



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CIRUGÍA
SEGURA POR LA ENFERMERA DE CENTRO QUIRURGICO DEL
HOSPITAL NACIONAL “REZOLA” DE CAÑETE; LIMA, 2018**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Centro Quirúrgico Especializado**

Investigadoras

Lic. Judiht Maura Caisahuana Martínez

Lic. Diana Carolina Cisneros Loza

Lic. Karina Silvia Pizarro Barzola

Asesora

Mg. Yudy Salazar Altamirano

Lima – Perú

2018

INDICE

Resumen	
Introducción.....	1
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Justificación	4
1.4 Viabilidad y factibilidad del estudio	5
CAPITULO II	
PROPOSITO Y OBJETIVOS	6
2.1 Propósito	6
2.2 Objetivo general.....	6
2.3 Objetivos específicos	6
CAPITULO III	
MARCO TEORICO	7
3.1. Antecedentes	7
3.2. Base teórica.....	9
3.3 Operacionalización de variable.....	12
CAPITULO IV	
MATERIAL Y METODOS	13
4.1 Diseño de estudio.....	13
4.2 Área de estudio	13
4.3 Población – muestra.....	13
4.4 Técnica y recolección de datos	14
4.5 Procedimiento de recojo de información	16
4.6 Plan de tabulación y análisis de datos	16
CAPÍTULO V	
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS.....	17
5.1 Principios éticos.....	17
5.2 Cronograma de actividades.....	18
5.3 Presupuesto	19
Referencias bibliográficas	21
Anexos	24
Anexo 1. Consentimiento informado	25
Anexo 2. Guía de observación.	27

RESUMEN

Objetivo: Determinar la aplicación de la lista de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Hospital Nacional “Rezola” de Cañete durante el mes de junio 2018, teniendo como antecedente algunos estudios como el de Becerra K. año 2012, desarrollo una investigación denominada. Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital Essalud de Chiclayo, donde concluyó que existe diversos motivos por los que no se aplica de forma correcta la Lista de cirugía segura, entre ellos tenemos la falta de responsabilidad, exclusión de la firma , entre otros .

Izquierdo F. Año 2015, realizo un estudio sobre la Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde se concluyó que la mayor parte del personal que conforma sala de operaciones no cumplió con los parámetros establecidos en la lista.

Diseño de estudio: La presente investigación, es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. Se llevará a cabo en la unidad de centro quirúrgico del Hospital Rezola de Cañete de nivel II. Está integrada por 34 profesionales de enfermería, que trabajan en sala de operaciones del Hospital Rezola de Cañete. Para este proyecto no se aplicó ningún método estadístico de muestreo porque se trabajará con la población total. Para la recolección de datos se utilizará como técnica de estudio la encuesta y como instrumento una guía de observación estructurada.

PALABRAS CLAVES: LISTA DE CIRUGIA SEGURA, CENTRO QUIRÚRGICO, ENFERMERIA.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 implementa el programa “cirugía segura, salva vidas” en la que se encuentra normas básicas para todo el mundo, estas contienen la lista de cirugía segura utilizada para mejorar la seguridad en la atención del usuario quirúrgico de manera rápida y eficaz en el ámbito operatorio, preoperatorio, intraoperatoria y post operatorio. La lista contiene pautas de verificación de material, insumos, sitio operatorio, probables riesgos, funcionamiento adecuado de equipos quirúrgicos e información respecto al paciente (1). La lista en el preoperatorio recoge información sobre la historia clínica, incluye datos completos del paciente, tipo de cirugía, consentimientos informados, algún tipo de riesgo por parte del paciente. En el Intraoperatoria la información corresponde a la inducción anestésica, presentación del equipo de trabajo y la cirugía a realizarse. En el post operatorio recaba la información de la cirugía realizada, conteo de gasas e instrumental, piezas patológicas y las indicaciones con las que el paciente sale de quirófano.

Para el manejo de la lista de cirugía segura, se designa a un coordinador, quien viene a ser el enfermero/a circulante o cualquier profesional clínico que participe en la intervención quirúrgica, la responsabilidad del coordinador es confirmar las tareas del equipo quirúrgico en cada una de las etapas de la cirugía, por ello debe poseer conocimientos propios sobre el servicio como: esterilización, desinfección y técnica aséptica, clasificación de las cirugías, manejo y aplicación del instrumental, empleo correcto de equipos y dispositivos médicos, empleo y acción de agentes anestésicos, probable peligros y complicaciones ambientales, farmacológicos potenciales para el paciente (2). Al usar la lista de cirugía segura, en el quehacer diario del equipo de trabajo quirúrgico se mejorará la comunicación, derivando en la disminución de eventos adversos que se pueden presentar durante la cirugía.

