



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL CONOCIMIENTO
Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE LAS
ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA, 2017.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO**

INVESTIGADORAS

Bustamante Avalos, Gissela

Laurente Cerrón, Catheryn

Molina Rodriguez, Jazmin

LIMA-PERU

2017

INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCION | 5 |
| CAPITULO I EL PROBLEMA | |
| 1.1 Planeamiento del problema | 7 |
| 1.2 Justificación del estudio | 8 |
| 1.3 Formulación del problema | 8 |
| CAPITULO II PROPOSITO Y OBJETIVOS | |
| 2.1 Propósito | 9 |
| 2.2 Objetivos | 9 |
| 2.2.1 Objetivos General | 9 |
| 2.2.2 Objetivos Específicos | 9 |
| CAPITULO III MARCO TEORICO | |
| 3.1 Antecedentes | 10 |
| 3.2 Base teórica | 12 |
| CAPITULO IV HIPOTESIS Y VARIABLES | |
| 4.1 Hipótesis | 24 |
| 4.2 Variables | 24 |
| 4.3 Operacionalización de las variables | 25 |
| CAPITULO V MATERIAL Y METODO | |
| 5.1 Tipo de estudio | 27 |

| | |
|--|----|
| 5.2 Área del Estudio | 27 |
| 5.3 Población y Muestra | 27 |
| 5.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos | 27 |
| 5.5 Tabulación de datos y análisis de datos | 29 |
| 5.6 Consideraciones éticas y administrativas | 29 |
| 5.6.1 Consideraciones Éticas | 29 |
| 5.6.2 Consideraciones Administrativas | 30 |
| 5.6.2.1 Cronograma de actividades | 30 |
| 5.6.2.2 Presupuesto | 32 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICA | 33 |
| ANEXOS | 35 |

RESUMEN

AUTORAS: LIC. ENF. GISSELA BUSTAMAENTE, CATHERYN LAURENTE, JAZMIN MOLINA

ASESORA: LIC. ENF. ANA GRAÑA

Objetivo Determinar la efectividad de un programa de capacitación en el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico del HCH, 2017.

Material y método. Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo porque se describirá la variable tal y cual se presenta en la realidad y de corte transversal porque se recolectara los datos en un determinado periodo de tiempo. La población de estudio estará conformada por un total de 45 Profesionales de Enfermería de Centro Quirúrgico que laboran en el Hospital Cayetano Heredia. Debido al tamaño reducido de la población no se consideró una muestra, se trabajara con el total de la población.

Resultados. Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, en la presente investigación se utilizara como técnica de recolección de datos se usarán dos instrumentos: Cuestionario de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la Lista de Observación de la aplicación dela lista de verificación de cirugía segura

Conclusiones. La aplicación de los instrumentos será en un periodo de dos meses. La aplicación del segundo instrumento será en un turno de doce horas, con un mínimo de dos cirugías por enfermera participante, la observación será de manera discreta para disminuir los riesgos de sesgos en la recolección de datos.

PALABRAS CLAVES: CIRUGIA SEGURA, APLICACIÓN, ENFERMERA

INTRODUCCION

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo; estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública. La cirugía, se puede definir como “la suma de la ciencia y el arte, referidas a aquellas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una acción manual o instrumental, acción que no sólo es técnica, sino también ciencia, al necesitar del conocimiento de sus justificaciones y consecuencias, para garantizar la cirugía libre de riesgos, tanto para la persona como para el equipo de salud.

En razón a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ejecuta anualmente investigaciones estadísticas sobre la salud mundial; con respecto a las cirugías, tiene estadísticas vitales anuales y se estima a 234 millones de operaciones de cirugía mayor. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario, el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año y con una tasa de mortalidad que oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del entorno. El número de intervenciones quirúrgicas en el Perú representa más de 125.000 cirugías anuales y en el Hospital Cayetano Heredia se realizan 12781 cirugías anuales, de las cuales 25 producen complicaciones quirúrgicas (2 mensuales).³

En el mundo desarrollado, cerca de la mitad del total de los eventos adversos (por ejemplo, problemas de comunicación, administración de medicamentos equivocados o errores técnicos) padecidos por los pacientes hospitalizados están relacionados con la atención y los servicios quirúrgicos.¹ Al respecto, las complicaciones más frecuentes que se encuentran según el Ministerio de Salud (MINSA), están relacionadas con la identificación incorrecta de la zona operatoria, alergias en la persona, complicaciones anestésicas y altos índices de infección en la herida operatoria, las mismas que se consideran de responsabilidad del equipo de salud.²

Para ello, en la reunión por el Segundo Reto Mundial, se definieron los 10 objetivos esenciales para la seguridad del paciente, 5 estadísticas vitales quirúrgicas y la creación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas, que pueden aplicarse en cualquier entorno que brinde la atención en una cirugía. Cada paso de seguridad en la Lista es sencillo, cuantificable y de amplia

aplicación. Además, los pasos de seguridad reducen la probabilidad de causar daño quirúrgico grave y evitable, y es muy remoto que aplicarlos, ocasione lesiones o conlleve a un costo excesivo.

