

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA  
SEGURA EN RELACION A SU APLICACIÓN POR EL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE LA CLÍNICA  
LIMATAMBO, AÑO 2017.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR  
LIC. ROXANA CECILIA LAZARO HUARINGA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO**

**ASESORA:  
Dra. Esvia Consuelo Tornero Tasayco**

**Lima, Perú  
2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, que es guía y fortaleza en mi camino.

A mi familia, por su apoyo permanente en el logro de mis aspiraciones.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Director de la Clínica Limatambo, por las facilidades otorgadas para la evaluación de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico.

A mi asesora de tesis, la Dra. Consuelo Tornero Tasayco, por brindarme su sapiencia y respaldo en los avances y culminación de mi trabajo de investigación.

Al docente estadístico, Mg. Jorge Enríquez, por su valioso respaldo en la obtención de los resultados estadísticos.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Definición del problema	17
1.2.1 Problema general	17
1.2.2 Problemas específicos	17
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Finalidad e importancia	18
<b>CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>20</b>
2.1 Bases teóricas	20
2.1.1 Conocimientos sobre Lista de Verificación de Cirugía Segura	20
2.1.2 Seguridad y el paciente	24
2.1.3 Proyecto de la Organización Mundial de la Salud	25
2.1.4 Manual de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía OMS	27
2.1.5 Teorías de enfermería	33
2.2 Estudios previos	35
2.3 Marco conceptual	44
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>48</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	48
3.1.1 Hipótesis general	48

3.1.2 Hipótesis específicas	48
3.2 Identificación de variables	49
3.2.1 Clasificación de las variables	49
3.2.2 Definición constitutiva de las variables	49
3.2.3 Definición operacional de las variables	50
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>51</b>
4.1 Descripción del método y diseño	51
4.2 Tipo y nivel de investigación	51
4.3 Población, muestra y muestreo	52
4.4 Consideraciones éticas	53
<b>CAPÍTULO V: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>55</b>
5.1 Técnicas e instrumentos	55
5.2 Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	58
5.2.1 Plan de recolección de datos	58
5.2.2 Plan del procesamiento de datos	58
5.2.3 Plan de presentación de datos	58
<b>CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>60</b>
6.1 Presentación, análisis e interpretación de los resultados	60
6.2 Conclusiones	80
6.3 Recomendaciones	81
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>87</b>
.- Matriz de consistencia	88
.- Instrumentos de investigación	91

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

En cuanto a la metodología, la investigación es de tipo descriptivo correlacional, y los datos fueron recolectados en forma individual de cada uno de las 40 profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico. Como instrumentos de investigación, se empleó un cuestionario para la medición del conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una encuesta para recoger información acerca de la aplicación de la Lista. Los datos se tabularon y se graficaron en Excel, y se utilizaron medidas de frecuencias y porcentajes, así como la prueba de correlación lineal de Pearson para la contrastación de las hipótesis de estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos con el IBM SPSS 22, se encontró que el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,468$ ; Sig. = 0,000) entre las variables de estudio Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es estadísticamente significativo al nivel de  $p < 0,01$ . Asimismo, entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de sus dimensiones: Entrada, Pausa quirúrgica y Salida, las correlaciones obtenidas son de  $r = 0,569$  (Sig. = 0,000),  $r = 0,256$  (Sig. = 0,036) y  $r = 0,310$  (Sig. = 0,014), respectivamente.

Se puede concluir, entonces, que existe relación directa entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, del mismo modo que entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de las dimensiones de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el profesional de enfermería de la muestra investigada.

*Palabras Clave:* Conocimiento, aplicación, cirugía segura, enfermería.

## ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between the knowledge about the Safe Surgery Checklist and its application by the nursing professional from the Centro Quirúrgico of Clínica Limatambo, year 2017.

As for the methodology, it is about the correlated-descriptive type, data gathered individually from the 40 nursing professionals from the Surgery Center. As research instruments, a questionnaire was used to measure knowledge about the Safe Surgery Checklist, and a survey to gather information about the Checklist application. The data was tabulated and diagrammed through Excel, and some frequency and percentage measures employed, as well as the Pearson Lineal Correlated Test in order to contrast the research hypothesis.

According to the obtained results with the IBM SPSS 22, it was found that the correlated coefficient acquired ( $r = 0,468$ ; Sig. = 0,000) among the variables of the research from the Safe Surgery Checklist and Safe Surgery Checklist Application, is statistically significant to the level  $p < 0,001$ . Additionally, between the knowledge from the Safe Surgery Checklist and each of its dimensions: Sign in, Surgery Time Out and Sign Out, the obtained correlations are from  $r = 0,569$  (Sig. = 0,000),  $r = 0,310$  (Sig. = 0,014), respectively.

We can conclude that, in consequence, there is a direct relationship between the knowledge and application from the Safe Surgery Checklist, the same way that the knowledge between Safe Surgery Checklist and every one of its dimensions from the Safe Surgery Checklist Application for the Nursing professional from the researched sample.

*Key Words:* Knowledge, application, safe surgery, nursing.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en que se comparte cada vez más un mundo globalizado, la mayor difusión de información científica sobre la salud hace que se tome conciencia del papel que desempeña un equipo quirúrgico en el desarrollo de sus funciones. “La cirugía segura salva vidas” es un lema creado como parte de los esfuerzos que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

Se estima que al menos siete millones de pacientes quirúrgicos son perjudicados por complicaciones quirúrgicas cada año, incluyendo al menos un millón de pacientes que mueren durante o inmediatamente después de la cirugía, esto a nivel mundial (OMS, 2009).

Los países en desarrollo reconocen la magnitud y la amplitud del problema, y por ello la preocupación de manejar alternativas para realizar una cirugía segura para demostrar que las instituciones públicas están capacitadas para disminuir los riesgos quirúrgicos y mejorar la confianza del paciente hacia el médico y a la institución hospitalaria.

La Clínica Limatambo, ubicada en el distrito de San Isidro de Lima Metropolitana, se inscribe como uno de los nosocomios estandartes en implementar políticas de seguridad de atención al paciente, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, enmarcados en la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual ha autorizado la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura”, instrumento que sirve para garantizar las intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia, según Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA (MINSA, 2010).

La Lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos, y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas (OMS, 2009).

Esta implementación de la lista de chequeo ofrece al paciente y familiares toda la seguridad de protección durante el periodo preoperatorio e intraoperatorio. Precisa también la identificación del paciente, la identificación del lugar de la incisión, la revisión de la seguridad de la anestesia, de los equipos y procedimientos médicos. Asimismo, es una herramienta de fácil acceso, no costosa, que ha demostrado en los países donde se emplea una mejora de la calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

El presente trabajo de investigación tiene el propósito de contribuir a reforzar los conocimientos sobre seguridad del paciente en cirugía segura, mejorando la comunicación en el trabajo con equipo quirúrgico multidisciplinario, mediante el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Para que su utilización en el quirófano se cumpla al 100%, es urgente la creación de una cultura que se fundamente no en las políticas directivas, sino en motivar al profesional de enfermería sobre la necesidad de la protección del paciente sometido a un procedimiento quirúrgico o invasivo, así como a un mayor cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Por tal motivo, el propósito de esta investigación fue determinar si el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura guarda relación con la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo.

Las complicaciones por eventos adversos, actualmente, han originado muchos problemas legales (4%); pero, al margen de ellos, tenemos que tener en cuenta al paciente que busca solución a sus problemas de salud y confía en los establecimientos que lo imparten. Muchas veces lo que está pasando es que todavía no se toma conciencia de las consecuencias de errores y se persiste en realizar operaciones apresuradas para poder cumplir y terminar la programación de intervenciones quirúrgicas, obviándose algunos requerimientos como la Lista de Verificación de Cirugía Segura, originando con ello una equivocación de pacientes, no se realiza la marcación de la zona operatoria a intervenir, el cirujano no conoce previamente a su paciente a operar y es solo minutos previos que puede leer muy poco de la historia clínica por el tiempo limitado que tiene. Es, pues, factible de mejorar y se puede lograr simplemente con un adecuado cumplimiento de la referida Lista.

El presente trabajo de investigación se distribuye por capítulos de la siguiente manera:

El primer capítulo, corresponde al problema de investigación, donde se describe la realidad problemática, para proseguir con la formulación de las preguntas de investigación, los objetivos y la finalidad e importancia del trabajo.

En el segundo capítulo, se incluyen las bases teóricas sobre la seguridad del paciente quirúrgico, los eventos adversos, y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, sus fases, así como las teorías de enfermería, seguido de los estudios previos y el marco conceptual.

En el tercer capítulo, se agrega la formulación de las hipótesis y la clasificación y definición de las variables investigadas.

En el cuarto capítulo, se describen el método y diseño, tanto como el tipo y nivel de investigación; además de caracterizar la población, muestra y técnica de muestreo, sin dejar de mencionar las consideraciones éticas.

El quinto capítulo, trata de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, incluyendo el procedimiento y la presentación de datos.

El sexto capítulo, comprende la presentación de resultados, con el correspondiente análisis y discusión; y, además, las conclusiones y recomendaciones del trabajo, de acuerdo a los objetivos e hipótesis de estudio.

Finalmente, los últimos apartados del informe de tesis contienen la bibliografía y los anexos, donde se adjuntan la matriz de consistencia y los formatos de los instrumentos de recolección de datos administrados.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública, debido a que la información estadística establece cifras preocupantes de las complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia.

Al respecto, anualmente en el mundo se realizan 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondientes, al menos un millón de

pacientes mueren cada año durante o después de una operación (OMS, 2010).

En el Perú, el número de intervenciones quirúrgicas representa más de 125.000 cirugías anuales y, a pesar del costo eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo, y el Perú no es ajeno a esta problemática. Dada la ubicuidad de la cirugía en todos sus niveles, la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de cirugía segura tiene repercusiones importantes en la salud pública, por cuanto se presentan situaciones que evidencian negligencia en las intervenciones, desdiciendo el propósito de la cirugía, que es salvar vidas; de ese modo, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables en los pacientes, y además denotaría poco profesionalismo tanto en los enfermeros como en los demás integrantes del equipo a cargo.

En razón a ello, para mejorar esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico- anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico.

Específicamente, en el caso de la Clínica Limatambo, el equipo quirúrgico está compuesto por el médico anesthesiologo, el cirujano principal y uno o dos cirujanos asistentes, la enfermera Instrumentista, quien participa directamente del acto quirúrgico; la enfermera Circulante, encargada de planificar todo el acto quirúrgico; y la técnica de enfermería como personal

de apoyo. En este equipo la enfermera circulante es la encargada de la lista de chequeo, de formular las preguntas y cumplimentar las marcas en las casillas, en caso de imposibilidad puede ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención (Agencia de Calidad Sanitaria, 2009).

Actualmente, en la Clínica Limatambo, se realizan aproximadamente un promedio de 233 intervenciones quirúrgicas al mes, representando un total de 2796 en el transcurso de un año; no obstante, se pudo apreciar que en un 10% de tales operaciones, tanto las de cirugía mayor como las de cirugía menor, no se está cumpliendo con todos los procedimientos de la lista de verificación de cirugía segura, indispensables para garantizar la seguridad del paciente antes, durante y después de ser intervenido, lo cual trae como consecuencia la aparición de complicaciones en la recuperación del paciente recién operado, estimado en un 5% por la Oficina de Estadística (2016) de la mencionada Clínica.

En este orden de exposición, cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del profesional de enfermería, es imprescindible la colaboración e implicación de los facultativos (cirujanos y anestesistas), lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la institución y adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo, algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo (SESCAM, 2013).

Al respecto, las enfermeras de la Clínica Limatambo consideran que la lista de verificación es importante para una cirugía segura, reconocen que su cumplimiento no es fácil porque depende de varias personas del equipo de salud; ellas manifiestan: “a veces los médicos se incomodan porque todo lo quieren rápido”, “se niegan a firmar”, “déjate de papeleos...nos dicen” y también el paciente se asusta porque le preguntan mucho “¿estoy mal?”,

“¿es porque me puedo morir?”, nos dicen con preocupación; a pesar de ello son conscientes de la necesidad de aplicar esta lista de chequeo, porque “nos salva de responsabilidades”, “trabajamos más tranquilos”, “estamos preparados para cualquier evento”.