En nuestro país se acepta la aplicación de la “Lista de Cirugía Segura” según los estándares de seguridad, calidad en la intervención quirúrgica de los usuarios donde

se garantice la seguridad física, emocional y psicológica, el trato humano y que cada acción que se realice sea con un compromiso profesional, ético, moral y social (3).

El Dr. Atul Gawande en su libro “El efecto checklist”: menciona a la lista como un instrumento de verificaciones eficaz de comprobación rápida y oportuna que ayuda a conservar un equilibrio entre la improvisación y protocolo, libertad y disciplina, capacidades especializadas y colaboración en grupo y otras comprobaciones más, a fin de que el equipo quirúrgico hable, coordine, asumiendo responsabilidades de la mejor forma que cada uno lo sepa hacer ante las sorpresas y lo imprevisible (4). El cual puede ser utilizado de manera práctica en los diferentes centros quirúrgicos.

La revista de enfermería C y L publica que la mayoría de los profesionales piensa que la lista está hecha para reducir problemas e identificarlos y así evitar efectos adversos ,mas no para una adecuada comunicación . También mencionan que no se completa adecuadamente y no se verifican los errores por falta de tiempo, así mismo un porcentaje alto de profesionales si fueran sometidos a una cirugía estarían más seguros cuando se les aplique la lista de chequeo, viéndose que es necesario reforzar la información y formación de actividades para una cirugía segura tanto institucional como personal (5).

El objetivo del presente estudio es determinar el cumplimiento de la lista de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Hospital “Rezola” de Cañete durante el mes de junio 2018.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La intervención quirúrgica ha sido una pieza fundamental en la atención de salud del usuario o paciente; sin embargo con el crecimiento exponencial de la población se calcula que hoy en día se realizan aproximadamente más de 235 millones de intervenciones quirúrgicas diariamente (6). Muchas de ellas llegan a las cirugías por histerectomía, cesares, colelap, apendicetomía, entre otros. Estas cirugías tienen mayor demanda por lo que la cantidad supera a la calidad de atención, de ellas derivan complicaciones, como infecciones de herida operatoria, neumonías, sangrado, reingresos del 3 a 16%, mortalidad o discapacidad permanente de 0,4 a 0,8 %.

El Dr. Atul Gawande (jefe de equipo para la elaboración de la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica de la OMS) menciona que la calidad, seguridad en la atención del usuario quirúrgico ha sido desfavorable en todo el mundo, pues se ha dejado de ver al paciente como ser humano con derechos, considerándolo como objeto de atención. A esta percepción, se suma la alta demanda de pacientes quirúrgicos, quienes, por falta de tiempo de los profesionales no son atendidos con los procedimientos correctos de seguridad (6). El autor afirma además que los enfermeros se encuentran mecanizados en la atención rutinaria, donde es probable que se cometan errores con consecuencias lamentables para el paciente. Por ello recomienda el uso de la lista de chequeo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los años del 2007 al 2008 introdujo el plan de seguridad del paciente con el empleo de la lista de cirugía segura en centros quirúrgicos de hospitales del mundo. Este documento está vigente en el Perú desde diciembre del 2010 en todos los centros quirúrgicos del ministerio de salud. Sin embargo, en el país todavía se muestran publicaciones por los medios de difusión sobre casos de negligencias en distintos establecimientos de salud, con portadas como por ejemplo “Entra vivo y muere en la cirugía,” “Nunca más despierta

de la cirugía”, “Se amputa pierna o brazo equivocado”, “Se opera para ser bella y muere”; “Se quería realizar retoques pero le desfiguran rostro” (1, 3).

El Centro Quirúrgico del Hospital Nacional “Rezola” de Cañete no es ajeno a esta problemática, se ha observado que la enfermera circulante no ha podido empoderarse de su función como “Coordinadora de la lista” dentro del equipo quirúrgico, esto debido a diferentes factores, lo que se refleja desde el incompleto llenado de la lista de verificación, a la marcación inadecuada de los parámetros, los anestesiólogos y cirujanos omiten firmar la realización y confinación de aplicación de la lista. Así mismo el desinterés por su cumplimiento y la escasa conciencia del trabajo en equipo, ha conllevado a falencias que repercuten en el usuario como infecciones intraoperatoria, cirugías en zonas erróneas o la muerte.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo es la verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Hospital Nacional “Rezola” de Cañete durante el mes de junio 2018?

