



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LAS
ENFERMERAS PERIOPERATORIAS EN UN HOSPITAL DEL MINSA. MARZO**

2017 – MARZO 2018

TRABAJO ACADEMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO
QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO**

AUTORAS:

Lic. Céspedes Orellana Evelin

Lic. Díaz Romero Diana Carmen

Lic. Tafur Cerna Fiorella Madalena

ASESORA:

Lic. Esp. Martínez Arévalo Liliana Victoria

Lima - Perú

2018

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....3

Justificación.....5

Factibilidad y Viabilidad.....6

CAPITULO II PROPOSITO Y OBJETIVOS

Propósito.....7

Objetivo General.....7

Objetivo Especifico.....7

CAPITULO III MARCO TEORICO

Antecedentes.....8

Base teórica.....10

CAPÍTULO IV MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de estudio.....17

Área de estudio.....17

Población y muestra.....18

Operacionalización de variables.....19

Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....21

Plan de tabulación y análisis.....22

CAPÍTULO V CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS Y ÉTICAS

Consideraciones administrativas.....23

Cronograma de actividades.....24

Presupuesto.....25

Consideraciones éticas.....26

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

Desde hace unos años se ha convertido la seguridad del paciente en un elemento esencial y necesario para prestar atención de salud de calidad. La cirugía es uno de los principales procedimientos a los que se asocia un número importante de eventos adversos y complicaciones. El presente proyecto de investigación titulado conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias en un hospital del Minsa, tiene como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias. El tipo de investigación será de diseño descriptivo y de enfoque cuantitativo, de corte transversal. En el cual se utilizará como técnica la encuesta y tendrá como instrumento el cuestionario y la guía de observación que será realizada en centro quirúrgico del hospital Cayetano Heredia. La muestra estará conformada por 53 enfermeras.

PALABRAS CLAVE: Lista de Chequeo, Enfermera Perioperatoria.

ABSTRACT

For a few years, patient safety has become an essential and necessary element to provide quality health care. Surgery is one of the main procedures to which a significant number of adverse effects and complications are associated. The present research project entitled knowledge and application of the checklist of perioperative nurses in a Minsa hospital, will aim to determine the relationship between knowledge and the application of the checklist of perioperative nurses. The type of research will be of descriptive design and of a quantitative, cross-sectional approach. In which the survey will be used as a technique and will have as an instrument the questionnaire and the observation guide that will be carried out in the surgical center of the Cayetano Heredia Hospital. The sample will consist of 53 nurses.

KEYWORDS: Checklist, perioperative nurse.

INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue creada en el 2004 por la Organización Mundial de la Salud, esta alianza cada dos años formula retos mundiales con la finalidad de mejorar algún área importante de riesgo. Posteriormente, en el 2007 se establece como segundo reto a nivel mundial, la cirugía segura salva vidas que estuvo enfocada en 4 áreas de mejora para la atención quirúrgica como la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, la seguridad de la anestesia, los equipos quirúrgicos seguros y la medición de los servicios quirúrgicos. Así mismo, se definieron 10 objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería cumplir, los cuales se condensan en la Lista OMS de Verificación de la seguridad de la cirugía (LVSC) o lista de chequeo para seguridad en cirugía, como un instrumento que establece prácticas seguras en tres momentos; el primero es previo a la administración de la anestesia, el segundo antes de la incisión de la piel y el tercero antes que el paciente salga del quirófano (1).

Entre las prácticas recomendadas para la prevención de eventos adversos, destaca el uso de la lista de chequeo para seguridad en cirugía, un breve cuestionario que no incrementa el gasto hospitalario, por lo que resulta accesible a todos los hospitales y es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos, permitiendo diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano, o por el contrario obedece a fallas técnicas (2). El objetivo de esta lista de chequeo es reforzar las prácticas de seguridad, fomentar la comunicación y el trabajo entre todos los miembros del equipo quirúrgico (3).

La implantación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía ayuda a mejorar la seguridad del acto quirúrgico en la identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, evitando la cirugía en el lugar erróneo, proporcionando información y consentimiento informado, brindando la profilaxis antibiótica, evitando la pérdida de piezas anatómicas y olvido de cuerpos extraños (3).

El uso de la lista de chequeo para seguridad en cirugía se ha difundido progresivamente por todos los países a nivel mundial y para que se logre una implantación satisfactoria, es

necesario llevar a cabo estrategias de implantación que involucre a todos los profesionales de la salud, de tal manera que no lo vean como una carga o una pérdida de tiempo (2).

A nivel nacional, el MINSA implementó la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía mediante la resolución ministerial N° 308 -2010 con la finalidad de reducir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud (4).

El uso de la lista de chequeo para seguridad en cirugía no puede darse de forma aislada e independiente y se necesita del trabajo multidisciplinar de todo el equipo quirúrgico como enfermeros, cirujanos y anestesiólogos. Debe haber un coordinador de la lista que por lo general será un enfermero circulante, aunque también podría ser cualquier profesional capacitado que participe en la operación (1). En tal sentido, la participación de la enfermera perioperatoria juega un rol muy importante en la provisión de un ambiente seguro para los pacientes, en el que no sufran daños ni eventos adversos para su salud y de esta manera se logre satisfacer sus necesidades (3).

Por lo descrito anteriormente, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias en el hospital Cayetano Heredia de Lima, Marzo 2017- Marzo 2018.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 . Formulación del problema

Las intervenciones quirúrgicas representan un componente indispensable de la asistencia sanitaria, cuyo crecimiento está relacionado al incremento de los traumatismos, enfermedades oncológicas y cardiovasculares, entre otras (5). El propósito de la cirugía es beneficiar a los pacientes, sin embargo posee un riesgo inevitable para la aparición de eventos adversos, que como consecuencia de la intervención en salud ocasiona un perjuicio no intencionado (6).

En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que los daños por eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas fueron el 40% de los problemas en salud pública, además se calcula que de los 234 millones de cirugías que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen complicaciones incapacitantes en un 70% y 1 millón terminan en muertes (1).