Cabe señalar que la investigadora de este estudio, en sus prácticas clínicas, pudo observar las circunstancias que favorecen la ejecución de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y otros factores que no favorecen y a veces impiden su correcta ejecución, lo cual motivó el desarrollo de la presente investigación y, asimismo, el interés por estudiar las experiencias del profesional de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, respecto al cumplimiento de la Lista.

La presente investigación resulta, pues, importante, dado que en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el presente tema tanto a nivel regional como a nivel de Lima y nacional; y dada la relevancia del significado, de los beneficios de su cumplimiento y los perjuicios que ocasiona la omisión de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Centro Quirúrgico, la investigadora ha creído conveniente realizar un estudio sobre las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Clínica Limatambo, para conocer el modo en que cumplimentan cada una de las fases de Lista de Verificación de Cirugía Segura y los posibles factores que predisponen el incumplimiento de dicha estrategia; pues, según estudios realizados, existen personas que conocen la importancia del instrumento, pero no la aplican porque simplemente la consideran una imposición, una pérdida de tiempo, o un incluso una interrupción en el ritmo de trabajo (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2013).

Por otro lado, cuando no se cumplimentan eficientemente las fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, pueden surgir complicaciones por eventos adversos; tales complicaciones en la actualidad han sido motivo de

muchos problemas médico-legales, pero al margen de ello hay que tener en cuenta al paciente que busca solución a sus problemas de salud y confía en los establecimientos que lo imparten. Muchas veces lo que está pasando es que todavía no se toma conciencia de las consecuencias de errores y se persiste en realizar operaciones apresuradas para poder cumplir y terminar la programación de intervenciones como la Lista de Verificación de Cirugía Segura, originando con ello una equivocación de pacientes, no se realiza la marcación de la zona operatoria a intervenir, el cirujano no conoce previamente a su paciente a operar y solo dispone de pocos minutos para leer la historia clínica; es decir, tiene el tiempo limitado.

EsSalud, por su parte, ha realizado diferentes capacitaciones para la difusión y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, pero aún se observa que este no se realiza al 100% como debería ser. Tales déficits traen como consecuencia los problemas médico-legales. La Clínica Limatambo no es ajena a estos acontecimientos y, dada la importancia de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se debe prevenir la aparición de eventos adversos, pues el paciente es la razón de ser de todo profesional de salud. Como se podrá suponer, esta situación debería superarse en la actualidad, pero no se observan cambios sustanciales en el personal que labora en el Centro Quirúrgico.

Por lo anteriormente, expuesto, el propósito de esta investigación es determinar el nivel de conocimientos y de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, así como establecer la relación que guarda el conocimiento del profesional de enfermería con la aplicación que realiza en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, ubicado en el distrito de San Isidro, Lima Metropolitana.

## 1.2 Definición del problema

### 1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?

### 1.2.2 Problemas específicos

1.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?

2.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?

3.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?

## 1.3 Objetivos de la investigación

### 1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

### 1.3.2 Objetivos específicos

1.- Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

2.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

3.- Establecer la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

### 1.4 Finalidad e importancia

La finalidad de esta investigación es la de determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, en el año 2017.

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

De igual modo, esta investigación será de gran utilidad, pues la obtención de sus resultados harán posible el diseño de estrategias que

beneficien a un significativo número de personas que diariamente se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e, incluso, de muerte innecesaria. Así, pues, conocer cómo se está implementando esta estrategia en la Clínica Limatambo mediante el conocimiento de las enfermeras quirúrgicas, permitirá superar las limitaciones en su ejecución e implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano y de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro; por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad de la persona cuidada.

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

## **CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Bases teóricas**

#### **2.1.1 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura**

##### **A) Definición de conocimiento**

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

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

experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito (Pina, 2016).

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

De tal modo, cuando los enfermeros asisten a un usuario en un servicio de centro quirúrgico, o en cualquier otra circunstancia, actúan poniendo en acción conocimientos aprendidos y la experiencia propia, capacidades personales como la intuición y principios científicos resultantes de la investigación. Ellos lo hacen reflexivamente, considerando la persona, la situación y el escenario, ponderando la mejor manera de hacerlo posible dentro de un cuadro ético. Estos profesionales, cuando encuentran soluciones para los problemas que emergen del contexto, en un proceso de reflexión en la acción y reflexión sobre la acción, están a construir conocimiento propio de enfermería que al ser sistematizado en este proceso, compartido y validado por sus pares, se transforma en ciencia de enfermería (Pina, 2016).

### **B) Definición de Lista de Verificación de Cirugía Segura**

Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, se edita la Lista de Verificación de Cirugía Segura, la cual es una lista

de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía (OMS, 2014).

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

Existen tres principios aplicables a la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que son: Simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad (OMS, 2009).

**Simplicidad:** Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos

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

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

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

Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la Lista de chequeo y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal.

Más de 200 millones de pacientes son intervenidos quirúrgicamente cada año en el mundo, millones de ellos presentan serias complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y, como resultado, cientos fallecen; actualmente existen evidencias en la literatura de que muchas de estas complicaciones y muertes pudieran ser prevenidas. Con el implemento de listas de chequeo se incrementa la seguridad del paciente, disminuyen las incidencias de morbilidad y mortalidad y se obtienen mejores resultados en la calidad de los procesos quirúrgicos (Weiser, 2008; De Vries et., 2010).

En el año 2002 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exhorta a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario, en el

2004 nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes y, en enero de 2007, surge el programa “Cirugía Segura Salva Vidas”, que pretende mejorar la seguridad ligada a los procedimientos quirúrgicos para lo que diseñó y recomienda poner en práctica la lista de verificación para garantizar mayor seguridad en las intervenciones quirúrgicas a partir de las experiencias vividas en otras industrias, donde un error puede producir la muerte de muchas personas, como es el caso de la aeronáutica (OMS, 2009).

Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía (OMS, 2008).

### **2.1.2 Seguridad del paciente**

La seguridad del paciente, dimensión clave de la calidad asistencial, es un concepto que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud. Un resultado adverso relacionado con la asistencia es cualquier suceso asociado al proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria (OMS, 2008).

La seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario. Asimismo, aunque la seguridad del paciente se centra en la prevención de las reacciones adversas

consecuencia de la atención recibida y no en las complicaciones o consecuencias del devenir desfavorable de la historia natural de la afección del paciente, algunas características de la población atendida, como el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar, constituyen una amenaza para la seguridad del paciente, dado que incrementan la vulnerabilidad del mismo (OMS, 2008).

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

### **2.1.3 Proyecto de la Organización Mundial de la Salud**

Uno de los temas que encaró la OMS dentro de la Alianza fue el de la seguridad en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica. Bajo el lema: “Cirugía segura salva vidas” (Safe surgery saves lives, según su denominación en inglés), se implementó un programa mundial para disminuir los errores en cirugía y en 2008 se difundieron las guías para poder alcanzar esa meta (WHO guidelines for safe surgery). Los errores en cirugía son frecuentes, aun cuando se ignora su verdadera prevalencia, y afectan a millones de personas. Se calcula que no menos de 234 millones de cirugías mayores se realizan anualmente en el mundo, por lo cual las posibilidades que ocurran descuidos que ocasionen errores son muy altas (OMS, 2009).

Las principales estrategias difundidas por OMS están centradas en reducir errores en el quirófano y entre ellas se destaca la

implementación de un listado de seguridad quirúrgica (*surgical safety checklist*, según su denominación en inglés) que ya ha demostrado su efectividad en un estudio realizado en varios países y publicado en la revista *New England Journal of Medicine* (Haynes et al., 2009).

Otra actividad de la Alianza fue estimular las investigaciones que permitieran mejorar la seguridad de los pacientes al reducir los errores en medicina, basándose en los cerca de 10 millones de enfermos que mueren o sufren lesiones, como consecuencia de "prácticas médicas inseguras", cada año. Con ese motivo, a fines de 2007 emitió un documento y en el acto de presentación el Dr. Liam Donaldson, director de la Alianza Mundial, dijo entre otras cosas un concepto muy aleccionador: "Las investigaciones para mejorar la seguridad de los pacientes ofrecen a todos los países miembros de la OMS un recurso innovador para ayudar a sus hospitales a evitar los errores médicos y asegurar la reducción del sufrimiento de los pacientes en lugar de contribuir a su aumento" (OMS, 2009).

Es sumamente loable la iniciativa de la Alianza Mundial, pero para que tenga éxito resulta indispensable que sea acompañada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario ser consciente del gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar un cambio de cultura y motivar que las instituciones médicas desarrollen sistemas más seguros para la prevención de errores.

La prestación de los servicios de cirugía y anestesia se cuenta entre las más complejas y costosas de los sistemas de salud. Los datos procedentes de países desarrollados indican que los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos.

En los países en desarrollo la atención quirúrgica tropieza con limitaciones debidas a deficiencias de los servicios e instalaciones, falta de personal capacitado, insuficiencias tecnológicas y limitaciones en el suministro de medicamentos y material. Se requieren investigaciones para explorar las razones de las diferencias geográficas observadas en la incidencia de errores quirúrgicos y anestesiológicos (OMS, 2008).

En un estudio publicado en *New England Journal of Medicine*, Haynes y colaboradores implementaron la aplicación de la lista de chequeo en ocho instituciones de ocho ciudades diferentes y encontraron un descenso significativo en cuanto al número de pacientes que sufren complicaciones en relación a las operaciones (desde un 11% hasta 7%) (Haynes et al., 2009).

Se recogieron prospectivamente datos clínicos de 3.733 pacientes mayores de 16 años, sometidos a cirugía no cardiaca, entre octubre del 2007 hasta septiembre del 2008. Posteriormente se tomó datos clínicos de 3.955 pacientes a los que se les aplicó la lista de verificación de seguridad quirúrgica. El punto final primario fue la tasa de complicaciones, incluyendo la muerte, durante la hospitalización dentro de los primeros 30 días después de la operación. El resultado fue una tasa de mortalidad del 1,5% antes de la introducción de la lista de control y disminuyó a 0,8% después de su aplicación ( $p=0,003$ ). Complicaciones para pacientes hospitalizados se produjeron en el 11,0% de los pacientes al inicio del estudio y en el 7,0% después de la introducción de la lista de control ( $p<0,001$ ) (Haynes et al., 2009).

#### **2.1.4 Manual de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía OMS**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos

de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico (OMS, 2008).

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

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesiólogos, profesional de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muerte quirúrgicas aplicables (OMS, 2008).

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

seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente.

El equipo quirúrgico al que se hace referencia en el manual se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. El manual presenta propuestas para la aplicación de la Lista de verificación, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias (OMS, 2008).

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

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

### **A) Fases de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese "Coordinador de la lista" será un enfermero circulante, pero también

podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas (OMS, 2008).

A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

## **B) ENTRADA**

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia, de

dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia (OMS, 2008).

Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

### **C) PAUSA QUIRÚRGICA**

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales (OMS, 2008).

### **D) SALIDA**

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

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico (OMS, 2008).

El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

La Lista de verificación debe modificarse para tener en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista (OMS, 2008).

## 2.1.5 Teorías de enfermería

### A) Teoría sobre prevención de la salud de 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 (MPS) 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.

Se considera que el modelo de promoción de salud de Nola Pender 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 se relaciona 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 MPS 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.

### **B) Teoría del cuidado de Florence 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 Zentner, 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 (Amaro, 2004).

## **2.2 Estudios previos**

Las investigaciones realizadas sobre la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, son muy escasas en nuestro medio, y a nivel nacional muy pocas se han llevado a cabo. Sin embargo, a nivel internacional se ha encontrado mayor número de investigaciones sobre el tema.

### **A) Antecedentes internacionales**

Amaya et al. (2017). “Comportamientos seguros y aceptación de listas de verificación en unidades de ginecobstetricia de tres instituciones de áreas urbanas de Colombia”. Bogotá, Colombia.

*Objetivo:* Describir el grado de conocimiento y aceptación en el uso de listas de verificación y determinar el porcentaje de prácticas seguras que realizan los trabajadores de la salud durante la atención del parto en 3 unidades de ginecobstetricia en Colombia.