En nuestro país el MINSA órgano rector de los asuntos de Salud, el 30 de julio del 2008 para responder al Segundo Reto Mundial, emite la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, para aprobar la aplicación de la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura” la cual debe ser implementada en todos los establecimientos de salud públicos y privados (MINSA, Gobierno Regional, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Beneficencia Pública) y del Sub-Sector Privado (clínicas particulares, ONG etc.), en los cuales se realicen intervenciones quirúrgicas.² Cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración e implicación de los facultativos (cirujanos y anestesiólogos), lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la institución y adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo, sin embargo algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

A nivel nacional, se ha visto que el incumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura ha ocasionado la ocurrencia de eventos adversos afectando la seguridad del paciente. Es por ello que la realización correcta de la lista de verificación puede disminuir el número de tasa de mortalidad y la ocurrencia de eventos adversos al paciente quirúrgico. Algunas instituciones han tomado conciencia de la cantidad de eventos adversos ocasionados al paciente quirúrgico, por ello vienen realizando la lista de verificación de cirugía segura, pero hay otras instituciones que no han tomado conciencia aún y continúan cayendo en el mismo error.

Por lo expuesto anteriormente el objetivo del presente estudio es determinar la efectividad de un programa de capacitación en el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia 2017.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es un componente esencial de la gestión de riesgos, la dirección clínica y la mejora de la calidad. Para alcanzar una atención sanitaria más segura se precisa un cambio de cultura de profesionales gestores y pacientes. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria

En los quirófanos de nuestro país, por varias décadas se ha mantenido un distanciamiento entre los profesionales que conforman el equipo quirúrgico, y se ha dejado de lado la seguridad y el bienestar del paciente conllevando a una cadena de errores con la ocurrencia de eventos adversos y en algunos casos a la muerte. Es por esto que este estudio intenta verificar el conocimiento y aplicación de la lista de Verificación de la seguridad de la cirugía establecida por la OMS, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre todos los miembros del equipo quirúrgico (cirujanos, anestesistas y personal de enfermería).

Diversos hospitales de ocho ciudades de todo el mundo han logrado demostrar que usando la Lista de Verificación de Cirugía segura, durante las operaciones de cirugía mayor, se reducían un tercio la incidencia de muertes y complicaciones postoperatorias. Consta de tres partes, la 1ª se cumplimenta antes de la administración de la anestesia, la 2ª antes de la incisión de la piel y la 3ª previo a que el paciente abandone el quirófano, cuenta con un manual de uso, que consta de una introducción, un ámbito de aplicación y unas normas de funcionamiento, así como del modo de actuar en situaciones especiales.

En concordancia, con lo sugerido en el Manual de la OMS de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en el HCH, la responsable de su aplicación es la enfermera circulante, quién realiza la aplicación de la lista de verificación, por estar considerada entre sus funciones. Cada equipo está buscando la manera de incorporar el

uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos, con un trabajo en equipo, el cual es liderado por la enfermera.

Se ha visto que en el Hospital Cayetano Heredia no se ha estado cumpliendo con esta norma legal para la seguridad del paciente, se rellena los formatos en todas las operaciones pero en muchas veces se obvian algunos pasos que se creen “menos importantes” o que ya “están sobreentendidos”, adjudicándole a ello expresiones como: “todo está bien”, “eso ya se sabe”. En la mayoría de ocasiones la responsable de esta aplicación tiene dificultades con la información solicitada según el momento operatorio. La problemática de la ejecución se da porque los miembros del equipo salen apurados y refieren: “tengo que realizar otras funciones importantes”, “no tengo tiempo para quedarme”, “déjate de papeleos y avanza”.