1.3 JUSTIFICACION

Esta investigación se justifica en el contexto teórico porque se aplicará conceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionados al cumplimiento de la lista de cirugía segura, dentro del ámbito del centro quirúrgico, por parte del equipo de cirugía. En el contexto práctico, permitirá implementar estrategias viables para que el personal de cirugía cumpla con los parámetros establecidos en la lista, cuya responsabilidad de verificación recae en la enfermera.

El aporte para el profesional de enfermería será el empoderamiento en su rol de coordinadora de verificación de la lista, esta función realizada por la enfermera deberá resultar en el cumplimiento cabal de los parámetros de la lista de chequeo.

1.4 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Este proyecto de investigación es viable, porque al conocer la variable se puede identificar cual es el porcentaje de cumplimiento por parte de la enfermera circulante, “coordinadora de lista”, siendo los resultados de este de importancia para el equipo quirúrgico, jefatura de sala de operaciones, de enfermeras y autoridades del hospital, para poder tomar medidas que lo fortalezcan y permita disminuir notablemente los errores prevenibles dentro de la practica quirúrgica.

Es factible porque se desarrollará dentro del tiempo programado, con recursos y financiamiento de parte de las investigadoras, contándose con la colaboración de las enfermeras de sala de operaciones del Hospital “Rezola” de Cañete, quienes están dispuestos a participar libremente y con compromiso para obtener los resultados más confiables, siendo estos también de su interés; sin ir en contra de la dignidad o salud de las personas.

CAPITULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1 PROPOSITO

El conocer el resultado de la Investigación permitirá al Hospital Nacional “Rezola” implementar estrategias viables en los centros quirúrgicos para aplicar de manera adecuada la lista de chequeo, respetando los derechos del paciente. Aportará al hospital información científica a partir del cual podrán los trabajadores gestionar programas de capacitación y actualización que mejoren el cumplimiento de la lista de manera correcta apuntando a la seguridad del usuario.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la aplicación de la lista de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Hospital Nacional “Rezola” de Cañete durante el mes de junio 2018.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICIOS

1. Verificar la aplicación de la lista de cirugía segura, en la entrada quirúrgica (antes de la aplicación de anestesia).
2. Verificar la aplicación de la lista de cirugía segura, en la pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea).
3. Verificar la aplicación de la lista de cirugía segura, a la salida quirúrgica (antes de que salga el paciente del quirófano).

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

Becerra K. año 2012, desarrollo una investigación denominada *Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital Essalud de Chiclayo*, teniendo como objetivo identificar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura; siendo un estudio cualitativo (7). Concluyó que existe diversos motivos por los que no se aplica de forma correcta la Lista de cirugía segura, entre ellos tenemos la falta de responsabilidad en la recolección de información del usuario, exclusión de la firma por parte de médicos y enfermeras, procesos logísticos que no consideran la respuesta oportuna ante los riesgos quirúrgicos, y no conocen la importancia del empleo de la lista de chequeo, que es un compromiso legal, vocacional y moral para salvaguardar siempre la seguridad y bienestar del paciente.

En el año 2015, Izquierdo F. Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, sobre la *Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo*, cuyo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por personal de centro quirúrgico (8). El resultado determinó que la mayor parte del personal que conforma sala de operaciones no cumplió con los parámetros establecidos en la lista, porque no se evidencia la firma de los médicos, el registro de la pérdida de sangre y duración de la operación.

En Buenos Aires, Argentina, en el año 2012, Arribalzaga E. realizó una investigación titulada *Implementación del listado de verificación de cirugía segura en el Hospital de Clínicas José de San Martín* con el objetivo de determinar la utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas (9). Concluyó que el personal quirúrgico presenta problemas de conducta en relación al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura conllevando al incremento de errores mecánicos y humanos presentados durante todo el proceso quirúrgico.

En Colombia, Collazos C. Bermúdez L. Quintero A. realizaron una investigación de corte transversal sobre la *Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente en el Hospital General de Medellín, 2011* teniendo como objetivo la presente investigación de verificar la aplicación de la lista de verificación en cirugía en razón al cumplimiento de la lista y disminución de la incidencia de eventos adversos (10). La investigación determinó que las profesionales de enfermería en el desempeño de sus funciones y actividades si cumple con la verificación y por consecuencia los eventos adversos disminuyeron.