*Metodología:* Estudio observacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por equipos de salud de las 3 instituciones que hicieron parte del estudio en las áreas de atención a gestantes. Se aplicó, bajo un muestreo por conveniencia, la encuesta de aceptación a 38 trabajadores de la salud de la institución A, a 74 de la B y a 50 de la C y se realizaron 29 observaciones de atención a gestantes en cada centro.

*Resultados:* Se encontró que los trabajadores de la salud conocen, han usado o usan listas de verificación y muestran actitudes favorables en un

nivel intermedio, y que la institución A es la que mostró actitudes más favorables a su uso. Las 3 instituciones tuvieron un porcentaje similar en el cumplimiento de los comportamientos seguros (72-79%), pero en algunos de ellos mostraron valores menores en aspectos como: confirmar o suministrar antibióticos, cumplir el protocolo del lavado de manos y en los procesos relacionados con la educación a los pacientes o acompañantes.

*Conclusiones:* Los trabajadores de las unidades de obstetricia evaluadas tenían, en ese momento, conocimientos y experiencia en el uso de listas de chequeo y actitudes algo favorables hacia ellas; además, el nivel de cumplimiento de comportamientos seguros estuvo en un porcentaje medio-alto.

Cordovilla (2016). "Utilidad del Check List para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica del Hospital IESS Ambato, en el período de agosto del 2015". Ambato, Ecuador.

*Objetivo:* Implementar el uso adecuado del Check List en el Hospital del IESS de Ambato con la elaboración de una guía metodológica para alcanzar dicho objetivo.

*Métodos:* El universo estuvo constituido por todos los pacientes hospitalizados en el área de Cirugía General (134), ya sea por una cirugía programada o ingresados por el servicio de Emergencia en el mes de Agosto del 2015. En cada cirugía realizada en este periodo se valoró la aplicación del Check List por parte del personal médico que labora en el área de quirófano. La información fue recopilada de forma directa con diseño multidisciplinario, Check List, misma que es tomada de la Organización Mundial de Salud, que se obtiene desde el momento que el paciente es ingresado para someterse a un procedimiento quirúrgico en el servicio de Cirugía General. Esta información será corroborada en el sistema AS400 utilizada en el Hospital IESS Ambato, se almacenó en archivos Word y Excel

mismos que facilitaron el análisis y la realización de gráficos comparativos y estadísticos para su respectiva valoración.

*Resultados:* De los 134 casos de cirugía general realizados y aplicados el Check List en el mes de Agosto del 2015, el 67% se suspendió por la falta de administración de medicación a patologías coadyuvantes señaladas, seguidas del 22% al presentar cuadros de crisis depresiva y el 11% se suspendió al presentar un cuadro de crisis de ansiedad.

*Conclusiones:* De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del Check List en las salas de quirófano del hospital IESS Ambato, se puede observar que durante el chequeo preoperatorio existe una falla en cuanto al control de instrumental quirúrgico utilizado para asegurar el bienestar de los pacientes.

Moreta (2015). "Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa". Quito, Ecuador.

*Objetivo:* Determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación en los diferentes profesionales del equipo quirúrgico a través de una encuesta directa.

*Diseño:* Se realizó un estudio descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos.

*Lugar de investigación:* El estudio se realizó en el centro quirúrgico del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del 2015.

*Métodos:* Se aplicó una encuesta directa a 61 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión, en la cual contenía 8 preguntas enfocadas a analizar los conocimientos sobre el contenido de la lista de verificación de la cirugía, y 2 preguntas sobre la percepción de la implementación de la lista en su institución.

*Resultados:* Solo el 11% de todos los profesionales cumplieron la normativa completamente, dentro de este grupo las enfermeras son las que más la cumplieron. Los anestesiólogos son los profesionales que por preguntas individuales poseen mayor conocimiento. Los puntos donde existen mayor dificultad en su conocimiento se basan en la profilaxis antibiótica y sobre la persona que debe aplicar la lista.

*Conclusiones:* El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

Trejo (2015). "Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad". Barcelona, España.

*Objetivo:* El propósito de este estudio es evaluar el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, percibido por el profesional de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2015 hasta octubre del 2016.

*Ámbito de estudio:* El estudio se realizará en el ámbito del área quirúrgica del Hospital Clínico, un Hospital de alta tecnología situado en Barcelona.

*Metodología:* Diseño de investigación cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

*Implicaciones para la práctica:* Mejorar la cultura de seguridad de los profesionales en el área quirúrgica.

Soria, Da Silva, Saturno, Grau, y Carrillo (2012). “Dificultades en la implantación del *check list* en los quirófanos de cirugía”. Murcia, España.

*Objetivo:* Valorar el grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) propuesto por la OMS, en los servicios de cirugía de los hospitales públicos de la región de Murcia.

*Metodología:* Estudio transversal retrospectivo para el que se realizó un muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. El tamaño o de la muestra se estableció en 10 casos por centro con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. El análisis de datos incluye el porcentaje de cumplimiento de las variables de interés (presencia del LVQ y la cumplimentación del mismo, completa, por apartados y por ítems) a nivel regional y según el hospital, grupos de hospitales según tamaño; el tipo de anestesia (local, regional o general); y el turno de trabajo (mañana o tarde); así como la edad y sexo de los pacientes intervenidos.

*Resultados:* El listado se encontraba en la historia clínica en 75 casos (83,33%; IC 95%: 78,7-87,5%), y cumplimentado en su totalidad en 25 casos (27,8%; IC 95%: 18,5-37,0%). El porcentaje de ítems cumplimentados fue del 70,1% (IC 95%: 67,9%-72,2%). El porcentaje de cumplimentación varía por hospital desde un 35,8 hasta un 98,9%. La regresión logística mostró como variables significativas el tamaño de hospital (en los hospitales pequeños y medianos es más probable cumplimentar el listado) y

operaciones con anestesia local como factor predictor negativo de cumplimentación.

*Conclusiones:* El LVQ se utiliza pero no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además, existe una variabilidad importante entre los distintos hospitales públicos de la Región de Murcia.

## **B) Antecedentes nacionales**

Pérez (2015). "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". Lima, Perú.

*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.

*Método:* 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 Likert.

*Resultados:* En relación a la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, 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 Lista de Verificación de Cirugía Segura. En relación a la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una percepción favorable, existe un tercio de la población (32%) que tiene una percepción desfavorable.

*Conclusiones:* Tanto respecto a la utilidad como en relación a la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, los resultados indican que se pone en riesgo la implementación y adherencia de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico; asimismo, se pone en riesgo la adherencia de la Lista de Verificación de Cirugía Segura a la práctica quirúrgica y, por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos.

Izquierdo (2015). “Nivel de cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015”.

*Objetivo:* Determinar el nivel de cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

*Material y método:* El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes postoperados inmediatos y la muestra fue 57 de las mismas. La técnica utilizada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica.

*Resultados:* Del 100% (57) Historias clínicas, un 68% (39) no cumple la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y un 32%(18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) No Cumple.

*Conclusiones:* La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la Lista de Verificación de Cirugía Segura; sin embargo, un porcentaje significativo cumple. La enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Becerra (2014). "Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo-Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012".

*Objetivo:* tiene como objetivos identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

*Material y método:* Es cualitativa-abordaje: estudio de caso; el marco teórico se respalda en la Organización Mundial de la Salud, Amengual G y Watson J. Tuvo como escenario el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Chiclayo. Los datos se obtuvieron con una entrevista semiestructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras, delimitándose la muestra por criterios de saturación y redundancia.

*Resultados:* Se aplicó el análisis temático de los datos estableciéndose las siguientes categorías: Categoría: La Lista De Chequeo, una práctica que

garantiza la Cirugía Segura. Categoría: Limitaciones para la aplicación correcta de la Lista de Chequeo. Categoría: El liderazgo de enfermería en la Cirugía Segura, sub-categorías: Asumiendo la responsabilidad del cumplimiento de la lista de chequeo en la cirugía segura y Demandando mayor conocimiento y responsabilidad en todo el equipo quirúrgico.

*Conclusiones:* En las consideraciones finales se establece que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: Falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. En todo momento se respetaron los Principios de la Bioética Personalista de E. Sgreccia y Rigor Científico de Castilla.

Serpa (2013). "Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal de centro quirúrgico, del Hospital Uldarico Rocca Fernández. 2011".

*Objetivo:* cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y el grado de cumplimiento de la "Lista de chequeo en cirugía segura" en el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández.

*Material y método:* Estudio descriptivo, correlativo.

*Resultados:* El nivel de conocimientos de los profesionales de salud de Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández es moderado fluctúa de 61 por ciento a 63 por ciento, el mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las enfermeras con 25 por ciento seguido de los cirujanos que tienen un 21 por ciento, los anestesiólogos que tienen un 12 por ciento y un 25 por ciento de conocimiento bajo. El grado de cumplimiento de la lista de

chequeo en cirugía segura de los profesionales de salud tienen un cumplimiento medianamente favorable, las enfermeras con mayor porcentaje 42 por ciento de cumplimiento favorable, los anestesiólogos registran el mayor porcentaje, 40 por ciento de cumplimiento desfavorable.

*Conclusiones:* El grado de cumplimiento en la lista de chequeo fue medianamente favorable para la mayoría relativa y sin diferencia significativa entre los profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras, Anestesiólogos), asimismo no existe correlación entre el nivel de conocimientos y el grado de cumplimiento de la lista de chequeo de los tres grupos ocupacionales.

### **2.3 Marco conceptual**

**Centro Quirúrgico.-** Área restringida compleja, que cuenta con recursos físicos, humanos y tecnológicos; organizados; donde se brindan cuidados preoperatorios, intra y posoperatorios.

**Cirugía mayor.-** Es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.

**Cirugía segura.-** conjunto de acciones que permite realizar la intervención quirúrgica alcanzando la seguridad del paciente al 100%.

**Complicación.-** Trastorno del paciente que surge durante el proceso de atención a la salud, sea cual sea el entorno en que se dispensa. Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.

**Cumplimiento en cirugía segura.-** acción y efecto de cumplir con relación a la seguridad del paciente.

**Enfermera instrumentista I (instrumentista).**- Participa directamente en la cirugía teniendo en cuenta la asepsia, realiza el lavado de manos quirúrgico, verifica esterilidad del material y ropa quirúrgica, se viste y viste a los médicos cirujanos, con ropa quirúrgica estéril y efectúa la colocación de guantes estériles, con la técnica cerrada; distribuye el instrumental y materiales sobre la mesa de media luna, mesa de mayo y otros, mantiene la mesa de instrumental prolija, de tal manera que pueda entregar los materiales en forma rápida y eficiente, reúne el instrumental y los materiales y los prepara para la descontaminación y reesterilización, realiza el conteo final de instrumental e insumos utilizados.

**Enfermera instrumentista II (circulante).**- Realiza el lavado de manos, recepciona a la persona en la zona gris, recibe la historia clínica, es informada de alergias y/o problemas patológicos, comunica al cirujano cualquier irregularidad percibida en el estado físico, fisiológico o emocional de la persona, lo prepara para cualquier imagen, olor o sonido que pudieran ser perturbadores, asiste en el traslado adecuado de la persona de la camilla a la mesa de operaciones, asiste al anestesiólogo en la preparación física de la persona para la anestesia, participa en el recuento inicial de gasas, agujas e instrumental, instala las conexiones a tierra, recibe los extremos no estériles de las cánulas de aspiración, y otros elementos que deben ser conectados a unidades no esterilizadas.

**Equipo quirúrgico.**- Es multidisciplinario, conformado por profesionales de la salud, que están directamente al cuidado de la persona que será intervenido. Al igual que en la literatura éste está conformado por cinco profesionales: anestesiólogo, cirujano principal, cirujano asistente, enfermera instrumentista (Instrumentista I) y enfermera circulante (Instrumentista II).