Por lo expuesto anteriormente se formula el siguiente problema de investigación:

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de un programa de capacitación en el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

Nos interesa el tema a investigar porque se evidencia la falta de seguridad quirúrgica siendo un problema de salud pública, en la actualidad existen escasos estudios sobre el presente tema tanto a nivel regional, nacional y mundial, y dada la relevancia del significado de los beneficios de su cumplimiento y perjuicios en la omisión de la lista de verificación de cirugía segura de centro quirúrgico, por lo tanto es importante implementar un programa de capacitación que informe sobre los aspectos básicos de su uso y aplicación asegurando el cumplimiento de la finalidad establecida para la protección el paciente y en amparo de situaciones legales y que nos permita corregirlas falencias. El presente estudio nos permitirá describir como se realiza la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y así contribuir a futuros investigadores con una revisión teórica y que los resultados generen inquietudes para posibles investigaciones; así mismo poder reducir complicaciones y muertes quirúrgicas prevenibles.

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

PROPOSITO:

Los resultados que dé él se obtengan, serán un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que profundice o amplíe las múltiples aristas que este interesante tema exhibe. Preparar e integrar a las enfermeras en el proceso de verificación de cirugía segura , mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de actitudes necesarias para el mejor desempeño de la aplicación de la lista de Verificación de cirugía segura, para así favorecer un cuidado holístico, humano, de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro y por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema “Cirugía segura - salva vida”.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Objetivo General:

Determinar la efectividad de un programa de capacitación en el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico del HCH, 2017.

Objetivo Específicos:

1. Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las enfermeras sobre la lista de verificación de cirugía segura, antes del programa de capacitación.
2. Identificar las prácticas de la aplicación y el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura posterior a la capacitación
3. Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las enfermeras sobre la lista de verificación de cirugía segura, posterior de la capacitación.
4. Identificar las prácticas de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras, posterior del programa de capacitación.

Identificar la efectividad del programa de capacitación comparando los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa de capacitación.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Solor A. Cuba 2013 realizó un estudio titulado: El checklist como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico en La Habana: Tuvo como objetivo profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía para la prevención de daños al paciente quirúrgico. Se concluyó que el checklist es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Sólo con el firme compromiso de las organizaciones sanitarias se pueden trasladar las herramientas de seguridad del paciente en el quirófano. Es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, lograr el compromiso y convicción de todos los profesionales.⁵

Rivero D, Gonzales N. en México 2012 realizaron el estudio “Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de Verificación de cirugía segura” en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, que concluye, que el bajo nivel de cumplimiento se debe a que el proceso se encuentra en una etapa temprana de implementación e involucra a cuatro profesionales de la salud.⁶ También tenemos el estudio de M.I. Rodrigo, B. Tirapu-León en el año 2012 en España titulado “Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía”, llegando a la conclusión que el LVQ se utiliza pero no siempre se cumplimenta ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además existe variabilidad importante entre los distintos Hospitales Públicos de la Región de Murcia.⁷

Rodrigo Rincon; En Febrero del 2011, en el hospital de Navarra, España, realizó un trabajo titulado: “Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del listado de verificación quirúrgica”. El cual tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica tras su implementación en un hospital terciario. Tuvo como conclusiones: Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada. Los profesionales que experimentaron manifiestan que gracias al LVQ se había conseguido evitar errores, confirieron al LVQ una utilidad mayor que los que no lo experimentaron.⁸

Guadalupe Nava Galán y colaboradores, México 2011 escribieron el Artículo: Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), 2011. México. Llegaron a la conclusión que el correcto llenado de la lista de Verificación para una cirugía segura antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica contribuye y garantiza la seguridad del paciente y también la calidad de la atención que se proporciona en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.⁹

Cristina Narbona Toledo y colaboradores, Ciudad de Granada. 2010 escriben el artículo “Listado Verificación seguridad quirúrgica (checklist): una necesidad aún no conocida por la enfermería”. Ciudad de Granada. 2010. Los profesionales de enfermería, pertenecientes al Bloque Quirúrgico del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, reconocen la importancia que tiene la seguridad del paciente y como el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) o check-list, podría mejorar los cuidados de enfermería al paciente en esta área, favoreciendo la reducción de las complicaciones y las defunciones por causa de intervenciones quirúrgicas.¹⁰

Becerra K. en el Perú año 2012 realizó un estudio titulado: Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de Verificación de cirugía segura en Chiclayo Lima: Perú 2012, tuvo como objetivo identificar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de Verificación de cirugía segura. Se concluye que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Verificación son la falta de capacitación, responsabilidad y conciencia; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. Es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo responsabilidades, ésta salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.¹⁰