La falta de seguridad en la cirugía es un problema mundial de salud pública. Los procedimientos quirúrgicos incorrectos comprenden el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada son poco frecuentes, pero no inexistentes y que además se consideran accidentes evitables, que por lo general se generan por una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Dentro de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y de una preparación del personal de salud sobre la forma de enfrentar las diversas situaciones de la verificación preoperatoria (7).

Dado los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de daños irreversibles o defunciones de origen quirúrgico en todo el mundo, se crearon estándares universales para proteger al paciente quirúrgico, dando como resultado una Lista OMS de Verificación de la seguridad de la cirugía o lista de chequeo para seguridad de la cirugía, la cual es una herramienta breve, simple y económica, que

proporciona un entorno seguro al paciente quirúrgico con el objetivo de disminuir los eventos adversos evitables (1).

La OMS en el año 2009 realizó un estudio observacional piloto de la lista de verificación de cirugía segura en ocho hospitales del mundo, situados en Ifakara (Tanzanía), Manila (Filipinas), Nueva Delhi (India), Ammán (Jordania), Seattle (Estados Unidos de América), Toronto (Canadá), Londres (Reino Unido) y Auckland (Nueva Zelanda). Como resultado, la tasa de complicaciones se disminuyó notablemente de un 11% a un 7% y la tasa de mortalidad presentó una reducción del 1.5% al 0.8%, demostrando la disminución de hasta un tercio el número de muertes y complicaciones asociados a la intervención quirúrgica, lo que demuestra la efectividad de la lista (1).

Según Astudillo Campoverde JS, Espinosa Muñoz KX. En su investigación de Verificación de la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el hospital Moreno Vásquez en Ecuador, 2014. Destaca como resultado que del total del personal que labora en dicho hospital, el 85.19% tiene un conocimiento bajo y el 14.81% del personal restante un nivel medio. Esto demuestra que aún existe desconocimiento significativo del personal quirúrgico sobre la lista de chequeo para seguridad en cirugía, a pesar que ya fue implantado hace varios años, lo que podría ocasionar perjuicios en la atención del paciente (8).

El éxito en la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía depende de la participación de todo el equipo quirúrgico como cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería. Sin embargo, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. La elección de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la lista de chequeo para seguridad en cirugía puede asegurar que no se omita ninguna medida de seguridad por el apuro de pasar a la siguiente fase de la operación (2). Este coordinador de la lista, por lo general es una enfermera circulante, la cual debe estar capacitada ampliamente para poder realizar su correcta aplicación.

El Hospital Cayetano Heredia mediante la resolución directoral 578, muestra la última evaluación realizada por el equipo de la oficina de gestión de calidad en el mes de

marzo del 2016, la cual dio como resultado que el cumplimiento de la primera fase I o entrada fue de 91%, el cumplimiento de la segunda fase II o pausa fue de 96% y el cumplimiento de la tercera fase III o salida fue de 90%. El proceso de cumplimiento de la aplicación de la lista resulta en un estándar esperado (9), sin embargo no es el estándar óptimo. Es necesario el desarrollo del 100% de las actividades establecidas para brindar un ambiente seguro al paciente quirúrgico. Así mismo durante la práctica clínica se observa que existen factores para el incumplimiento de la lista de chequeo, se desconoce el nivel de conocimiento que tienen los miembros del equipo quirúrgico ya que no se evidencia estudios en dicho hospital. Por ello surge la necesidad de conocer la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía de las enfermeras perioperatorias, a fin de promover la seguridad del paciente durante la cirugía y reducir los eventos adversos.

Formulación del problema

Por lo mencionado anteriormente se establece la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias del Hospital Cayetano Heredia en Lima, Marzo 2017- Marzo 2018?

1.2 . Justificación

Esta investigación se considera relevante porque fomenta la realización de investigaciones en el grupo profesional de enfermería para la creación de nuevos conocimientos y aportes significativos a los ya existentes enfocados en el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía. Por lo que la omisión de esta lista de chequeo en centro quirúrgico conlleva a muchos riesgos en la seguridad del paciente y a la aparición de eventos adversos prevenibles.

Las investigadoras creemos oportuna la realización de esta investigación debido a que en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia de Lima se implantó la lista de chequeo desde el 2016 (9) como una herramienta sencilla y económica, sin embargo aún se han observado falencias en la aplicación según la guía establecida por la OMS.

El presente proyecto resulta útil porque los resultados beneficiarán a todos los pacientes quirúrgicos, evitando muchas complicaciones e incluso la muerte innecesaria. Además beneficiará a todos los miembros del servicio de sala de operaciones del hospital porque fomentará el conocimiento y la correcta aplicación de la lista de chequeo que favorecerá la seguridad del acto quirúrgico y ayuda al empoderamiento de la enfermera.

1.3. Factibilidad y Viabilidad

El estudio es factible porque se contará con la autorización de la Dirección General del hospital, jefatura del departamento de enfermería, jefatura médica, de anestesiología y de enfermeras de centro quirúrgico para la ejecución de la investigación. Además, se espera contar con la aceptación del consentimiento informado y la participación de la totalidad del personal de enfermería en la recolección de la información requerida. Así mismo, la presente investigación es viable porque cuenta con los recursos económicos y materiales necesarios, que será subsidiada por las investigadoras.

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

2.1. Propósito

Garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, la prevención y disminución de eventos adversos; mediante el empoderamiento y el liderazgo de la enfermera basado en el conocimiento científico y técnico para la aplicación de lista de chequeo para seguridad en cirugía; siendo la enfermera el ente principal en la ejecución de la misma y así lograr una atención de calidad. La disciplina enfermera debe desarrollarse con el conocimiento generado a través de la investigación, dando poder en la toma de decisiones sobre el cuidado de la persona, la autonomía y el ejercicio interdependiente de la profesión dentro del equipo de salud de manera multidisciplinaria.