**Error médico.-** Conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.

**Evento adverso.-** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

**Higiene de manos.-** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

**Lesión.-** Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

**Medicación segura.-** Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.

**Nivel de conocimiento.-** Lo adquiere el profesional en conceptos teóricos sobre seguridad en la práctica.

**Prácticas seguras.-** Serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

**Profesional de salud.-** Recursos humanos con conocimiento en una carrera de salud, tales como enfermeras, médicos cirujanos, médicos anestesiólogos, etc., que brindan servicios para el bienestar de la población.

**Quirófano.-** Es aquella estructura física independiente en la cual se realizan las intervenciones quirúrgicas; de menor a mayor complejidad.

**Reacción adversa.-** Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

**Seguimiento.-** Conjunto de actividades dirigidas a verificar el nivel de ejecución, cumplimiento de metas y objetivos de los programas y proyectos, mediante reportes periódicos a través de los sistemas de información vigentes.

**Seguridad.-** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de hipótesis

#### 3.1.1 Hipótesis general

**H<sub>G</sub>**: Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

#### 3.1.2 Hipótesis específicas

**H<sub>1</sub>**: Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>2</sub>**: Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>3</sub>:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

## 3.2 Identificación de variables

### 3.2.1 Clasificación de las variables

- **Variable 1:** Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- **Variable 2:** Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

### 3.2.2 Definición constitutiva de las variables

#### *Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura*

Es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en cada una de las tres fases de que consta la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es decir, entrada, pausa quirúrgica y salida, incluyendo además el objetivo principal, la importancia, y las ventajas de la implementación en la institución o establecimiento hospitalario (Moreta, 2015).

#### *Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura*

Son los procedimientos de rutina que realiza el equipo de profesionales de la salud, considerando las tres fases, como son: entrada, pausa quirúrgica y salida. En el equipo participan, por lo general, médicos cirujanos, anestesiólogos, enfermeros; y entre todos van aplicando y cumpliendo estrictamente con cada una de las indicaciones que corresponden a cada fase de la seguridad de la cirugía (Trejo, 2015).

### 3.2.3 Definición operacional de las variables

Cuadro 1

*Operacionalización de las variables de estudio*

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Variable 1:</b></p> <p>Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptos básicos</li> <li>• Seguridad del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Aplicación</li> <li>- Disminución de la morbilidad</li> <li>- Contribución y prevención</li> <li>- Disminución de eventos adversos o críticos</li> <li>- Necesidad de implementación</li> </ul>
<p><b>Variable 2:</b></p> <p>Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de Entrada</li> <li>• Fase de Pausa quirúrgica</li> <li>• Fase de Salida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación del paciente sobre su identidad</li> <li>- Verificación de colocación y funcionamiento del pulsioxímetro</li> <li>- Verificación de alergias y riesgos</li> <li>- Verificación de presentación del equipo</li> <li>- Verificación de la identidad del paciente</li> <li>- Verificación de administración de profilaxis</li> <li>- Confirmación de la esterilidad</li> <li>- Verificación de dudas o problemas</li> <li>- Confirmación de visualización de imágenes</li> <li>- Confirmación verbal del nombre del procedimiento</li> <li>- Recuento de instrumentos, gasas, agujas, etc.</li> <li>- Verificación de problemas con el instrumental y equipos</li> <li>- Verificación de aspectos críticos de recuperación y tratamiento del paciente</li> </ul>

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo y nivel de investigación**

Es una investigación de tipo aplicada, por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriva (Sánchez y Reyes, 2006).

Asimismo, es una investigación de nivel descriptivo, ya que su objetivo lleva a indagar y presentar la situación del estado o momento actual del fenómeno en estudio (Sánchez y Reyes, 2006).

### **4.2 Descripción del método y diseño**

El método utilizado para este estudio es el descriptivo, por cuanto “consiste en describir, analizar y e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos o fenómenos y sus variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente” (Sánchez y Reyes, p. 50).

Por otro lado, el diseño empleado corresponde al no experimental de corte transversal. La investigación no experimental “es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables

independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente” (Kerlinger y Lee, 2002, p. 504). Asimismo, la investigación es de corte transversal, pues recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede (Sierra Bravo, 2001).

Así, en este estudio se buscó determinar la relación existente entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**M: Ox r Oy**

Donde:

M : Muestra.

Ox : Observación de la variable Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Oy : Observación de la variable Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

r : Índice de correlación.

#### **4.3 Población y muestra**

La población estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo en los diferentes turnos establecidos en dicho establecimiento, ubicado en el distrito de San Isidro.

En cuanto a la muestra, se tomó en cuenta la técnica censal, mediante la cual participaron 40 profesionales de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico de la mencionada Clínica.

#### **4.4 Consideraciones éticas**

Para ejecutar este estudio de investigación se tuvo en cuenta la autorización de la institución y la participación voluntaria de todos los profesionales de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo.

La información recogida fue confidencial; nadie, excepto la investigadora y sus colaboradores, tuvo acceso a la información. Se consideraron los siguientes principios éticos para el correcto desarrollo del estudio de investigación: veracidad, respeto, compromiso, integridad.

##### *BENEFICENCIA:*

Para la aplicación de este principio, se puso en conocimiento de los profesionales de enfermería el motivo por el cual se les pidió su colaboración con esta investigación, haciéndoles saber que las respuestas que obtenidas en el cuestionario han de servir de ayuda para mejorar o modificar la atención en el servicio de Centro Quirúrgico en beneficio del paciente.

##### *NO MALEFICENCIA:*

Para la aplicación de este principio, la investigación no constituye fuente de daños o riesgos para la población en estudio.

##### *AUTONOMÍA:*

Para la aplicación de este principio, se pidió su consentimiento informado a los encuestados, se respetó su decisión de participación y se mantuvo la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos.

*JUSTICIA:*

Para aplicar este principio, se hizo partícipe del estudio a todos los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, sin considerar las distinciones de tipo cultural, ideológico, político, social o económico.

## **CAPÍTULO V: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **5.1 Técnica e instrumentos**

#### **5.1.1 Técnica**

Las técnicas utilizadas fueron: la encuesta y la observación.

La encuesta es el “método de investigación capaz de dar respuestas a problemas tanto en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de información sistemática, según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida” (Buendía, Colás y Hernández, 1998, p.120). De ese modo, se empleó la encuesta para medir, mediante un cuestionario, el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

La observación, en opinión de Sabino (1992), es el uso sistemático de los sentidos en la búsqueda de los datos que se requieren para resolver un problema de investigación. La observación es directa cuando el investigador forma parte activa del grupo observado y asume sus comportamientos. En tal sentido, se empleó

una lista de cotejo con el fin de estimar su aplicación por el profesional de enfermería en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo.

### **5.1.2 Instrumentos**

#### **a) *Cuestionario de Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura***

Este instrumento fue elaborado por la Médico Especialista Diana Carolina Moreta Sanafria en su estudio realizado en Quito, Ecuador, en el año 2015. El cuestionario consta de 10 preguntas con opciones de respuesta de tipo dicotómicas (Verdadero-Falso, Acuerdo-No acuerdo) y politómicas o múltiples (a, b, c, y d), donde solo una de ellas es la correcta.

Tales reactivos corresponden a indicadores de conocimientos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Las preguntas son referentes a conceptos básicos, objetivo, importancia e implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. La duración en el llenado del cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.

#### ***Validez y confiabilidad***

La Médico Especialista Diana Carolina Moreta Sanafria, autora del cuestionario de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, validó este instrumento con el concurso de cuatro jueces expertos, quienes otorgaron una valoración que, en promedio, representa un alto nivel de validez que indica que el cuestionario es válido para su aplicación a la muestra de estudio.

Del mismo modo, para obtener la confiabilidad, la autora Moreta Sanafria utilizó la técnica de consistencia interna, con el índice alfa de Cronbach; para el instrumento obtuvo un alto índice de confiabilidad

que, en resumen, permite afirmar que el cuestionario es confiable e idóneo para su administración a la muestra de investigación.

***b) Lista de Cotejo de Evaluación de Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura***

La elaboración de esta lista de cotejo por la autora de esta investigación parte del contenido de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que, como se sabe, fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud y su uso se ha difundido a países de Latinoamérica, por lo que constituye un instrumento transcultural. De manera que se ha convertido esta Lista a un formato de Escala, con el propósito de recoger información de los mismos participantes del estudio acerca del modo en que es aplicado antes, durante y después de las operaciones.

***Validez y confiabilidad***

La autora de la mencionada lista de cotejo procedió a validarla con la participación de cuatro jueces expertos, especialistas en el tema, quienes luego de su revisión registraron una valoración que, en promedio, representa un alto nivel de validez que permite establecer que la Lista de Cotejo de Evaluación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura es válida para su aplicación a la muestra de estudio.

Asimismo, para la obtención de la confiabilidad, la autora de este trabajo consideró utilizar la técnica de consistencia interna, con el índice alfa de Cronbach; los resultados obtenidos registran un alto índice de confiabilidad que, en conclusión, indica que la Lista reúne los requisitos necesarios para estimarla como confiable e idóneo para su administración a la muestra de investigación.

## **5.2 Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos**

### **5.2.1 Plan de recolección de datos**

Previamente, se efectuaron las coordinaciones pertinentes entre la investigadora, la Jefatura del servicio de Centro Quirúrgico y la Dirección de la Clínica Limatambo, a fin de obtener la autorización y facilidades en la recolección de los datos.

Posteriormente, se coordinó con la Jefa del servicio de Centro Quirúrgico la programación y aplicación de los instrumentos de estudio, guardando el debido respeto a la privacidad del encuestado.

Luego de aplicadas la encuesta y la Lista de Cotejo, se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos aplicados a fin de comprobar la integridad de sus respuestas, descartándose los que se encontraran incompletos o presentaran incoherencias.

### **5.2.2 Plan del procesamiento de datos**

Previa codificación de los datos, se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico IBM SPSS versión 22 en español y se registraron los datos procedentes de los instrumentos.

Para el análisis descriptivo, se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes para cada variable y sus dimensiones; y en cuanto al análisis inferencial, se procedió a un análisis de relación entre las variables de estudio, utilizando la prueba paramétrica de correlación lineal de Pearson, estableciéndose la decisión de rechazo de la hipótesis nula cuando la significación sea de  $p < 0,05$ .

### **5.2.3 Plan de presentación de datos**

Utilizando el programa estadístico mencionado, y con ayuda del programa Microsoft Excel 2013, se procedió a elaborar las tablas de

frecuencias y porcentajes, así como las tablas de la contrastación de hipótesis; y, finalmente, se efectuó el análisis de cada una de tales tablas estadísticas con el programa estadístico IBM SPSS 22, agregándose las correspondientes figuras, dando, de ese modo, cumplimiento a cada uno de los objetivos establecidos en la investigación.

## **CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 Presentación, análisis e interpretación de los resultados**

En un primer apartado, se presenta cada una de las tablas descriptivas y figuras correspondientes a los datos sociodemográficos de los integrantes de la muestra investigada. Asimismo, en los siguientes apartados se han utilizado criterios de clasificación para la presentación e interpretación de los resultados descriptivos acerca de las variables de estudio: Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. En el caso de la variable Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, esta se clasifica en las categorías de bueno, regular y deficiente; y en el caso de la variable Aplicación de la Lista, la clasificación para cada una de sus dimensiones (Entrada, Pausa quirúrgica y Salida) y para la escala total es de alta frecuencia, median frecuencia y baja frecuencia.

Posteriormente, en un cuarto apartado, el de la contrastación de hipótesis, se analizaron las variables por su relación, utilizando como prueba estadística paramétrica la correlación lineal de Pearson para la comprobación de las hipótesis formuladas en este estudio. De igual manera, los resultados se presentan y analizan mediante tablas y figuras, con la correspondiente decisión estadística.