En Ecuador, Astudillo J. Espinosa K. realizaron un estudio titulado *Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la OMS en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, 2014*, cuyo objetivo de dicha investigación fue verificar la aplicación del mismo (11). El autor llegó a la conclusión que en Hospital Moreno Vázquez el manual establecido por la OMS es de fácil aplicación, por lo que recomiendan su utilización de manera adecuada, lo que permitió detectar falencias que al ser corregidas y mejoradas en el ámbito quirúrgico incidirán en el bienestar de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

En Quito, en el año 2015, Moreta D. realizó un estudio titulado *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 mediante una encuesta directa* (12). La autora concluyó que el grado de conocimiento en cuanto a la aplicación de la lista de cirugía segura fue menor, evidenciándose la falta de unión del equipo quirúrgico por problemas de comunicación durante el desarrollo de la intervención quirúrgica.

En España en el año 2012, Soria V. Da Silva Z. Saturno P. Realizaron un estudio cuantitativo, de diseño transversal sobre las *Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía de los distintos hospitales públicos de la región de Murcia*; tuvo como objetivo valorar el grado de implementación de la lista de chequeo y los factores asociados a su cumplimiento (13). Concluyó que existen diferencias en cuanto al uso de la lista de chequeo en los distintos hospitales donde se llevó a cabo la investigación y que no se cumple con todos los parámetros establecidos por la OMS.

3.2. BASE TEORICA

En el año 2004 la Organización Mundial de Salud (OMS), instauro una Alianza a nivel Mundial encargada de la Seguridad del Paciente, la cual pone énfasis en la mejora de la atención en salud y a su vez promueve la seguridad del usuario. Posteriormente en el año 2008 se tuvo como reto principal reducir los eventos adversos que pueden presentarse en una intervención quirúrgica; elaborándose un listado de verificación de los procedimientos quirúrgicos los cuales deben cumplirse adecuadamente por el equipo multidisciplinario presente en el acto quirúrgico , brindando seguridad al paciente en todo el mundo (6).

Tal como lo muestran las estadísticas esta lista de cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud fue implementada en diversas ciudades del mundo tales como, Londres (Reino Unido), Ammán (Jordania), Toronto (Canadá), Seattle (EEUU), Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzania) y Nueva Delhi (India), reduciéndose el porcentaje de complicaciones que se presentan después de la cirugía del 11% al 7%, en fallecimientos del 1.5% al 0.8%, en infecciones del área quirúrgica del 6.2% al 3.4% y en una nueva intervención del 2.4% al 1.8% (14).

En el Perú por Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA se aceptó la “lista de la seguridad de la cirugía” para su respectiva implementación, integración y priorización en los respectivos documentos legales de los establecimientos de salud en el ámbito nacional. La finalidad fue incorporar al personal sanitario en la praxis laboral, previniendo el daño derivado de la anestesia, evitando reacciones alérgicas y adversas a medicamentos, cuidando la pérdida significativa de sangre, minimizando riesgos de infección quirúrgica; monitoreando y vigilando la actividad quirúrgica y advirtiendo errores donde las gasas e instrumental queden en la cavidad del paciente (3).

Esta Lista mide las tres etapas de la intervención quirúrgica, la primera fase que es *la entrada*, es el tiempo que corresponde previa a la inducción de la anestesia, donde se verifica la seguridad de los procedimientos. En esta fase se requiere por lo menos de la presencia del anestesista, y de la “coordinadora de la lista” (enfermera), quienes

lleen en una sola oportunidad o secuencialmente la lista de chequeo, explicando el anesthesiólogo a la enfermera de manera pormenorizada las distintas medidas de seguridad: la demarcación del sitio quirúrgico, la comprobación del instrumental, la identidad, consentimiento y confirmación de alergias conocidas por el paciente, la medicación anestésica, la constatación del funcionamiento y colocación del pulsímetro, la vía aérea de difícil entubación y o aspiración, peligro de sangrado mayor a 500 ml. Si todo está conforme se procede a la aplicación de la anestesia (2).

La segunda fase es la *pausa quirúrgica* que corresponde al periodo antes de realizar la primera incisión; La coordinadora junto con el equipo quirúrgico, hacen una pausa para realizar varios controles de seguridad tales como: constatar el nombre y la función del personal médico que participará de la operación; confirmación del nombre del usuario, el tipo de cirugía y zona de intervención quirúrgica, verificación de la administración de profilaxis antibiótica y cambios sobre la anestesia a última hora o problemas específicos, constatación con el cirujano los pasos críticos de la intervención quirúrgica, la probabilidad del sangrado previsto; verificación a la enfermera instrumentista sobre la esterilidad del instrumental y el buen funcionamiento de los equipos, observando si puede visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales. Si todo está conforme, se procede a la respectiva (2).