2.2. Objetivo General:

Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias del Hospital Cayetano Heredia en Lima, Marzo 2017- Marzo 2018.

2.3. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatoria del Hospital Cayetano Heredia en Lima, Marzo 2017- Marzo 2018
- Identificar la aplicación de la lista de chequeo durante las tres etapas de aplicación por las enfermeras perioperatoria del Hospital Cayetano Heredia en Lima, Marzo 2017- Marzo 2018.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes

Felix M. Vicente M. De la Cruz C. (2016) Realizaron un estudio titulado conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirurgico en una institución pediátrica del sur este de México. Tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirurgico. El diseño del estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de 78 profesionales de salud. Los instrumentos fueron el cuestionario de conocimiento de seguridad del paciente quirúrgico y cuestionario de cumplimiento de seguridad quirúrgica. Concluyeron que las evaluaciones de las tres etapas de la verificación de la seguridad quirúrgica en el paciente pediátrico permitieron identificar las áreas de oportunidades para mejorar su implementación, disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico. (10).

Astudillo J y Espinoza K. (2015). Realizaron un estudio titulado Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el hospital de Ecuador. Tuvo como objetivo verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS. El diseño del estudio fue descriptivo, con una población de 452 pacientes, el instrumento fue el cuestionario elaborado con base de datos de la OMS. Concluyeron que el manual de cirugía segura es fácil de aplicar, permite detectar los errores para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos por lo que recomiendan su utilización (8).

Moreta D. (2015). Realizó una investigación titulada Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura establecida por la OMS en un Hospital de Ecuador. Su objetivo fue determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura establecida por la OMS. El diseño del estudio fue descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos. La técnica fue la encuesta directa a 61 profesionales. Este estudio encontró que el grado de conocimiento sobre la aplicación

de la lista es menor de lo esperado. La falta de conocimiento sobre su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico son errores que llevan al incumplimiento de la norma (11).

Lázaro R. (2017) Realizo una investigación titulada conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica lima tambo. Tuvo como 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 El estudio fue descriptivo, de cohorte transversal, los datos se obtuvieron mediante una encuesta y la observación en 40 enfermeras de centro quirúrgico. Concluyeron que existe relación directa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación por el profesional de enfermería de centro quirúrgico (12).

Izquierdo F. (2016). Realizo la investigación titulada nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. El objetivo fue 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. El estudio fue cuantitativo, descriptivo de cohorte transversal. Los datos se obtuvieron mediante la lista de chequeo para cirugía segura de dicho hospital en 57 historias clínicas, así mismo se utilizó una guía de observación para el personal de centro quirúrgico. Concluyeron que el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo no cumple la lista de verificación de cirugía segura. (13)

Serpa L. (2013). Realizó un estudio de investigación titulado Nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del centro quirúrgico en un hospital del Perú. El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la seguridad del paciente y el grado de cumplimiento de la Lista de chequeo en cirugía segura. El estudio fue descriptivo y correlacional. Utilizaron como instrumento el cuestionario y

la guía de observación elaborada. Sus conclusiones fueron que el nivel de conocimiento en la mayoría es de moderado a alta, el grado de cumplimiento de la lista de chequeo fue medianamente favorable y que no existe correlación entre el nivel de conocimiento y el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en los tres grupos ocupacionales (14).

Inoñan S y Figueroa W. (2015). Realizaron una investigación titulada Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la lista de verificación de cirugía segura en Hospital del Perú. Tuvo como objetivo describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Es de enfoque cualitativo, la técnica fue la entrevista semi-estructurada. La muestra fueron 11 enfermeras quirúrgicas. Concluyeron que las limitaciones para la correcta aplicación de la Lista fueron la falta de concientización, compromiso, responsabilidad e interés (15).

Pérez R. (2015). Realizo una investigación titulada Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular en el instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud - Perú. Tuvo como objetivo determinar la percepción del equipo quirúrgico en la aplicación y utilidad de la lista de verificación. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de cohorte transversal. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue una escala modificada tipo Likert. La población estuvo conformada por 41 profesionales de la salud. Las conclusiones fueron que en relación a la utilidad de la LVSC mostró dos tendencias marcadas y que casi la mitad de la población no considera un instrumento útil a la LVSC (16).

3.2. Base teórica

CONOCIMIENTO

Es la suma de información almacenada, de hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto (17). Tiene

dos principales vertientes: el científico y el ordinario, de las cuales se desprenden otras clasificaciones.

La disciplina profesional de enfermería posee un conocimiento propio que respalda la práctica enfermera. Este conocimiento científico desarrolla habilidades y destrezas con lo que fundamenta su saber y le permite facilitar la implementación de los procesos de enfermería que respalda el cuidado enfermero (18).

Conocimiento de la lista de chequeo para seguridad en cirugía.

La enfermera perioperatoria aplica la lista de chequeo para seguridad en cirugía haciendo uso de su conocimiento científico, asegurando una óptima atención de calidad, perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

La OMS determina 10 objetivos esenciales ideales que todo equipo quirúrgico deberá realizar, el primero se enfoca en el paciente y sitio anatómico correcto, el segundo enfatiza los métodos para prevenir los daños de la anestesia, el tercero basado en la prevención de la pérdida de la función respiratoria, el cuarto hace referencia a la correcta actuación frente a una hemorragia considerable, el quinto evita las reacciones alérgicas o adversas a fármacos, el sexto establece métodos para disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica, el séptimo evita accidentes relacionados al uso de gasas e instrumental, el octavo garantiza el correcto manejo de las muestras quirúrgicas, el noveno fundamentado en la comunicación eficaz y el décimo implanta una vigilancia sistemática de la capacidad, volumen y resultados quirúrgicos. Estos objetivos originaron una lista de chequeo para seguridad en cirugía creada en el año 2008 y basada en tres principios, como la simplicidad para hacer fácil su aplicación, la amplitud para comprender todos los entornos y la mensurabilidad para lograr la medición del impacto. Además, está constituida en una página y ayuda a los profesionales de la salud a cumplir las normas de seguridad.