### 6.1.1 Resultados descriptivos de los datos sociodemográficos del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico

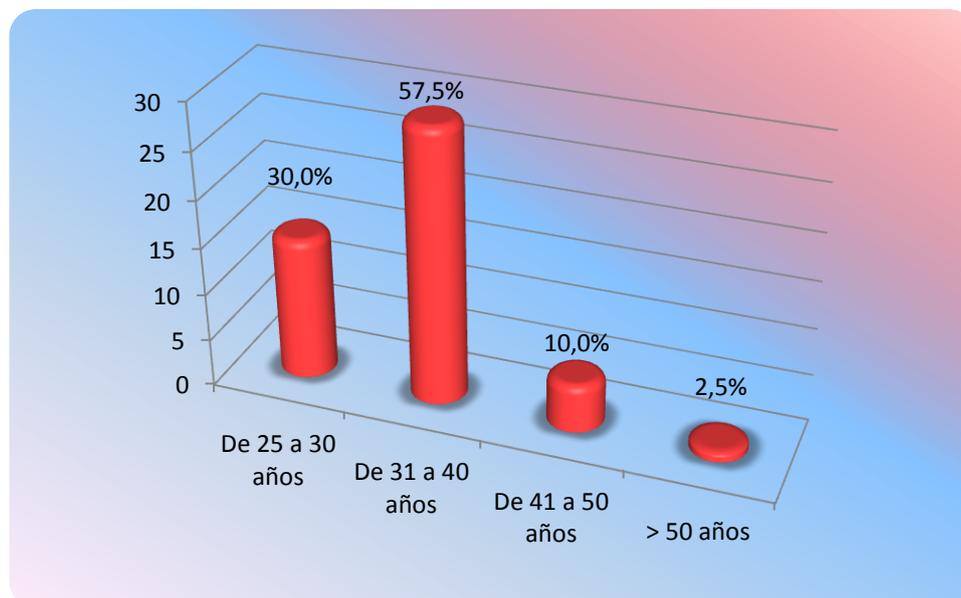
Tabla N° 1

Frecuencias y porcentajes según grupo etario  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 25 a 30 años	12	30,0%	30,0%
De 31 a 40 años	23	57,5%	87,5%
De 41 a 50 años	4	10,0%	97,5%
> 50 años	1	2,5%	100,0%
Total	40	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1



#### Análisis e interpretación de datos

El 57,5% de los integrantes del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico tiene edades entre 31 y 40, mientras que el 30%, entre 25 y 30. Asimismo, se observa que el 10% tiene edades entre 41 y 50 años; y apenas el 2,5% son mayores de 50 años. También se observa un porcentaje acumulado de 87,5% que comprende los grupos etarios de 25 a 30 y de 31 a 40 años.

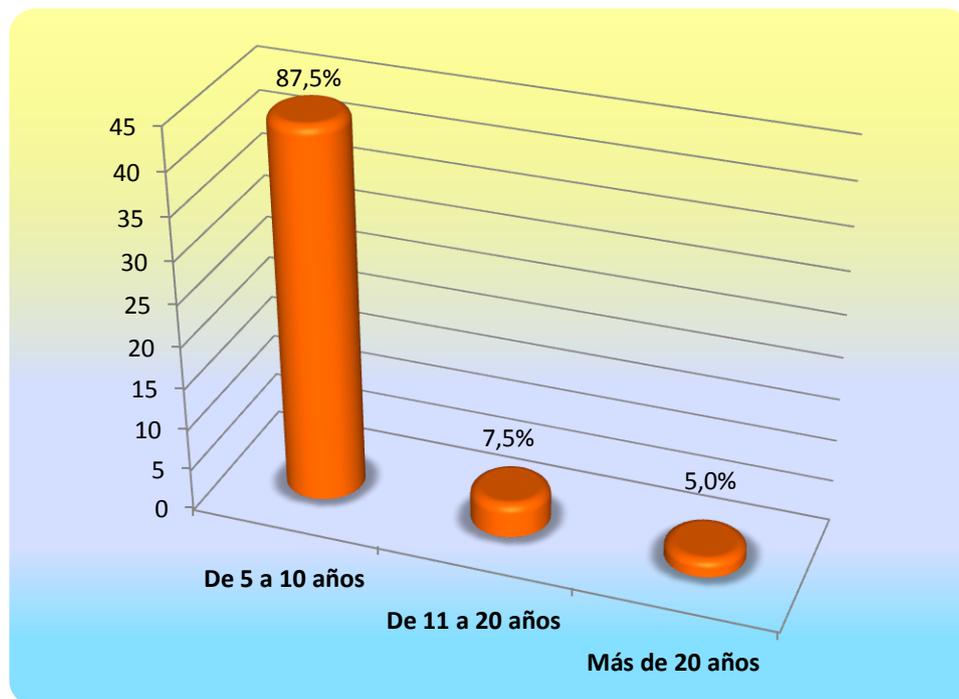
Tabla N° 2

Frecuencias y porcentajes según años de experiencia profesional en el área quirúrgica  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
De 5 a 10 años	35	87,5%
De 11 a 20 años	3	7,5%
Más de 20 años	2	5,0%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2



### Análisis e interpretación de datos

El 87,5% del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico tiene entre 5 y 10 años de experiencia profesional en el área quirúrgica; el 7,5%, se encuentra con 11 a 20 años; y solo el 5%, con más de 20 años.

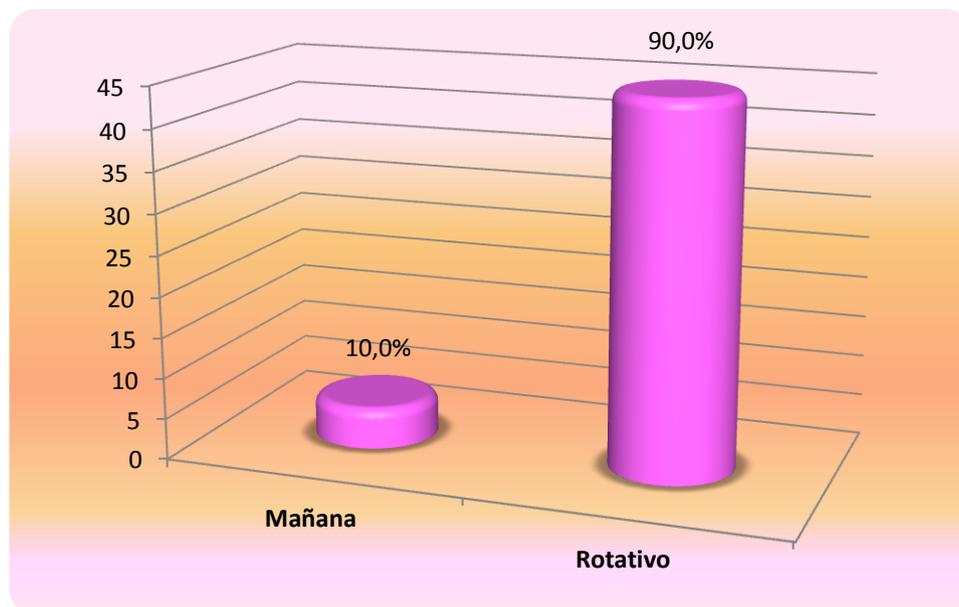
Tabla N° 3

Frecuencias y porcentajes según turno laboral  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	4	10,0%
Rotativo	36	90,0%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3



### Análisis e interpretación de datos

El 10% del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico refiere que labora en el turno mañana, mientras que el 90% señala que trabaja en turno rotativo.

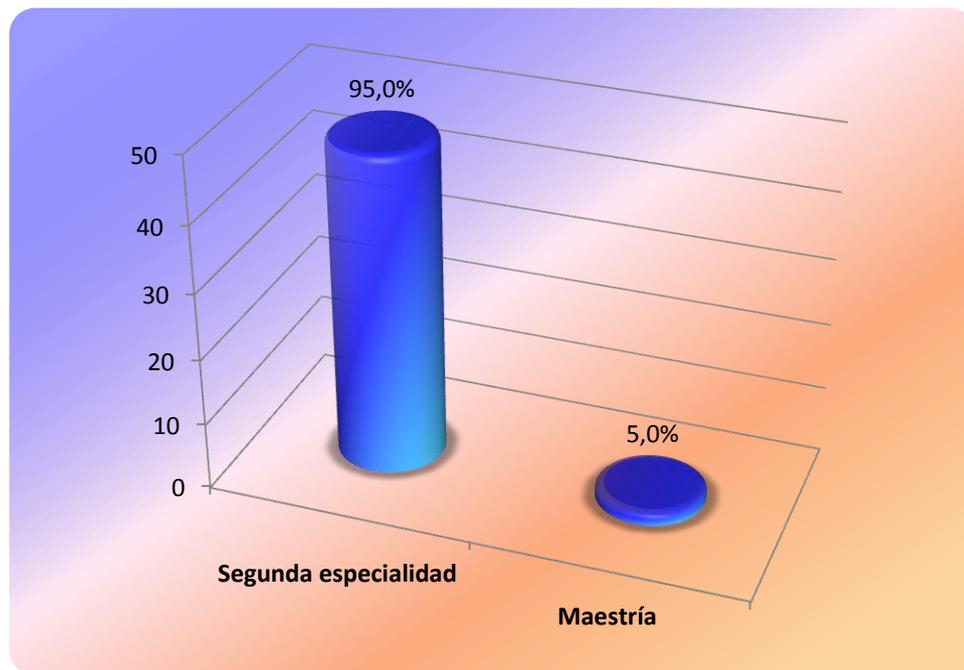
Tabla N° 4

Frecuencias y porcentajes según nivel de estudios universitarios  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Distrito	Frecuencia	Porcentaje
Segunda especialidad	38	95,0%
Maestría	2	5,0%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4



### Análisis e interpretación de datos

El 95% del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico ha cursado segunda especialidad, mientras que el 5% ha seguido estudios de maestría.

## 6.1.2 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

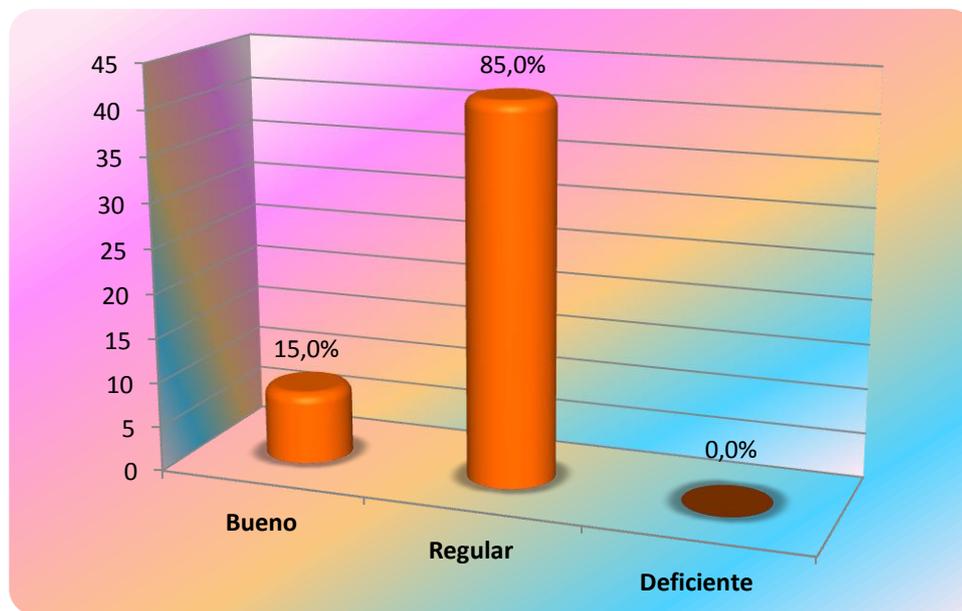
Tabla N° 5

Frecuencias y porcentajes en la variable Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	6	15,0%
Regular	34	85,0%
Deficiente	0	0,0%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5



### Análisis e interpretación de datos

Respecto a la variable Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se aprecia que el 85% de las enfermeras del Centro Quirúrgico se encuentra en un nivel regular, mientras que el 15% se ubica en un buen nivel; sin haber casos con nivel deficiente.