La tercera fase se realiza antes de que el paciente salga de quirófano conocida también como *salida*, periodo que corresponde al control de seguridad que debe efectuar cada miembro del equipo quirúrgico antes de que el paciente sea llevado a sala de recuperación. El objetivo de esta fase es recoger información precisa de parte del equipo que estuvo a cargo de la operación sobre los procedimientos realizados, recuento de instrumentos y material quirúrgico utilizado, el etiquetado de las muestras, observación de problemas que pudieron prevenirse; así como el tratamiento y recuperación del paciente (2).

El encargado de la coordinación de la lista que participe en las cirugías debe poseer conocimientos especializados sobre el servicio como: diagnósticos enfermeros de acuerdo a la Clasificación NANDA, funcionamientos del área quirúrgica, características estructurales de un bloque quirúrgico, conocimientos sobre esterilización, desinfección, técnica aséptica, clasificación de las cirugías, manejo y aplicación del instrumental, empleo correcto de equipos y dispositivos médicos,

empleo y acción de agentes anestésicos, probable peligros y complicaciones ambientales, farmacológicos potenciales para el paciente (2).

Dorotea Orem en su teoría basada en el sistema de enfermería, señala que la enfermera evalúa y clasifica la dependencia del paciente en relación a los cuidados de enfermería. Ella clasifica en tres sistemas, 1) compensador total, 2) compensador parcial, 3) de educación y apoyo al paciente. En el sistema totalmente compensador la enfermera asume el cuidado del paciente en su totalidad, en esta etapa el paciente no logra realizar ninguna acción a su favor, se presenta en pacientes críticos que proceden de emergencia o de UCI. En el sistema parcialmente compensador la enfermera proporciona cuidados de acuerdo a la limitación que presenta el paciente y en la etapa de educación y apoyo la enfermera realiza orientación e información para que el paciente participe en su recuperación (15). En sala de operaciones estos tres sistemas están presentes de acuerdo a la condición del paciente, que puede ingresar en una situación de dependencia total o parcial. En la primera el equipo quirúrgico asume la totalidad de los cuidados desde la verificación de la identidad hasta, la verificación de la respuesta a los medicamentos, y los procedimientos propios de la cirugía. En esta etapa el paciente no aporta en el cuidado de su seguridad. En la condición de dependencia parcial en sala de operaciones el paciente puede manifestar sus dudas, preocupaciones o confirmar datos. En la etapa de educación y apoyo el paciente participa en el proceso de su seguridad aportando con mayor información y colaborando con las indicaciones del equipo quirúrgico. Este proceso es importante para la enfermera coordinadora de la lista de cirugía segura, ya que no solo recibirá información del equipo quirúrgico sino del propio paciente, para la toma de decisiones que eviten eventos adversos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION PERATIVA	INDICADORES
Verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura.	Utilización de la lista de chequeo, cumpliendo con los tiempos señalados y los ítems de seguridad de cada uno de ellos.	Entrada	Se refiere a las actividades que realiza el equipo quirúrgico antes de la inducción anestésica, y es verificada por la enfermera en este primer tiempo.	Cumple No cumple
		Pausa quirúrgica	Son las acciones que realiza el equipo quirúrgico antes de la incisión quirúrgica, y es verificada por la enfermera.	Cumple No cumple
		Salida	Se refiere a las acciones que realiza el equipo quirúrgico antes de que el paciente abandone el quirófano siendo verificada por la enfermera.	Cumple No cumple

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODOS

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque los resultados obtenidos serán medidos. El diseño de estudio es no experimental, porque no se manipularan las variables, de tipo descriptivo y, de corte transversal, porque la variable en estudio será medida en un determinado periodo de tiempo y espacio.

4.2. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizará en el Hospital Rezola de Cañete de nivel II, está ubicado en Plaza San Martín 124, San Vicente de Cañete. Siendo una institución del Minsa que brinda prestaciones de salud como: neurología, medicina física y rehabilitación, dermatología, neumología, endocrinología, cardiología, gastroenterología, psiquiatría, nefrología, psicología, odontoestomatología, entre otros con una atención de calidad las 24 horas del día; dentro del área de centro quirúrgico se cuenta con 03 salas de operaciones, donde se realizan intervenciones quirúrgicas de menor a mediana complejidad ya sean programados y de emergencia. En la primera sala se atienden casos de cirugía general y laparoscópicas, en la segunda sala intervenciones de ginecología y pediatría, finalmente en la sala tres casos de emergencias, con un total de 3 intervenciones quirúrgicas por sala. Además se cuenta con una central de esterilización y la unidad de cuidado post anestésico; completamente dotados de una sólida estructura funcional y amplio diseño para brindar la mejor atención con tecnología y calidad, siendo un ambiente seguro para los usuarios y el equipo médico asistencial.