El manual de la OMS determina que el equipo quirúrgico está conformado por el cirujano, el anestesiólogo, el personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el acto quirúrgico. Además, establece a una única persona responsable de aplicar y rellenar la lista de chequeo para seguridad en cirugía durante

la cirugía, que habitualmente suele ser un enfermero circulante, sin embargo, puede ser cualquier profesional de la salud.

En el Perú, mediante la resolución ministerial No308-010\MINSA, en abril del 2010 se aprueba la lista de chequeo para seguridad en cirugía para ser implementada en todos los establecimientos de salud. El primer objetivo del Ministerio de salud del Perú es estandarizar el proceso de implementación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía, con el fin de disminuir eventos adversos relacionados a la atención de los pacientes en el perioperatorio (4).

En el hospital Cayetano Heredia, mediante la resolución directoral 578 en el 2016, se implanto la lista de verificación de seguridad de la cirugía; con la finalidad de cumplir estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes implementada para todas las cirugías programadas y de emergencia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

La Organización Mundial de la Salud establece que la seguridad del paciente es la ausencia de un daño no intencionado real o potencial relacionado a la atención en salud, además es el conjunto de elementos estructurales o procesos basadas en evidencias científicamente comprobadas que pretenden disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud (19).

La implementación de políticas de seguridad del paciente en una entidad de salud se logra una atención más segura y se protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o minimizar. En octubre del 2004 la OMS creo la alianza mundial para la seguridad del paciente, la cual incentiva la sensibilización y el compromiso político para optimizar la seguridad de la atención, teniendo como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad de origen quirúrgico en todo el mundo, producto de las actividades inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas que pueden ser evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha evidenciado

que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países (1).

La alianza mundial tiene como estrategia formular retos mundiales cada 2 años y para el 2008 se establece el segundo reto mundial enfocado en la seguridad de las prácticas quirúrgicas, denominado cirugía segura salva vidas. Por lo cual se reunieron y trabajaron expertos internacionales estableciendo 4 áreas o grupos de trabajo de mejora como la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica por falta de una sistematización adecuada, la seguridad de la anestesia para reducir sus frecuentes complicaciones, seguridad de los equipos quirúrgicos en función a la aptitud clínica de sus miembros y medición de los servicios quirúrgicos a través de una vigilancia sistemática de evaluación y medición. (1)

Las intervenciones quirúrgicas seguras son acciones que demuestran la capacidad de prevenir o disminuir el daño al paciente derivado de la atención en salud (20).

APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO

La aplicación hace referencia a la acción y el efecto de aplicar. Dedicarse a un estudio o actividad, poner una cosa sobre otra o en contacto con ella para conseguir un fin determinado.

El equipo quirúrgico debe familiarizarse con los pasos de la lista de chequeo para seguridad en cirugía e integrarlo a sus actividades laborales diarias, anunciando en voz alta la ejecución de cada uno de los pasos con la máxima efectividad para minimizar los riesgos.

La lista de chequeo para seguridad en cirugía se divide en tres fases (1):

- Antes de la Inducción de la Anestesia.

En la entrada se necesita como mínimo la presencia del anesthesiólogo y el personal de enfermería. Los registros en este periodo son los siguientes:

Confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento; el coordinador confirmara verbalmente con el paciente su identidad, tipo de intervención programada y la localización de la cirugía; este paso es de suma importancia para evitar el paciente equivocado, localización incorrecta y procedimiento erróneo. Cuando no se pueda realizar la confirmación por parte del paciente, un tutor, responsable o miembro de la familia puede asumir este rol. Obtención del consentimiento informado, el paciente o su representante debe haber confirmado su consentimiento para la cirugía y la anestesia. Demarcación del sitio quirúrgico, fundamentalmente en el caso que implique lateralidad o múltiples estructuras; en caso contrario no procede. Chequeo de seguridad anestésica; se preguntará al anesthesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad, incluyendo la inspección de los equipos, instrumental y medicación según sea el caso. Colocación y funcionamiento del pulsoxímetro; el coordinador confirmará que el paciente tiene colocado y que funciona correctamente; se recomienda que este equipo cuente con un sistema de alarma. Alergias conocidas del paciente; el coordinador preguntará al anesthesiólogo si el paciente tiene o no alergias conocidas y cuáles son, esto ha de hacerse aun si se conoce la respuesta. Dificultad de la vía aérea; el coordinador confirmará verbalmente con el anesthesiólogo que ha valorado la dificultad de la vía aérea utilizando un método validado. Riesgo de hemorragia mayor a 500 ml. Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml de sangre durante la cirugía, para la preparación frente a un evento crítico. Con este último ítem se completa la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

- Antes de la Incisión de la piel.

En la pausa quirúrgica se verifican los siguientes ítems: Confirmación verbal de todos los miembros del equipo por nombre y función, tanto el anesthesiólogo, el cirujano y la enfermera. Así mismo se debe confirmar la identidad del paciente, el sitio y el procedimiento quirúrgico. Previsión de eventos críticos; el coordinador guiara al equipo a la identificación de los peligros críticos de la intervención ello se realiza preguntando en voz alta a cada miembro. La

enfermera instrumentista deberá confirmar verbalmente la esterilización satisfactoria del instrumental, además menciona cualquier inconveniente frente al equipamiento o preparativo para la cirugía. Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos; el coordinador preguntará en voz alta si se ha administrado la profilaxis antibiótica en el tiempo establecido. Visualización de las imágenes esenciales para la cirugía; el coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes según sea el caso. Llegados a este punto la pausa quirúrgica se ha completado y el equipo puede proceder con la intervención.

- Antes de la salida del paciente.