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

3.2. BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

La capacitación busca actualizar conocimientos, modificar prácticas de atención de pacientes y actitudes en las actividades del trabajo, procurando siempre que los contenidos de los programas educativos sean consistentes con las funciones y responsabilidades de cada grupo de profesionales o técnicos que forman parte del equipo de salud. La actualización de conocimientos puede ser realizada por varios métodos como reuniones técnicas y difusión de documentos, pero las que han mostrado mejores resultados en la evaluación del impacto deseado son las técnicas participativas, como discusiones grupales y demostración de procedimientos. Incluso, pese a las grandes inversiones en tiempo, esfuerzo y dinero para capacitación en las últimas décadas, los indicadores de salud han variado muy poco, aludiendo que «el asistir a cursos no garantiza nada, ya que hay gente que ha asistido a muchos cursos y ha aprendido nada». Pero, aunque la efectividad de las capacitaciones sea controversial, se recomienda que la formación del personal sea continua, en áreas técnicas, de relación interpersonal y de solución de problemas reales, en el contexto de la misión y políticas de la institución, dentro de un plan coherente de desarrollo organizacional.

El simple hecho de reunir a unos expertos no garantiza que salgan convertidos en un equipo experto. Ante la evidencia que sugiere que el trabajo en equipo en el quirófano a veces está lejos de ser armoniosa y efectiva, la importancia de capacitar a los equipos del quirófano para que trabajen con efectividad está recibiendo aceptación internacional como estrategia clave para maximizar la seguridad en cirugía. El desarrollo de las intervenciones de formación para brindar a los equipos del quirófano el conocimiento, las habilidades y las actitudes que sirven de fundamento para un desempeño efectivo se ha convertido en tema preponderante de la literatura de cirugía, anestesia y enfermería.

Las 3 estrategias de capacitación empleadas más comúnmente para impartir la enseñanza se basan en la información (p.ej., conferencias/talleres), la demostración (los estudiantes observan las habilidades requeridas en vídeo, por ejemplo) y la práctica (p.ej., juegos de roles, práctica directa, simulación). La formación basada en la simulación ha adquirido cada vez mayor popularidad en la situación perioperatoria (y en realidad en las demás situaciones) como vehículo para desarrollar habilidades. Se ha sugerido que la simulación es un ambiente atractivo de entrenamiento para complementar la práctica clínica. Ofrece la ventaja de permitir que los equipos aprendan las destrezas de trabajo en equipo en un ambiente de aprendizaje estructurado y hecho a la medida en el cual «está permitido equivocarse» y los errores no ponen en peligro la seguridad del paciente.

La efectividad del programa de capacitación hace referencia a la capacidad o habilidad que puede demostrar una persona para obtener determinado resultado a partir de una acción. Para ello es importante identificar las habilidades, actitudes, comportamiento, conocimiento y capacidades que deben desarrollarse a través de la capacitación. A partir de establecer claramente el propósito de la formación se puede medir la efectividad de los resultados. En realidad, evaluar la efectividad de la formación es una labor compleja y depende no solamente de cómo se define la «efectividad» sino también de la disponibilidad de indicadores apropiados para medir dicha efectividad con exactitud.

Kirk Patrick brinda un marco conceptual útil y bien establecido para comprender el impacto de la capacitación del equipo que interviene en el período perioperatorio en 4 niveles de evaluación. El primero es la Reacción, el ¿Cómo reaccionan los participantes ante el programa?, por lo general se evalúan mediante un cuestionario que contiene enunciados cerrados a los cuales los participantes responden sobre una escala de Likert, y también preguntas abiertas. Por lo general se hacen a la medida de la capacitación impartida. Los participantes deben sentir que el programa satisface sus necesidades. Si no lo sienten así, entonces es probable que no estén motivados para la capacitación. Pero recuerde que gustar de un programa no garantiza que ocurra el aprendizaje.

El segundo es el Aprendizaje, el ¿Cuánto han absorbido del programa de capacitación los participantes?; el tercero es el Conocimiento, por lo general se evalúa mediante pruebas objetivas, muchas veces en forma de preguntas de opción múltiple, la demostración de aprendizaje del participante no garantiza que el aprendizaje nuevo será aplicado después en el trabajo; el cuarto es la Conducta como recompensa de la capacitación y por último los resultados como los desenlaces para los pacientes: mortalidad; morbilidad; estancia hospitalaria; rehospitalizaciones, y similares, Procesos de atención: por lo general se seleccionan algunos procesos perioperatorios estándar y/o controles necesarios, incluida la administración de profilaxis antibiótica y para TVP, y similares y la Eficiencia: indicadores de utilización del quirófano; tiempos entre casos.

La efectividad no se puede determinar en tanto no se tenga un valor de referencia, por lo que es importante tomar en cuenta los indicadores y objetivos a medir desde un inicio. Por lo general, la eficacia supone un proceso de organización, planificación y proyección que tendrá como objetivo que aquellos resultados establecidos puedan ser alcanzados. Como cualquier programa de medición es importante tomar los valores antes y después para poder tomar decisiones.