4.3. POBLACION - MUESTRA

Está integrada por 34 profesionales de enfermería, que trabajan en sala de operaciones del Hospital Rezola de Cañete. Para este proyecto no se aplicó ningún método estadístico de muestreo porque se trabajará con la población total, es decir se encuestará a las 34 enfermeras garantizando de este modo la confiabilidad y veracidad de los resultados.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras que se desempeñan en sala de operaciones.
- Enfermeras que firman el consentimiento informado.
- Enfermeras que deseen participar en la investigación.
- Enfermeras programadas en turnos de la mañana.

Criterios de exclusión:

- Que se desempeñen en un cargo administrativo.
- Que se encuentren realizando pasantías.
- Que durante el periodo de la investigación se encuentren en capacitación.
- Que no deseen participar en la investigación.

4.4 TECNICA Y RECOLECCION DE DATOS

En esta investigación usaremos como técnica de estudio la encuesta y como instrumento una guía de observación estructurada, denominada cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura, utilizando para medir las variables una escala dicotómica para determinar el nivel de cumplimiento.

El instrumento fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2007 -2008 y modificado para Latinoamérica en el 2010 por el proyecto IBEAS (estudio de prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria) luego de obtenido los resultados de la magnitud de problemas relacionados a la seguridad del paciente (17); recomendado para uso en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud en el mundo. Así mismo fue modificado y aplicado por los doctores Juan Astudillo Campo verde y Karla Ximena Espinosa Muñoz en su estudio de investigación titulada “verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud , realizado en el año 2014 en Ecuador, en el hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, dicha guía de observación fue elaborada en base a las normas del manual de cirugía segura de la

Organización Mundial de la Salud, tomando en cuenta los diferentes pasos a seguir durante la intervención quirúrgica, por lo cual realizamos diecinueve preguntas que abarcaron todos los temas contenidos en el listado, el cual paso por juicio de expertos para su aplicación.

Está distribuido en IV partes:

- La I parte correspondiente a los datos sociodemográficos de la población.
- La II parte correspondiente a la fase preoperatoria, cuenta con 07 ítems que pertenecen a la entrada quirúrgica antes de la inducción anestésica.
- La III parte correspondiente a la fase intraoperatoria, cuenta con 07 ítems que pertenecen a la pausa quirúrgica, antes de la incisión cutánea.
- La IV parte correspondiente a la fase postoperatoria, cuenta con 05 ítems, que corresponden a la salida quirúrgica, antes que el paciente salga de quirófano.

. La evaluación de cada uno de estos ítems de las diferentes fases se realizara con respuestas dicotómicas con valores de 1 y 0 (cumple o no cumple).

En la escala de medidas se considerara como el cumplimiento de la enfermera en aplicar la lista de cirugía segura, que deberá responder 18 ítems con respuesta sí que equivale a un 94.74%, y considerando 01 ítem con respuesta no que equivale a un 5.26 % como un margen mínimo de error.

En donde:

18 preguntas	94.74%	Si cumple
01 pregunta	5.26%	No cumple

4.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la implementación del estudio las investigadoras realizarán todo el trámite administrativo , posteriormente se solicitará el permiso respectivo al director ejecutivo del Hospital Rezola de Cañete y a la Oficina de Capacitación y Docencia a fin de que le otorguen las facilidades y la autorización para la ejecución de la investigación. Luego se llevará a cabo las coordinaciones respectivas con la

Enfermera jefa del Departamento de Enfermería, Enfermera jefa de la Unidad de Cirugía, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos para la investigación.

Así mismo se solicitará la firma del consentimiento informado de las profesionales enfermeras consideradas para la investigación.

Para la recolección de los datos las investigadoras asistirán al servicio de centro quirúrgico durante el mes de junio del 2018, en turnos de la mañana de 8 horas a 13 horas de lunes a sábado, solo en la sala quirúrgica de emergencias (sala 3). Contando con un aproximado de 20 -30 intervenciones quirúrgicas durante el mes. Cada investigadora ingresará a la sala de operaciones de emergencias con la guía de observación validado, el que será aplicado en la primera cirugía del día, se observará a la encargada de la aplicación de la lista durante la cirugía de manera discreta, donde se evaluará el cumplimiento de la hoja de verificación de cirugía segura en sus tres fases culminándose con la recolección hasta cumplir con lo programado.