En la salida se verifica lo siguiente: El cirujano repasa con todo el equipo el procedimiento realizado, los eventos intraoperatorios y el plan previsto en la recuperación del paciente. El anestesiólogo verifica con todo el equipo algún evento intraoperatorio relacionado con la anestesia y brindará alguna recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria. El enfermero confirma verbalmente con el equipo el recuento final de gasas e instrumental, identificación de muestras biológicas obtenidas y algún suceso intraoperatorio importante. Este paso final completa el listado de verificación de cirugía segura, teniendo en cuenta el registro de la fecha y firma adjuntada a la historia clínica.

ENFERMERA PERIOPERATORIA (21)

Comprende la asistencia total del paciente quirúrgico antes, durante y después de la cirugía. Además, la enfermera perioperatoria es la responsable del desarrollo y la aplicación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente. Sus actividades abarcan en todas las fases del proceso quirúrgico:

En el preoperatorio, la enfermera reconoce las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. Luego, realiza acciones guiadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

En el intraoperatorio se realizan todas las actividades enfocadas en el acto quirúrgico, con la finalidad de cubrir las necesidades del paciente y procurando su bienestar durante todo el proceso. En esta fase la enfermera realiza sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se traslada al paciente a la sala de recuperación.

En el postoperatorio, las enfermeras se aseguran de que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se realicen correctamente hasta finalizar la vigilancia del paciente quirúrgico.

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de estudio

Por su naturaleza la investigación es cuantitativa, puesto que los objetivos serán abordados mediante análisis estadístico, ello consiste en conocer mediante encuesta una muestra representativa del grupo objeto; este estudio buscará una medición del campo estudiado, proporcionando una visión general y completa del nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía en enfermeras perioperatorias. Por las características de la investigación el diseño es descriptivo - correlacional, porque busca determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo. Además es de cohorte transversal, ya que la recolección de datos se realizarán en un solo corte, una sola vez en el tiempo; y prospectivo porque los datos se recolectarán a futuro.

4.2. Área de estudio

El estudio se realizará en el hospital Cayetano Heredia que está ubicado en la Av. Honorio delgado 262 en San Martín de Porres. El hospital está constituido por 3 áreas: centro quirúrgico central que constan de 6 salas y están ubicadas en la primera planta, centro de traumatología y ortopedia (CETO) que consta de 2 salas ubicadas en el segundo nivel en el área de traumatología y centro obstétrico conformada por 01 sala ubicada en el segundo nivel.

4.3. Población y muestra

Se considerará una población finita de 53 enfermeras, divididas en tres áreas de cirugía, que corresponden a 04 enfermeras en centro obstétrico, 08 enfermeras en centro de traumatología y ortopedia (CETO) y 41 enfermeras en centro quirúrgico central.

4.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Enfermeras con experiencia mínima de 6 meses.
- Enfermeras que deseen participar en el estudio de investigación.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Enfermeras de centro quirúrgico que no desean participar.
- Enfermeras del centro quirúrgico que abandonan el estudio.
- Enfermeras que estén realizando una pasantía.
- Enfermeras de reten o de apoyo en el servicio.

4.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
<p>Conocimiento de la lista de chequeo para la seguridad en cirugía.</p>	<p>Información adquirida sobre la lista de chequeo para la seguridad en cirugía, es el proceso dinámico del aprendizaje.</p>	<p>Aspectos generales</p> <p>Seguridad del Paciente quirúrgico.</p>	<p>Criterios necesarios sobre la lista de chequeo</p> <p>Ausencia de un daño innecesario real o potencial relacionado a la atención quirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creación - Objetivos - Principios - Lugar de aplicación - Implantación - Responsable de la ejecución - Intervenciones quirúrgicas seguras

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Aplicación de la lista de chequeo	Ejecución de las pautas de la lista de chequeo para seguridad en cirugía en sus tres fases	<p>Primera fase</p> <p>Segunda fase</p> <p>Tercera fase</p>	<p>Antes de la inducción de la anestesia o entrada del paciente al quirófano.</p> <p>Antes de la incisión quirúrgica o llamada pausa quirúrgica.</p> <p>Antes de la salida del paciente del quirófano, se completan todos los controles de seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento. - Marcación del sitio quirúrgico. Si procede. - Comprobación de aparatos de anestesia. - Colocación y funcionamiento del pulsioxímetro. - Confirmación de riesgos del paciente. - Confirmación de los miembros del equipo - Confirmar identidad del paciente y procedimiento. - Administración de profilaxis antibiótica. - Previsión de eventos críticos. - Visualización de imágenes. - Confirmación del procedimiento - Conteo de gases e instrumentos. - Etiquetado de muestras - Aspectos críticos de tratamiento y recuperación del paciente.

4.5. Procedimientos y técnicas de recolección de datos

En la reunión mensual que se realizará cada fin de mes, se aplicará el cuestionario establecido para toda la población de estudio, resguardando el anonimato y la confidencialidad de los participantes. El cuestionario permitirá determinar el conocimiento sobre los aspectos generales necesarios sobre la lista de chequeo y seguridad del paciente quirúrgico. De acuerdo al número de aciertos se calificará si conoce o no conoce. Y el conocimiento será medido por la escala de estatinos. Posteriormente se realizará la guía de observación, dos veces por semana, los días martes y jueves de 8am a 8 pm, siendo estos días los de mayor demanda de cirugías por el periodo de un mes. Los ítems a evaluar tienen como modalidad de respuesta, cumple o no cumple, además contiene una casilla donde se especificara el ítem que no procede. La aplicación será medida por la escala de likert. Las investigadoras son las únicas responsables de la recolección de datos.

Técnica de recolección de datos

La técnica a utilizar será la encuesta y como instrumentos se utilizará el cuestionario para evaluar los conocimientos, constituido por 20 preguntas las cuales serán divididas de la siguiente manera: del 1 al 8 preguntas de aspectos generales y del 9 al 20 son preguntas de la seguridad del paciente; cada pregunta correcta tomara un valor de 1 y por cada pregunta incorrecta 0; del total del puntaje obtenido, la nota aprobatoria será 13.