### 6.1.3 Resultados descriptivos de la variable: Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

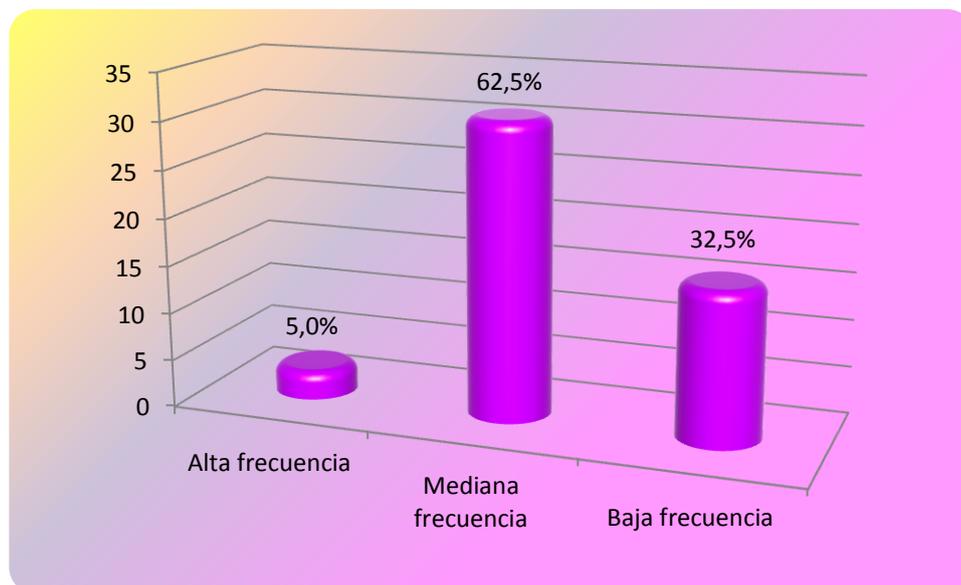
Tabla N° 6

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Entrada  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alta frecuencia	2	5,0%
Mediana frecuencia	25	62,5%
Baja frecuencia	13	32,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 6



#### Análisis e interpretación de datos

En cuanto a la dimensión: **Fase de entrada** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se observa que el 62,5% de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico lo cumple con mediana frecuencia, en tanto que el 32,5% lo hace con baja frecuencia, y solo el 5% lo realiza con alta frecuencia.

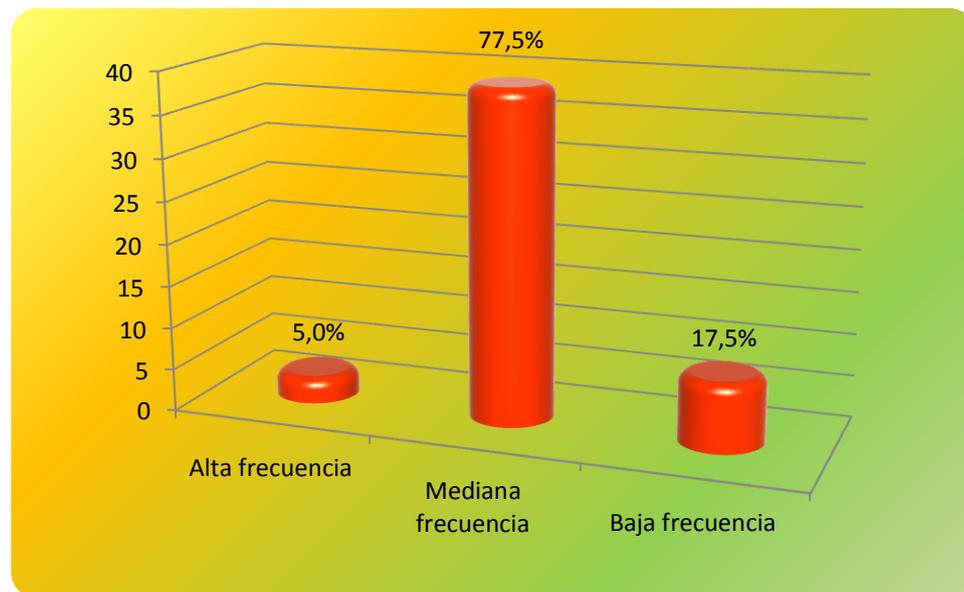
Tabla N° 7

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Pausa quirúrgica  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alta frecuencia	2	5,0%
Mediana frecuencia	31	77,5%
Baja frecuencia	7	17,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 7



### Análisis e interpretación de datos

En lo concerniente a la dimensión: **Fase de pausa quirúrgica** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se puede apreciar que el 77,5% de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico lo cumple con mediana frecuencia, notándose que el 17,5% lo hace con baja frecuencia, y apenas el 5% lo realiza con alta frecuencia.

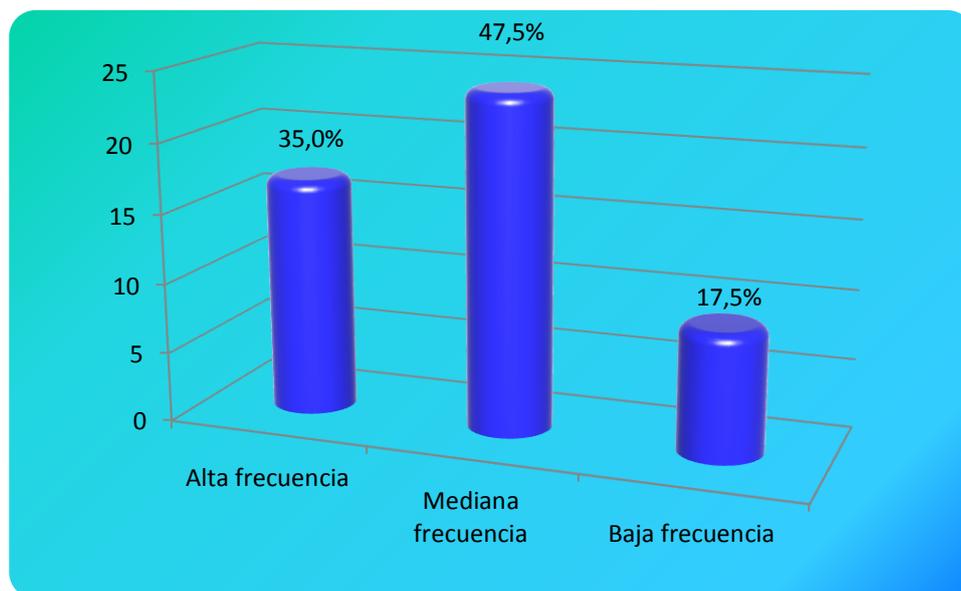
Tabla N° 8

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Salida  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alta frecuencia	14	35,0%
Mediana frecuencia	19	47,5%
Baja frecuencia	7	17,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8



### Análisis e interpretación de datos

En lo que corresponde a la dimensión: **Fase de salida** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se puede observar que el 47,5% de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico lo cumple con mediana frecuencia, registrándose un 17,5% que lo hace con baja frecuencia, y un 35% que lo cumplimenta con alta frecuencia.

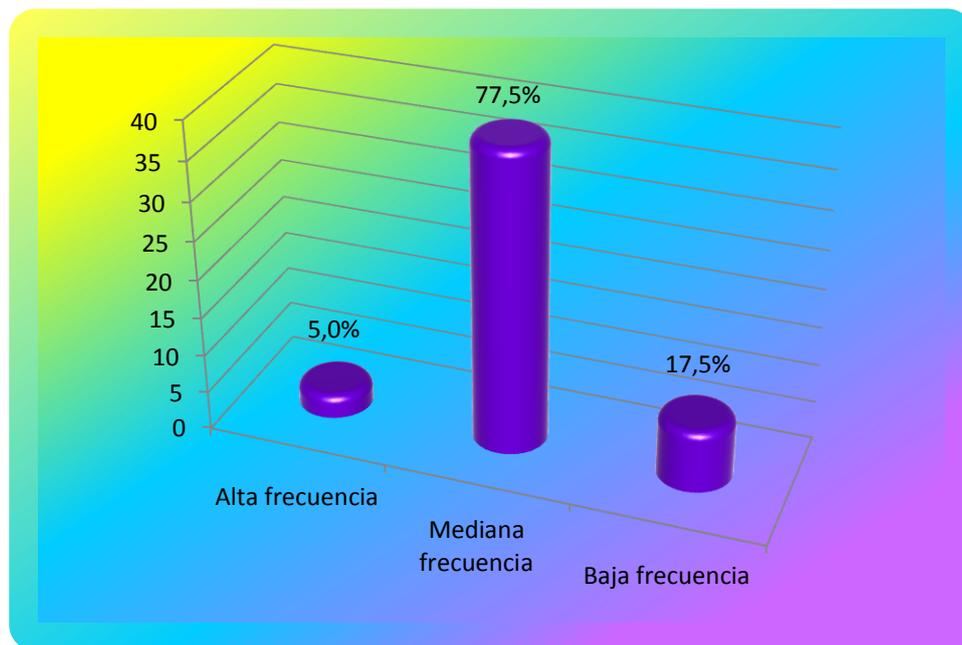
Tabla N° 9

Frecuencias y porcentajes en la variable: Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alta frecuencia	2	5,0%
Mediana frecuencia	31	77,5%
Baja frecuencia	7	17,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 9



### Análisis e interpretación de datos

Con referencia a la escala total de la variable Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se observa que el 77,5% de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico lo cumplimenta con mediana frecuencia, en tanto que el 17,5% lo realiza en baja frecuencia, y solo el 5% lo cumple en alta frecuencia.

#### 6.1.4 Contratación de hipótesis

Se ha utilizado, para la contratación de las hipótesis general y específicas, la correlación lineal de Pearson como prueba estadística paramétrica, que permite determinar la relación entre las variables de estudio Conocimiento del profesional de enfermería sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y Aplicación de la Lista, así como la relación entre la variable Conocimiento del personal sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de las dimensiones de la variable Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

##### Contratación de la hipótesis general

**H<sub>G</sub>:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

Tabla N° 10

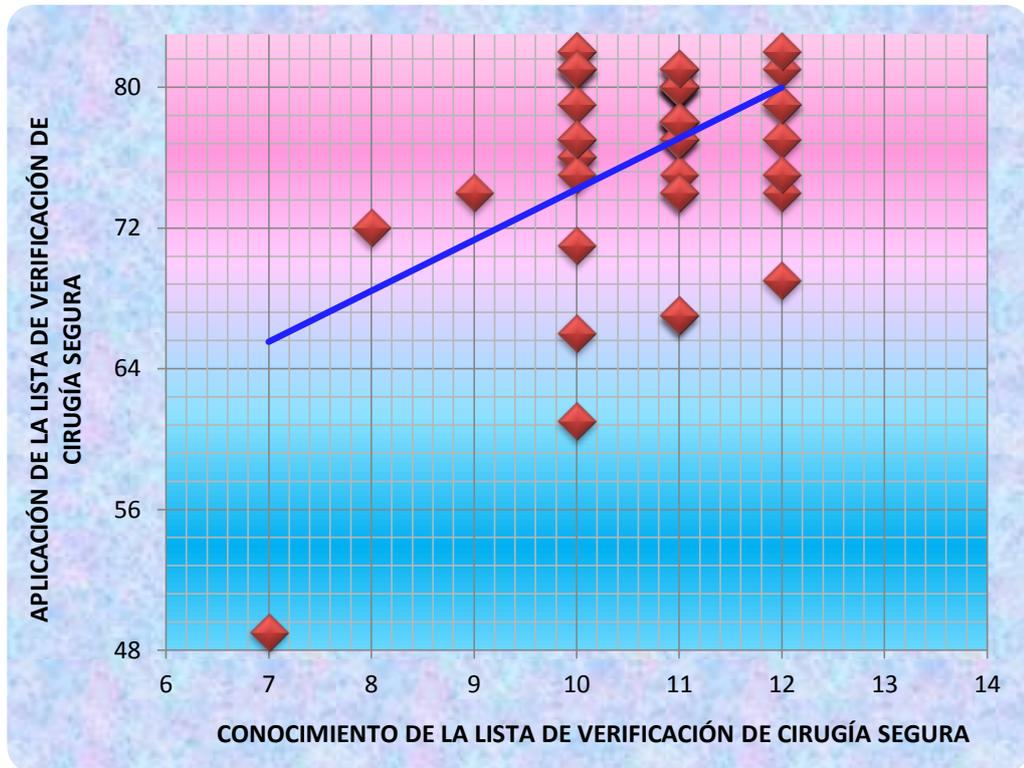
Correlación entre las variables Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

		<i>Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>
<i>Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	Correlación de Pearson	<b>0,468**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	40

\*\* Significativo al nivel de  $p < 0,01$ .