4.6 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Posteriormente a la recolección de datos se llevará a cabo el plan de tabulación y análisis de la información, el cual se utilizara el paquete de programa Office Excel 2013 y el paquete estadístico Epi info versión 7.2 - 2018, previa codificación de los datos arrojados en el programa se presentaran los resultados en forma de tablas y gráficos estadísticos.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMNISTRATIVAS

5.1 PRINCIPIOS ETICOS

- **Principio de autonomía.-** Mantendrá el anonimato de los profesionales de la salud que participaran en la investigación, así como de los pacientes sometidos a cirugías; pues la información obtenida será utilizada para fines del estudio (16).

- **Principio de justicia:** La verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura en el hospital Rezola de Cañete por parte de las investigadoras con respecto a las profesionales de enfermería se realizará de forma aleatoria y no basada en otros criterios como mal carácter, irresponsabilidad, impuntualidad, apatía, entre otros, además de que los resultados obtenidos se mostraran sin modificación alguna no pretendiendo mostrar falsa información (16).

- **Principio de beneficencia:** Los resultados obtenidos servirán de base de información para diseñar programas de capacitación que brinden el conocimiento para mejorar la actitud hacia la seguridad del paciente, el cumplimiento correcto y eficiente de la LVCS (16).

- **Principio de no maleficencia:** La presente investigación no irá en contra de los derechos ni afectara la comodidad de las personas involucradas en el estudio, los datos obtenidos serán usados de manera confidencial y de uso estricto sólo para fines de la investigación (16).

5.2CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES : 2018				
	E	F	M	A	M
1. Revisión bibliográfica.					
2. Planteamiento del problema.					
3. Propósito y objetivos.					
4. Marco teórico.					
5. Material y método.					
6. Consideraciones éticas y administrativas.					
7. Aprobación de la asesora del curso para la sustentación del proyecto.					
8. Presentación del proyecto al comité Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.					
9. Designación de la asesora para la corrección del proyecto.					
10. Levantamiento de algunas observaciones por parte de la asesora.					
11. Pase del proyecto para la evaluación de jurados.					
12. Sustentación ante los jurados designados por la facultad.					

5.3 PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UTILITARIO DE ESCRITORIO				
Borradores	5	Unidad	2.00	10.00
Folder manila y faster	20	Unidad	1.50	30.00
Lapiceros	25	Unidad	1.50	37.50
Tajadores	5	Unidad	2.00	10.00
Hojas bond	3	Millar	60.00	180.00
Correctores	5	Unidad	5.00	25.00
USB	1	Unidad	60.00	60.00
Libreta de apuntes	1	Unidad	5.00	5.00
Regla	4	Unidad	2.00	8.00
CD ROM	2	Unidad	4.00	8.00
SUBTOTAL				373.50
RECURSOS LOGÍSTICOS				
Comunicación telefónica	80	Formas de comunicación	5.00	400.00
Búsqueda en internet	200	Medios de información	4.00	800.00
Otros gastos	40	unidad	10.00	400.00
SUBTOTAL				1600.00
VIÁTICOS				
Movilidad	30	Viajes	15.00	450.00
Refrigerio	30	Ración	8.00	240.00
SUBTOTAL				690.00
IMPRESIÓN				

Impresión de las correcciones	Unidad	1000	0.50	500.00
Fotocopia de los cuestionarios	Unidad	100	0.40	40.00
Impresión del proyecto de investigación	Unidad	1000	0.80	800.00
Impresión del informe final	Unidad	800	0.80	640.00
Anillado del informe	Unidad	2	30.00	60.00
SUBTOTAL				2040.00
TOTAL				4703.50

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial De La Salud. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente Segundo Reto Mundial Por La Seguridad Del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas [Internet]. 1ra ed. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2008 [Actualizado julio 2008; citado 20 de mayo 2017] Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
- 2.- Organización Mundial De La Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de seguridad de la cirugía 2009. La cirugía segura salva vidas. [Internet]. 1ra ed. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2008 [Actualizado julio 2008; citado 20 de mayo 2017] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf.
- 3.- Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. [Internet]. 30 de Diciembre Lima 2010. [Citado junio 2017]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf
- 4.- Atul Gawande. El efecto Checklist. Barcelona: Antonio [internet] Bosch editor.2011 Disponible en: <http://www.antonibosch.com/libro/el-efecto-checklist>
- 5.- Pecci A.E. Checklist quirúrgico una herramienta para la seguridad del paciente Rev. Enfermera C y L [internet] 2013. [Fecha de acceso noviembre 2017] N°2 .Disponible en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/104-325-1-PB.pdf>
- 6- Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente Segundo Reto Mundial Por La Seguridad Del Paciente: Lista OMS De Verificación De La Seguridad De La Cirugía Manual De Aplicación (1° edición) [Internet]. 1ra ed. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2008 [Actualizado julio 2008; citado 20 de mayo 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
- 7.- Becerra, K. 2012. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo cirugía segura, Hospital Essalud Chiclayo, (Tesis de

pregrado).Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Disponible en:
<http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/424>