Para medir la aplicación se utilizará una guía de observación que consta de 22 ítems, dividido de la siguiente manera; del 1 al 8 la fase preoperatoria, del 9 al 15 corresponde la fase intraoperatorio y del 19 al 21 son de la fase posoperatoria; se verificará si la enfermera realiza o no la conducta observada o no procede, la realización del 100% de actividades se considerara nota aprobatoria.

La validez de los instrumentos serán evaluados mediante juicio de expertos. Diez profesionales expertos en el área evaluarán los instrumentos según el formato de validación de la universidad (validez de contenido, constructo y criterio). Los resultados de la evaluación de los expertos serán evaluados mediante la prueba

binomial. Un valor de significancia estadística inferior a 0.05 ($p < 0.05$) será evidencia de validez de los instrumentos.

La confiabilidad de los instrumentos será evaluada mediante una muestra piloto de 15 enfermeras y se utilizará la prueba estadística, Kuder Richardson (variables dicotómicas). Un valor de dicho estadístico superior o igual a 0.7 será evidencia de confiabilidad de los instrumentos.

4.5. Plan de tabulación y análisis

Una vez aplicado el cuestionario se iniciará codificando las respuestas según hoja de criterios del instrumento para luego ser ingresadas a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis en el programa estadístico de libre distribución Epi Info versión 7.2.

Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia en Lima 2018, se evaluará previamente el requisito de distribución normal de ambas variables, al cumplir dicho requisito, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson y se trabajará a un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$)

Para Identificar el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía, se obtendrán tablas de distribución de frecuencias según las dimensiones e indicadores de dichas variables.

Los resultados se presentarán en tablas y gráficos.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS Y ÉTICAS

5.1. Consideraciones Administrativas

Para la recolección de datos se realizarán los respectivos trámites administrativos en el cual se solicitará permiso con el director médico del hospital y jefa de departamento de enfermería del hospital Cayetano Heredia, así mismo el permiso de la jefatura de centro quirúrgico para realizar la encuesta a las enfermeras que laboran en dicha área, con previa explicación sobre los propósitos y objetivos del estudio.

Se coordinará con la jefatura de centro quirúrgico para obtener el acceso al área y se solicitará la participación de las enfermeras a través del consentimiento informado, por medio del cual se mencionará el nombre del estudio y de las investigadoras, los objetivos del estudio, se explicará en que consiste la investigación, los criterios de selección y beneficios al participar. Así mismo se solicitará el permiso correspondiente para el acceso al servicio en los días establecidos y para el desarrollo de la guía de observación.

5.2. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2017										2018			
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Definición del problema		X	X	X	X	X	X							
Justificación		X	X	X	X	X	X							
Marco teórico				X	X	X	X	X	X	X				
Diseño metodológico				X	X	X	X	X	X	X				
Consideraciones éticas y recursos			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Presentación, revisión y corrección							X	X	X	X	X	X		
Redacción del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Presentación final									X	X	X	X	X	
Sustentación de tesis														X

5.3. Presupuesto

RECURSOS	CANTIDAD	COSTO S/.
Estadístico	Asesorías (2)	300.00
UPCH	Derecho de sustentación (3)	705.00
	Acta de sustentación (3)	90.00
Subtotal		1095.00
Útiles de escritorio	Hojas (3 millares)	150.00
	500 copias	200.00
	10 lapiceros	20.00
	20 folder manila	20.00
Subtotal		390.00
Transporte y viáticos	Pasajes	1000.00
	viáticos	500.00
Subtotal		1500.00
Comunicaciones e internet	Internet	500.00
	Llamadas a celulares	300.00
	Llamadas a teléfono fijo	50.00
Subtotal		850.00
Impresiones	Tinta de impresora	300.00
Subtotal		300.00
Contingencias	contingencias	300.00
Subtotal		300.00
Total		4435.00

5.4. Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se realizará en los profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico que laboran en el área de sala de operaciones del Hospital Cayetano Heredia. Se explicará de manera clara y sencilla los siguientes principios de bioética, antes y después de la investigación:

Principio de Autonomía:

Los profesionales de enfermería sujetos de estudio autorizarán o no su participación en el proyecto de investigación a través del consentimiento informado, manteniendo de esta manera el respeto de su autonomía, pudiendo retirarse cuando lo consideren conveniente.

En el documento del consentimiento informado se explicará el propósito del estudio, las actividades a realizar, los beneficios que se obtendrá al participar y la confidencialidad de la información (Anexo 1).

Principio de Beneficencia:

Todos los participantes realizarán el cuestionario y la guía de observación para poder identificar el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía. Además, los resultados obtenidos se entregarán al servicio de centro quirúrgico y al comité de ética del Hospital Cayetano Heredia. Así mismo, se realizará una intervención educativa sobre “La importancia y aplicación de la Lista de Chequeo para Seguridad en Cirugía” para todo el personal de salud del área de centro quirúrgico de modo que se fortalezcan sus conocimientos con respecto al tema.

Principio de No Maleficencia:

Esta investigación no causará daño físico, psicológico, ni económico, ni riesgo para el participante. Por el contrario, permitirá identificar los errores en la aplicación y debilidades en el conocimiento de la lista de chequeo para poder intervenir sobre ellas y fomentar mejoras en la seguridad del paciente. Además, el cuestionario y la guía de observación serán codificados anónimamente.