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 10



### Análisis e interpretación de datos

Como se aprecia en la tabla 10, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,468$ ; Sig. = 0,000) entre las variables de estudio Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es un valor significativo al nivel de  $p < 0,01$ , que indica alta significatividad. Este resultado, en consecuencia, es indicador de que el Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se relaciona directamente con la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo; es decir, mientras mayor es la puntuación en el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mayor será la puntuación en la cumplimentación de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de los profesionales de enfermería de la muestra investigada.

**Decisión:** Por lo tanto, según los resultados obtenidos, se decide rechazar la hipótesis nula de la hipótesis general de estudio.

## Contrastación de las hipótesis específicas

**H<sub>1</sub>**: Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>0</sub>**: No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

Tabla N° 11

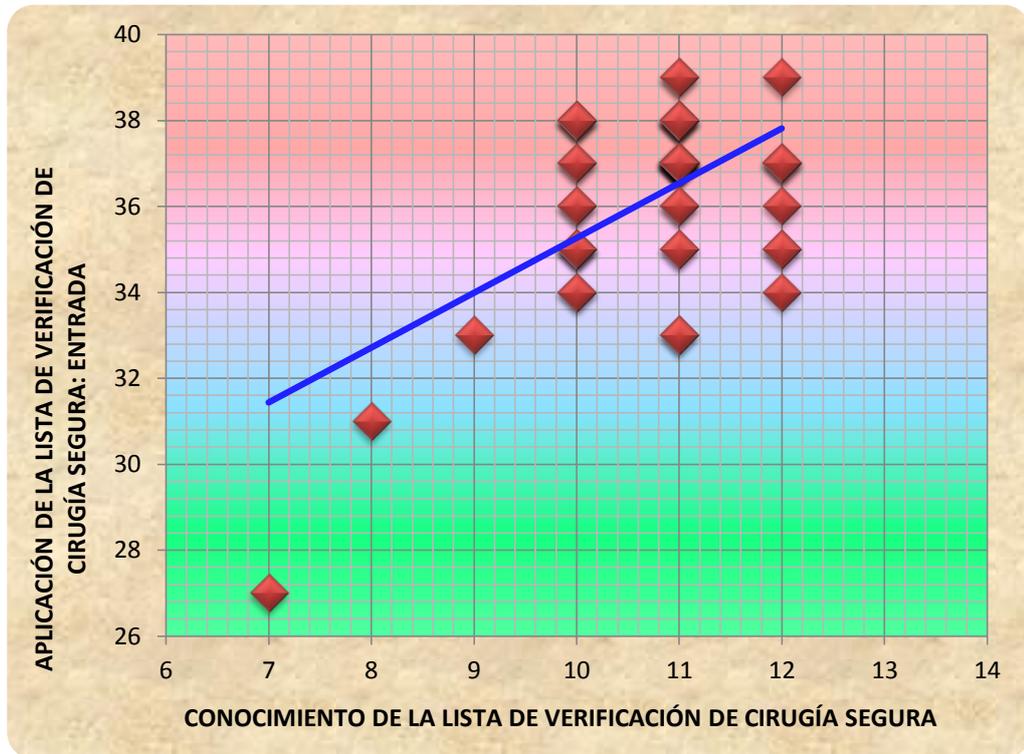
Correlación entre la variable Conocimiento y la dimensión: Fase de Entrada de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

	<i>Fase de Entrada de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	
<i>Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	Correlación de Pearson	<b>0,569**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	40

\*\* Significativo al nivel de  $p < 0,01$ .

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 11



### Análisis e interpretación de datos

Como se observa en la tabla 11, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,569$ ;  $\text{Sig.} = 0,000$ ) entre la variable de estudio Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y la dimensión: Fase de entrada de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es un valor significativo al nivel de  $p < 0,01$ , que indica alta significatividad. Este resultado, por tanto, permite establecer que el Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se relaciona directamente con la dimensión: **Fase de entrada** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo; en otros términos, mientras mayor es la puntuación en el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mayor será la puntuación en la cumplimentación de la Fase de entrada de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de los profesionales de enfermería de la muestra estudiada.

**Decisión:** Por consiguiente, estimando el resultado significativo, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula de la primera hipótesis específica.

**H<sub>2</sub>:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

Tabla N° 12

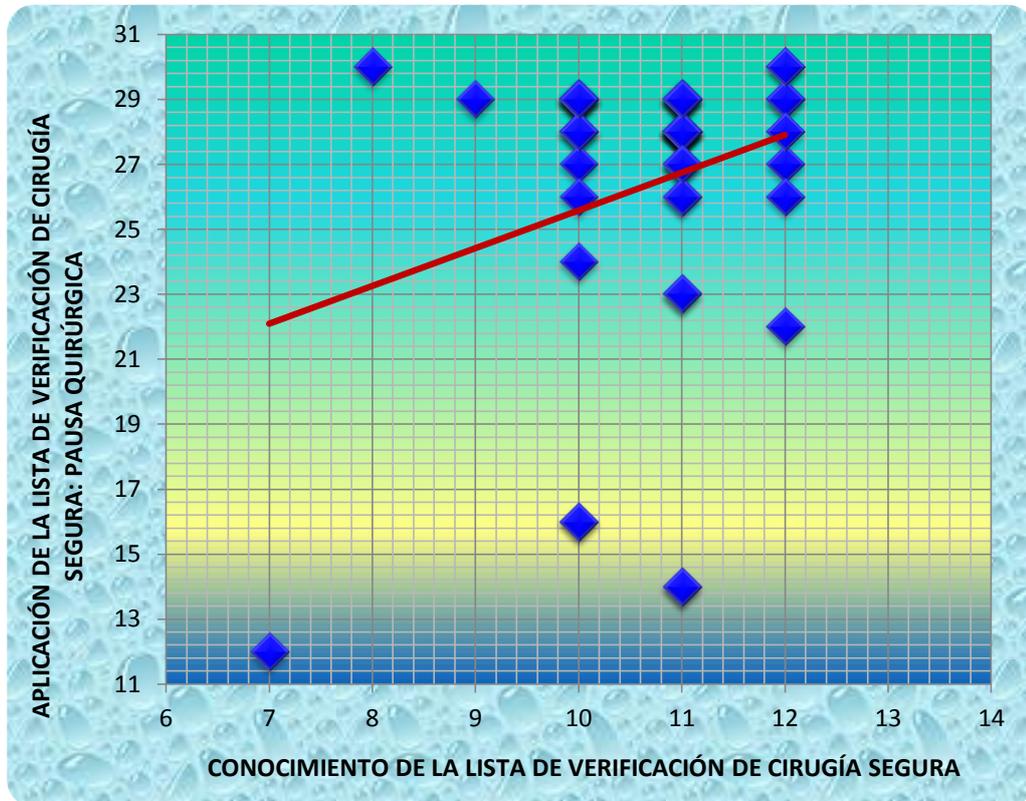
Correlación entre la variable Conocimiento y la dimensión: Fase de Pausa quirúrgica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

		<i>Fase de Pausa quirúrgica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>
<i>Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	Correlación de Pearson	<b>0,256*</b>
	Sig. (unilateral)	0,036
	N	40

\* Significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 12



### Análisis e interpretación de datos

Como se aprecia en la tabla 12, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,256$ ; Sig. = 0,036) entre la variable de estudio Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y la dimensión: Fase de pausa quirúrgica de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es un valor significativo al nivel de  $p < 0,05$ . Este resultado, por consiguiente, permite afirmar que el Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se relaciona directamente con la dimensión: **Fase de pausa quirúrgica** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo; en otras palabras, mientras mayor es la puntuación en el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mayor será la puntuación en la cumplimentación de la Fase de pausa quirúrgica de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de los profesionales de enfermería de la muestra seleccionada.

**Decisión:** En consecuencia, al encontrar resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de la segunda hipótesis específica.

**H<sub>3</sub>:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

Tabla N° 13

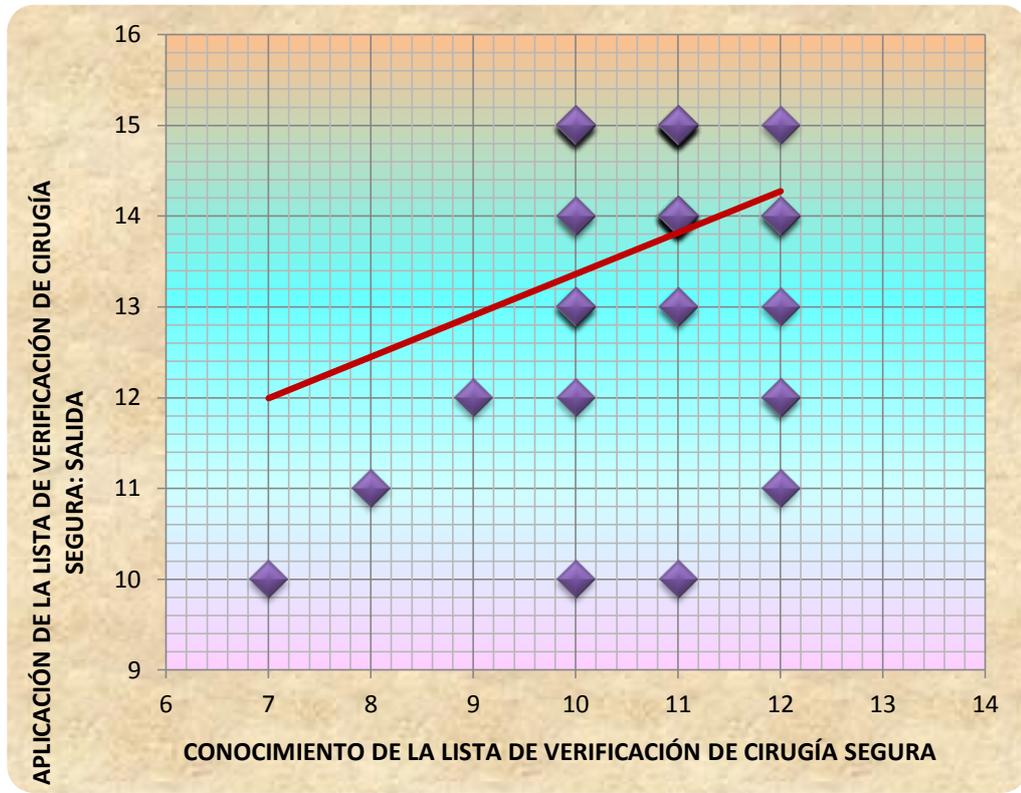
Correlación entre la variable Conocimiento y la dimensión: Fase de Salida de la Lista de Verificación de Cirugía Segura  
Servicio de Centro Quirúrgico  
Clínica Limatambo

	<i>Fase de Salida de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	
<i>Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura</i>	Correlación de Pearson	<b>0,310*</b>
	Sig. (unilateral)	0,014
	N	40

\* Significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 13



### Análisis e interpretación de datos

Como se puede observar en la tabla 13, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,310$ ; Sig. =  $0,014$ ) entre la variable de estudio Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y la dimensión: Fase de salida de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es un valor significativo al nivel de  $p < 0,05$ . Este resultado, en consecuencia, indica que el Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se relaciona directamente con la dimensión: **Fase de salida** de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo; es decir, mientras mayor es la puntuación en el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mayor será la puntuación en la cumplimentación de la Fase de salida de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de los profesionales de enfermería de la muestra investigada.

**Decisión:** Por lo tanto, al encontrar resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de la tercera hipótesis específica.

### **6.1.5 Discusión de resultados**

Los resultados en este estudio se detectaron con la prueba de correlación de Pearson, encontrándose que los valores obtenidos permiten establecer una relación significativa entre las variables de estudio; es decir, el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura se relaciona directamente con la frecuencia de aplicación por parte del profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo. Este hallazgo confirma lo reportado por Moreta (2015), quien encontró que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

En cuanto a la aplicación de la Lista en cada una de las fases que la componen, los resultados indican que el conocimiento sobre la Lista correlaciona directamente con su aplicación en cada una de ellas; es decir, en la fase de Entrada ( $r = 0,569$ ), en la fase de Pausa quirúrgica ( $r = 0,256$ ) y en la fase de Salida ( $r = 0,310$ ).

