	0,00%
31-35	2	4,87%
36-40	10	24,39%
41-45	9	21,05%
45 a mas	20	48,78%
total	41	100,00%

ANEXO I

CUADRO N°2

TIEMPO DE SERVICIO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

QUIRURGICO

Instituto cardiovascular INCOR- ES SALUD

LIMA –PERU

2015

Tiempo de Servicio	Frecuencia	%
1-5 años	8	19,51%
6-10 años	8	19,51%
10-15 años	13	31,71%
16 a mas	12	29,27%
total	41	100,00%

ANEXO J

CUADRO N°3
GRUPO PROFESIONAL DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO
QUIRURGICO
Instituto cardiovascular INCOR- ES SALUD
LIMA –PERU
2015

Profesión	Frecuencia	%
anestesiólogo	7	17,07%
Cirujano	15	36,59%
enfermera de centro quirúrgico	13	31,71%
perfusionista	6	14,63%
Total	41	100,00%

ANEXO K

CUADRO N° 4
PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO DEL INSTITUTO
CARDIOVASCULAR DE ESSALUD SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE
VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA.
LIMA PERU
2015

PERCEPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESFAVORABLE	17	41%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	6	15%
INDECISO	18	44%
Total general	41	100%

ANEXO L

**GRAFICO N° 5
PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRURGICO DEL INSTITUTO
CARDIOVASCULAR DE ESSALUD SOBRE LA APLICACION DE LA LISTA
DE VERIFICACION PARA UNA CIRUGIA CARDIOVASCULAR SEGURA.
LIMA PERU
2015**

PERCEPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESFAVORABLE	13	32%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	11	27%
FAVORABLE	17	41%
Total general	41	100%