Principio de Justicia:

Durante el estudio, los participantes recibirán un trato digno, individualizado y se considerará los derechos humanos. Todas las enfermeras perioperatorias recibirán información completa y actualizada sobre la lista de chequeo para seguridad en cirugía, de tal modo que puedan mejorar sus procesos en la práctica profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008) El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas [internet]. Ginebra [Citado 9 de junio 2017] URL disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
2. Gonzales T. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente en el área quirúrgica [tesis de grado]. España: Universidad de Cantabria.
3. Solor A, Pérez L. (2014). El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. CIMEQ [en línea]. [Fecha de acceso 10 de agosto de 2017] URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol14_1_15/scar06115.htm
4. Resolución Ministerial. (MINSA 2010) [en línea] Perú [citado 27 de noviembre 2016]. URL disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/ListaVerifSegCirug%C3%ADa_3082010.pdf
5. La cirugía segura salva vidas. (OMS 2015) [en línea]. Honduras [citado 9 julio 2016]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.hn/doc/calidad/guiacirugiasegura.pdf>
6. Arenas H, Anaya R. (2008) Errores en cirugía. Medigraphic [en línea] [fecha de acceso 5 de marzo de 2017] No.4 URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc084o.pdf>
7. Norma técnica de seguridad del paciente. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2015) [en línea] Ecuador. [citado 11 agosto 2017]. URL disponible en: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIA-SEGURA.pdf>
8. Astudillo J. Espinoza K. (2014) Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el hospital Moreno Vázquez [tesis de grado]. Ecuador: universidad de cuenca.
9. Resolución Directorial. (HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2016) [En línea] Lima – PerU. [Citado 11 junio del 2017] URL disponible en:

http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/rd2016/rd_578_2016.pdf

10. Felix M. Vicente M. DE la Cruz C. (2016) Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México [Tesis de grado]. Mexico: universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
11. Moreta D. (2015).Evaluación del Conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el hospital Eugenio espejo [Tesis de grado]. Ecuador: universidad central del ecuador.
12. Lazaro R. (2017). Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica Limatambo. [Tesis de grado]. Perú: universidad Inca Garcilaso de la Vega.
13. Izquierdo F. (2016). Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirurgico del hospital nacional dos de mayo. [Tesis de grado]. Perú: universidad Nacional Mayor de San Marcos.
14. Serpa L.(2013) Nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del centro quirúrgico del hospital Essalud Uldarico Rocca [Tesis de grado] Perú: universidad mayor de San Marcos
15. Figueroa W; Inoñan S. (2014) Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la lista de verificación: cirugía segura en Hospital de Perú. [Tesis de grado]Perú: universidad católica santo Toribio de Mogrovejo.
16. Pérez R. (2015) Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular en el instituto Nacional Cardiovascular de Es Salud [tesis de grado] Perú: Universidad san Marcos.
17. Richard A. Koria P. (2007) La Metodología de la Investigación desde la práctica Didáctica. EPISTEMOLOGIA [en línea] [fecha de acceso 2 de febrero de 2017]; URL disponible en: <http://epistemologia2008.blogspot.pe/2008/05/el-conocimiento-cientifico-tiene-mas.html>
18. Gallardo A. (2011) Evolución del conocimiento en enfermería. [en línea]. Chile. Med. Wave.11 (04). [Fecha de acceso 10 mayo de 2017]. URL disponible en:

- <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001> en:
http://www.aeeq.net/congresos/8AEEQ/descargas/ponencias/m3_smonsalve.pdf
19. Organización Panamericana de la salud (OPS 2004). Seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. [internet]. Washington DC, Estados Unidos [Fecha de acceso 10 noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=398:seguridad-pacientes-un-problema-salud-publica-mundial&Itemid=481
20. Torres L. Flores J. Llanos M. et al (2013) Seguridad en el paciente quirúrgico. [internet]. CENETEC. México. [Fecha de acceso 10 noviembre de 2017] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf
21. Del Amo E, Perez G. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico [Internet]. En: aulaDAE. Bloque quirúrgico. España: grupo paradigma; 2015. P. 197-208. Disponible en: <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico.pdf>

ANEXOS

CUESTIONARIO

Elaborado por: Céspedes Orellana Evelin, Díaz Romero Diana y Tafur Cerna Fiorella.

I. INTRODUCCION:

El presente cuestionario tiene como objetivo Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias del Hospital Cayetano Heredia. Gracias por su colaboración.

II. DATOS GENERALES

Edad: ____ años

Sexo: M () F ()

Especialización: SI () NO () En proceso () Estudiando ()

Años de experiencia: En Enfermería _____ en centro quirúrgico _____

III. INSTRUCCIONES

Marcar con un x la respuesta correcta.

1. La lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía fue creado por:
 - a) Organización Panamericana de la Salud (OPS)2003
 - b) Organización Panamericana de la Salud (OPS)2005
 - c) Organización Mundial de la Salud (OMS)2008
 - d) Organización Mundial de la Salud (OMS)2010
2. El objetivo de la lista de chequeo es:
 - a) Disminuir la morbilidad
 - b) Reducir costos hospitalarios
 - c) Fomentar practicas quirúrgicas
 - d) Reducir eventos adversos
3. Los principios de la lista de chequeo son:
 - a) Simplicidad, mensurabilidad y amplitud
 - b) Simplicidad, practicidad y económica
 - c) Practicidad, amplitud y simplicidad
 - d) Amplitud, practicidad, económica
4. La lista de chequeo de seguridad de la cirugía se debe aplicar en los siguientes establecimientos de salud:
 - a) III-1, I-2
 - b) I-1, III-2
 - c) II-2, I-3
 - d) III-1, II-2
5. El año de la resolución ministerial para la implantación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Perú fue:
 - a) 2010
 - b) 2014
 - c) 2015
 - d) 2016
6. El coordinador responsable de la aplicación y registro de la Lista de chequeo en Cirugía es:
 - a) Anestesiólogo
 - b) Cirujano
 - c) Instrumentista II
 - d) Instrumentista I
7. Según la OMS el equipo quirúrgico está conformado por:
 - a) Enfermera, tecnólogo y cirujano