Como refieren Arribalzaga, Lupica, Delor, y Ferraina (2012), durante la fase de Entrada, se confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Se confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, se revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.

En la Pausa quirúrgica, como señala Izquierdo (2015), cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse los estudios de imagen esenciales.

En la Salida, según indica Izquierdo (2015), todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

En la complejidad de un quirófano en el Centro Quirúrgico, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio inmediato. Por tal razón, de acuerdo con el Manual de Instrucciones de la OMS para el uso de la Lista, se recomienda la designación de una única persona, preferiblemente la enfermera instrumentista II o circulante, para confirmar que se complete cada paso de la Lista y hasta que los miembros del equipo se familiaricen con ella; se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención (Arribalzaga et al., 2012).

## 6.2 Conclusiones

- 1) En términos generales, los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.
- 2) Asimismo, los resultados encontrados indican que existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de entrada**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.
- 3) También se ha encontrado que existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de pausa quirúrgica**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.
- 4) Finalmente, los resultados registrados señalan que existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: **Fase de salida**, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.

### 6.3 Recomendaciones

- 1) En vista de que se encontró en general un nivel predominante de mediana frecuencia en la aplicación de la Lista, se recomienda llevar a cabo estudios con profesionales de enfermería de las otras sedes de la Clínica Limatambo, a fin de unificar resultados que permitan establecer un criterio consensuado en el uso de la estrategia de mejoramiento que reduzca o resuelva las deficiencias en su cumplimentación, empleando las medidas correctivas necesarias mediante el *feedback* orientado a los profesionales enfermeros.
- 2) Fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la fase de Entrada, pues se encontró una baja frecuencia predominante en esta fase, a través de capacitaciones constantes a los profesionales enfermeros, con un seguimiento y periódicas evaluaciones para constatar si los conocimientos han sido asimilados en lo que corresponde a la fase de Entrada.
- 3) Realizar simulacros con los profesionales de enfermería para poder poner en práctica y tratar de homogenizar la forma de llenar la Lista de Verificación de Cirugía Segura; y constatar, de este modo, el mejoramiento de la aplicación de la Lista en la fase de Pausa quirúrgica.
- 4) Para reforzar y mejorar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se debe concientizar a los profesionales de enfermería acerca de la importancia de una adecuada aplicación de la Lista en todas sus fases, incluyendo la de Salida, de manera que asuman su rol con compromiso y responsabilidad, ya que las implicancias de su omisión constituyen una problemática que afecta prácticamente todos los ámbitos de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Calidad Sanitaria. (2009). *Listado de verificación de seguridad quirúrgica para centros hospitalarios*. España. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/manual\\_uso\\_listado\\_CM.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/manual_uso_listado_CM.pdf)
- Amaro, M. C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev. Cubana de Enfermería*, Vol. 20, No. 3, Septiembre-Diciembre. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009)
- Amaya, A. C. et al. (2017). Comportamientos seguros y aceptación de listas de verificación en unidades de ginecobstetricia de tres instituciones de áreas urbanas de Colombia. *Rev. Colomb. Anestesiol.*, 45(1), 22-30. Recuperado de <http://www.revcolanest.com.co/es/comportamientos-seguros-aceptacion-listas-verificacion/articulo/S0120334716301368/>
- Arribalzaga, E., Lupica, L., Delor, S. M., Ferraina, P. A. (2012). Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura. *Rev. Argent. Cirug.*, 102 (1-3), 12-16. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v102n1/v102n1a02.pdf>
- Becerra, K. M. (2014). *Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo-Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. USAT. Chiclayo, Perú. Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL\\_Becerra\\_Eneque\\_KatherinsMilagros.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL_Becerra_Eneque_KatherinsMilagros.pdf)

Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.

De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, Den Outer AJ, Van Andel G, Van Helden SH, et al. (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med*, 363, 1928-37.

Cordovilla, M. J. (2016). *Utilidad del Check List para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica del Hospital IESS Ambato, en el período de agosto del 2015*. Tesis de grado previa a la obtención del Título de Médico Cirujano. UNIANDDES. Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3528/1/TUAMEDO11-2016.pdf>

Departamento de Enfermería HNAAA. (2012). *Archivo de producción de centro quirúrgico*. Chiclayo, Perú.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*, Jan 29, 360(5), 491-9.

Izquierdo, F. P. (2015). *Nivel de cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*. Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. UNMSM. Lima, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5078/1/Izquierdo\\_Baca\\_Fabiola\\_del\\_Pilar\\_2015.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5078/1/Izquierdo_Baca_Fabiola_del_Pilar_2015.pdf)

Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.

Moreta, D. C. (2015). *Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa*. Trabajo de tesis presentado como requisito parcial para optar por el Título de Especialista en Anestesiología y Reanimación. UCE. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

Murray, R. and Zentner, J. (1975). Application of adaptation theory to nursing. In R. Murray and J. Zebntner (Eds.), *Nursing concept for health promotion*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

OMS. (2014). *Lista de Verificación de Cirugía Segura*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/index.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.html)

OMS. (2010). *10 Datos Sobre Seguridad en la Atención Quirúrgica*. España. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/safe\\_surgery/facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.html)

OMS. (2009). *Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía*. Programa “Safe Surgery Saves Lives”. Ginebra.

OMS. (2008). *La Cirugía Segura Salva Vidas*. Ginebra: Suiza. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf)

Pérez, R. M. (2015). *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. UNMSM. Lima, Perú. Recuperado de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez\\_Quispe\\_Rocio\\_Marcely\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez_Quispe_Rocio_Marcely_2015.pdf)

Pina, P. J. (2016). El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. *Esc Anna Nery*, 20(3). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/es\\_1414-8145-ean-20-03-20160079.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/es_1414-8145-ean-20-03-20160079.pdf)

MINSA. (2010). *Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA*. Lima, Perú. Recuperado de [https://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/archivos/otros/ListaVerifSegCirug%C3%ADa\\_3082010.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/ListaVerifSegCirug%C3%ADa_3082010.pdf)

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.

Sánchez, H. y C. Reyes, (2006) *Metodología y diseños de la investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.

Serpa, L. (2013). *Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la Lista de Chequeo En Cirugía Segura en el personal de Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández. 2011*. Tesis para optar al grado académico de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=707795&indexSearch=ID>

SESCAM. (2013). *Manual de Instrucciones para el uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS*. España. Recuperado

de

[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual\\_de\\_uso\\_listado\\_verificacion\\_quirurgica-jun13.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf)

Sierra Bravo, R. (2001). *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

Trejo, E. (2015). *Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad*. Proyecto de investigación. Máster Universitario de Liderazgo y Gestión de Enfermería. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66868/1/66868.pdf>

Weiser TG. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, 372, 139-44.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p><b>H<sub>G</sub>:</b> Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura</p>	<p>Conceptos básicos</p> <p>Seguridad del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Aplicación</li> <li>- Disminución de la morbimortalidad</li> <li>- Contribución y prevención</li> <li>- Disminución de eventos adversos o críticos</li> <li>- Necesidad de implementación</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Aplicada.</p> <p><b>Nivel:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Método:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental de corte transversal.</p> <p><b>Población:</b> Estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo en los diferentes turnos establecidos en dicho establecimiento, ubicado en el distrito de San Isidro.</p>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p>1.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de</p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1.- Identificar la relación que existe entre el conocimiento</p>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación directa entre el conocimiento</p>	<p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.</p>	<p>Fase de Entrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación del paciente sobre su identidad</li> <li>- Verificación de colocación y funcionamiento del pulsioxímetro</li> </ul>	

<p>Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de entrada</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?</p> <p>2.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de pausa quirúrgica</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?</p> <p>3.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento</p>	<p>sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de entrada</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p> <p>2.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de pausa quirúrgica</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p> <p>3.- Establecer la relación que existe entre el</p>	<p>sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de entrada</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p> <p><b>H<sub>2</sub></b>: Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de pausa quirúrgica</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p> <p><b>H<sub>3</sub></b>: Existe relación directa entre el</p>		<p>Fase de Pausa quirúrgica</p> <p>Fase de Salida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Verificación de alergias y riesgos</li> <li>- Verificación de presentación del equipo</li> <li>- Verificación de la identidad del paciente</li> <li>- Verificación de administración de profilaxis</li> <li>- Confirmación de la esterilidad</li> <li>- Verificación de dudas o problemas</li> <li>- Confirmación de visualización de imágenes</li> <li>- Confirmación verbal del nombre del procedimiento</li> <li>- Recuento de instrumentos, gasas, agujas, etc.</li> <li>- Verificación de problemas con el instrumental y equipos</li> <li>- Verificación de aspectos críticos de recuperación y tratamiento del paciente</li> </ul>	<p><b>Muestra:</b> Mediante técnica censal, se trabajó con un grupo de 40 profesionales de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo.</p> <p><b>Instrumentos:</b> 1.- Cuestionario de Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura. 2.- Lista de Cotejo de Evaluación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.</p>
---	--	--	--	---	---	---

<p>sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de salida</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017?</p>	<p>conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de salida</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p>	<p>conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: <b>Fase de salida</b>, por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017.</p>				
---	--	--	--	--	--	--

## ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

**Presentación:** Mi nombre es Roxana Lázaro, y me encuentro realizando un trabajo de investigación sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Le agradecería pueda Ud. brindarme, a través de sus respuestas a esta encuesta, la información que tiene al respecto. Cabe mencionar que esta prueba es de carácter anónimo.

**Instrucciones:** En los datos personales, marque con un check (✓) o aspa (X) lo que corresponda a su condición; y en las preguntas del contenido, elija la opción que crea correcta.

---

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Género:**      Mujer ( )      Hombre ( )

**Años de experiencia profesional en el área quirúrgica:**

- De 5 a 10 años      ( )
- De 11 a 20 años      ( )
- Más de 20 años      ( )

**Turno laboral:**

- Mañana      ( )
- Tarde      ( )
- Noche      ( )
- Rotativo      ( )

**Nivel de estudios universitarios:**

- Diplomado      ( )
- Segunda especialidad      ( )
- Maestría      ( )
- Doctorado      ( )

**1. ¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

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

**2. ¿Cuál es el objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

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

**3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

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

**4. Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, escriba V (Verdadero) o F (Falso).**

- Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.      ( )
- Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.      ( )

- Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro, el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. ( )

**5. Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:**

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

**6. Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta:**

- (a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomo-patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- (b) La rotulación incorrecta de la muestra anatomo-patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
- (c) Las muestras anatomo-patológicas no son parte de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- (d) Las muestras anatomo-patológicas son de interés únicamente del cirujano.

**7. En nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura:**

- (a) Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.
- (b) Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.
- (c) Aumentaría el tiempo quirúrgico.
- (d) Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.

**8. ¿Cree usted que la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

- (a) Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
- (b) Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- (c) Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación son suficientes para disminuir complicaciones.
- (d) Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

**9. ¿Está de acuerdo con la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

- (a) Estoy de acuerdo.
- (b) No estoy de acuerdo.

**10. ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

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

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS RESPUESTAS.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

**Instrucciones:** En las siguientes afirmaciones, marque con un check (√) o aspa (X) la opción elegida de acuerdo a su opinión personal. Le agradecería, responda, por favor, con total sinceridad. La encuesta es de carácter anónimo, y los resultados se utilizarán solo para fines de investigación.

<b>Antes de la Inducción de la Anestesia (ENTRADA)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.- La enfermera confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento.		
2.- Confirma si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona.		
3.- Verifica si el paciente tiene: - Alergias conocidas - Vía aérea difícil / riesgo de aspiración - Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)		
<b>Antes de la Incisión (PAUSA QUIRÚRGICA)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
4.- Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.		
5.- Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.		
6.- Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
7.- Confirma la esterilidad (con resultados de los indicadores).		
8.- Verifica dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.		
9.- Confirma la visualización de imágenes diagnósticas esenciales.		

<b>Antes que el paciente salga del quirófano (SALIDA)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<p>10.- La enfermera confirma verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El nombre del procedimiento.</li> <li>- El recuento de instrumentos, gasas y agujas.</li> <li>- El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).</li> <li>- Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.</li> </ul>		
<p>11.- La enfermera confirma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de este paciente.</li> </ul>		

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS RESPUESTAS.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**