8.- 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. (Trabajo de investigación).Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5078>

9.-Arribalzaga, E. Implementación del listado de verificación de cirugía segura en el Hospital de Clínicas José de San Martín, Rev. Argent, Cirug. [Internet]. 2012 [citado en 04 Ab 2012]; 102 (1-3): 12-16.
Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v102n1/v102n1a02.pdf>

10.- Collazos, C; Bermúdez, L; Quintero, A. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev Colomb Anesthesiol. [Internet].2013 [citado en Abr-Jn 2013]; 41 (2): 109-113. Disponible en:
<http://www.revcolanest.com.co/es/verificacion-lista-chequeo-seguridad-cirurgia/articulo/S0120334713000038/>

11.- Astudillo, J; Espinosa, 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 pregrado).Universidad de Cuenca, Gualaceo Ecuador. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>

12. Moreta, D. 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 mediante una encuesta directa,(Tesis de posgrado).Universidad Central del Ecuador ,Quito. Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

13.- Aledo, V; Da Silva, Z; Saturno, P; Grau, M; Carrillo, A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. CIR ESP. [Internet]. 2012 [citado en 18 Set 2012]; 90 (3): 130 - 135. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dificultades-implantacion-del-check-list-S0009739X11004349?redirectNew=true>

14.- Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat A, Dellinger P. Lista de verificación quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población global. Inglaterra [Internet]. Revista de Medicina; 2011. The New England Journal of Medicine 13 Mar 2016. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=article>.

15.- MSc. Liana Alicia Prado Solar, Lic. Maricela González Reguera, MSc. Noelvis Paz Gómez, Lic. Karelia Romero Borges; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención; [Citado octubre 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

16.- Mora Guillart. Liss: Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. [Internet]. Rev Cubana Oftalmol vol.28 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2015. [Citado octubre 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

17.-IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. [Citado 22 Dic 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

ANEXOS

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS DEL LISTADO DE CIRUGIA SEGURA

I. DATOS DEMOGRAFICOS:

Edad:.....

Sexo: F () M ()

Código:.....

- **TIEMPO DE SERVICIO:**
- Menor de 1 año () De 1 a 5 años () Más de 5 años ()
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Licenciada () Especialista ()
- **TIPO DE CIRUGIA:** Programada () Emergencia ()
- **INTERVENCION QUIRURGICA:** Mayor () Menor ()
- **CONDICIÓN LABORAL:** Contratada () Nombrada ()
- **N° DE FORMULARIO:**

II.- FASE PREOPERATORIA

Antes de la inducción de la anestesia	Se cumple	No se cumple
	1	0
1.- Paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento.		
2.- Marcado de sitio quirúrgico.		
3.- Se completa la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4.- Se coloca el pulsoxímetro al paciente y se verifica su funcionamiento.		
5.- Se confirma si el paciente tiene alérgicas conocidas.		

6.- Se confirma si el paciente tiene vía aérea difícil/ riesgo de aspiración.		
7.- Se confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia \geq 500 ml (7 ml/kg en niños).		

III.- FASE INTRAOPERATORIA

Antes de la incisión cutánea	Se cumple	No se cumple
	1	0
1.- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.		
2.- Confirmar la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento.		
3.- Verificar si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
Previsión de eventos críticos		
4.- Se verifica con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.		
5.- Verifica con el anestesista si el paciente tiene algún problema específico.		
6.- Verifica si la enfermera confirma la esterilidad y si hay dudas o problemas con el instrumental y los equipos.		
7.- Verifica si se puede visualizar las imágenes diagnósticas esenciales.		

IV.- FASE POSTOPERATORIA

Antes de que el paciente salga del quirófano	Se cumple	No se cumple
	1	0

1.- Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento.		
2.- Se reafirma el recuento de instrumentos. Gasas y agujas.		
3.- Se confirma el etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta).		
4.- Se corrobora si hay problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos.		
5.- Se revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enfermera.		

AUTORES: Juan Sebastián Astudillo Campoverde - Karla Ximena.