- b) Cirujano, técnico de enfermería y anestesiólogo
 - c) Anestesiólogo, enfermera y asistente
 - d) Personal de enfermería, cirujano y anestesiólogo.
8. La OMS establece la seguridad del paciente como:
- a) ausencia de un daño no intencionado real o potencial relacionado a la atención sanitaria
 - b) Aspecto primordial en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud
 - c) Disminución de eventos adversos en la atención sanitaria
 - d) Prácticas clínicas seguras
9. La demarcación del sitio quirúrgico en el paciente lo realiza el:
- a) Anestesiólogo
 - b) Enfermero
 - c) Cirujano
 - d) Residente de cirugía
10. El anestesiólogo evalúa la vía aérea, el riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento:
- a) Antes de la cirugía
 - b) Durante la cirugía
 - c) Antes de la anestesia
 - d) Después de la cirugía
11. El riesgo de hemorragia es considerado:
- a) Mayor a 200ml en adultos y 8ml/kg en niños
 - b) 12ml/kg en niños y mayor a 400ml en adultos
 - c) 7ml/kg en niños y mayor a 500ml en adultos
 - d) Mayor a 1000ml en adultos y 10ml/kg en niños
12. La segunda fase de la lista de chequeo se realiza en:
- a) En la inducción de la anestesia
 - b) En el preoperatorio
 - c) En el intraoperatorio
 - d) En el posoperatorio
13. La profilaxis antibiótica se administra..... antes de la cirugía:
- a) 45 minutos
 - b) 30 minutos
 - c) 60 minutos
 - d) 90 minutos
14. Las previsiones de eventos críticos por parte del equipo de enfermería son:
- a) Confirmar la esterilidad de equipos e informar problemas relacionados con el instrumental y equipos.
 - b) Informar problemas relacionados con los equipos e instrumental y visualizar las imágenes diagnósticas esenciales.
 - c) Visualizar imágenes diagnósticas esenciales y confirmar la esterilidad de equipos.
 - d) Canalizar una vía arterial y confirmar la esterilidad de equipos.
15. El responsable del conteo de gasas y agujas es:
- a) Anestesiólogo e instrumentista II
 - b) Cirujano e instrumentista II
 - c) Instrumentista II e instrumentista I
 - d) Instrumentista I y cirujano
16. Con respecto a la enfermera, marque lo incorrecto:
- a) Confirma verbalmente el nombre del procedimiento

- b) Realiza el recuento de instrumentos, gasas y punzo cortantes.
 - c) En voz alta confirma el etiquetado de la muestra con el nombre del paciente
 - d) Confirma verbalmente la administración de medicamentos
17. El encargado del etiquetado de la muestra es:
- a) Anestesiólogo
 - b) Cirujano
 - c) Instrumentista II
 - d) Instrumentista I
18. Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica:
- a) Cirujano, anestesiólogo e instrumentista I
 - b) Cirujano, anestesiólogo e instrumentista II
 - c) Anestesiólogo, residente de cirugía y cirujano principal
 - d) Instrumento I, instrumentista II y anestesiólogo
19. Los responsables de firmar la hoja de la lista de chequeo son:
- a) Cirujano, anestesiólogo e instrumentista I
 - b) Cirujano, anestesiólogo e instrumentista II
 - c) Anestesiólogo, residente de cirugía y cirujano principal
 - d) Instrumento I, instrumentista II y anestesiólogo
20. Las fases de la Lista de chequeo son:
- a) Antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de la salida del paciente del quirófano.
 - b) Posoperatoria, perioperatoria e intraoperatoria
 - c) Quirúrgica, de recuperación y anestesia
 - d) peri operatoria, preoperatorio e intraoperatorio

**ANEXO N°3
GUIA DE OBSERVACION**

Código: ____

Elaborado por: Céspedes Orellana Evelin, Díaz Romero Diana, Tafur Cerna Fiorella.

I. INTRODUCCION:

La presente guía de observación tiene como objetivo Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias del Hospital Cayetano Heredia. Gracias por su colaboración.

II. DATOS GENERALES

Edad: ____ año Sexo: M () F ()
Especialidad en Centro Quirúrgico: SI () NO () En proceso () Estudiando ()
Años de experiencia: En enfermería _____ en Centro quirúrgico: _____

II. INSTRUCCIONES

Marcar con una x la conducta observada.

La enfermera peroperatoria II en voz alta realiza lo siguiente:

N°	ITEMS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO PROCEDE
1	Confirma la identidad del paciente			
2	Verifica que el cirujano realice el marcado del sitio quirúrgico, en el caso de lateralidad o múltiples estructuras o niveles.			
3	Constata que el anesthesiólogo haya realizado la inspección del instrumental, dispositivos, equipos, medicación y el riesgo anestésico del paciente antes de la intervención.			
4	Confirma la colocación del pulsioxímetro al paciente antes de la inducción de la anestesia y que funcione correctamente.			
5	Corroborar con el anesthesiólogo si el paciente tiene alergias conocidas			
6	Confirma que el anesthesiólogo ha valorado si el paciente tiene vía de aérea difícil y/o riesgo de aspiración			
7	Pregunta al anesthesiólogo si el paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml.			
8	Solicita a cada uno de los miembros del equipo que se presenten en voz alta por su nombre y función.			
9	Anuncia la pausa quirúrgica y confirma el nombre del paciente, el tipo de intervención a realizarse y su localización anatómica.			
11	Solicita al cirujano una revisión de los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.			
12	Pregunta al equipo de anestesia si el paciente presenta algún problema específico.			
13	Consulta a la enfermera instrumentista la confirmación de los indicadores de esterilidad y la existencia de problemas relacionados con el instrumental y los equipos.			
14	Confirma con el anesthesiólogo la administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.			

N°	ITEMS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO PROCEDE
15	Pregunta al cirujano si requiere algún estudio de imagen, de ser así se confirmará que están en el quirófano y en un lugar visible.			
16	Antes de que el cirujano salga del quirófano, confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.			
17	En coordinación con la instrumentista confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos, no proceden o no concuerdan.			
18	Confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras, incluido nombre del paciente.			
19	Comunica al equipo si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.			
20	En coordinación con el cirujano y el anestesiólogo revisan el plan de tratamiento y recuperación postoperatorio del paciente.			
21	Verifica la firma correspondiente del cirujano, anestesiólogo e instrumentista I.			
22	Respetar todas las fases de la lista de chequeo en el intraoperatorio.			