Dentro de las características del Cuidado Humano, descrito por J. Watson quien con respecto al cuidado sostiene que: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud; en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Afirma que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión (en su quehacer, agrega la investigadora) de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea, ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado (acto quirúrgico) una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que: la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Al respecto, liderar y ser partícipe del cumplimiento de la lista de verificación, como estrategia de la Cirugía segura- salva vidas, es reconocida por Watson en su Teoría del Cuidado Humanizado, este a pesar que en el sector salud, está sujeto a las restricciones de la organización administrativa, no debe alejarse de su autenticidad, creando un espacio seguro, con sus conocimientos, su responsabilidad y disponibilidad de buscar a través del cuidado humano la seguridad vital, que todo paciente sometido a una intervención quirúrgica, reclama y espera.

Se considera la Cirugía Segura, como; el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante intervenciones quirúrgicas, algunas enfermedades del cuerpo humano, observando reglas que minimicen riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, asegurando la vida de la persona que será intervenida, ya que aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía.

Esta idea de concepto, se refrenda en la estrategia establecida por la OMS Cirugía Segura-Salva vidas, que es un programa que pretende aprovechar el compromiso político

y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas, para reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Para ello la Alianza Mundial de Seguridad del Paciente, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, editan la lista de Verificación de cirugía segura, también denominada lista de Verificación o Check-List, que en esta investigación la denominaremos lista de verificación, la cual es una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Para ello esta estrategia de seguridad, propone objetivos para el equipo quirúrgico anestésico actuante conformado por el cirujano, el anestesiólogo, las enfermeras quirúrgicas, estas son profesionales altamente calificados, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas

En la actualidad la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de gerenciar las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico, optimizando la atención que se le ofrece al enfermo y maximizando el manejo de los insumos y equipos a su cargo, durante el espacio de intervención denominado acto quirúrgico, estableciendo la lista de Verificación de cirugía segura, como instrumento para lograrlo. El objetivo final de la OMS en cuanto a la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas minimizando así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.³

Es la verificación por parte del equipo quirúrgico, un momento antes de la inducción anestésica un momento antes de la incisión, y posteriormente antes de que el paciente salga del quirófano, del cumplimiento de un conjunto de controles de seguridad

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

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

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

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

Esto se complementa con las medidas de prevención, entre las que se incluye específicamente la prevención de infección de herida operatoria y los controles del proceso de esterilización. La mayoría de los elementos incluidos en la lista fue seleccionado por opinión de expertos, tomando en consideración cuáles son los principales eventos adversos graves potencialmente prevenibles en el peri operatorio y algunas experiencias que se han ido extendiendo con el uso.

PRINCIPIOS:

- ✓ **Simplicidad**, ya que es una lista en donde sólo se tocan los puntos clave y de fácil aplicación; segundo
- ✓ **Amplitud**, de aplicación, es decir, se logra la aplicación en cualquier procedimiento quirúrgico y en cualquier nivel de equipamiento y de recursos humanos y el tercero.
- ✓ **Mensurabilidad**, esta nos permite medir el impacto, si se seleccionaron instrumentos de medida significativos, aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto, al cual se le identifica en el cotidiano como equipo quirúrgico.

- ✓ Focalizada, Se debe intentar que la Lista de verificación sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad. Lo ideal son entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado de la Lista.
- ✓ Breve, La verificación de cada sección de la lista no debe llevar más de un minuto. Aunque pueda resultar tentador elaborar una lista más exhaustiva, la necesidad de integrar la lista en el flujo de la atención sanitaria debe contrarrestar este impulso.
- ✓ Ejecutable, Cada elemento de la Lista de verificación debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca. Los elementos sin una acción directamente asociada confundirán a los miembros del equipo sobre lo que se espera de ellos.
- ✓ Verbal, La función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo. El repaso de la Lista de verificación en equipo es decisivo para su éxito; probablemente será mucho menos eficaz si se utiliza exclusivamente como instrumento escrito.
- ✓ Cooperativa, Cualquier intento de modificación de la lista debe contar con la colaboración de los representantes de los grupos involucrados en su utilización. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestesistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generar la sensación de “pertenencia” que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica.
- ✓ Comprobada, Antes de implantar una lista de verificación modificada, debe ensayarse en un entorno limitado. Las observaciones de los médicos en tiempo real son esenciales para un desarrollo satisfactorio de una lista de verificación y su integración en los procesos de atención sanitaria. Es importante someterla a prueba mediante una “simulación” tan simple como repasarla punto por punto con los miembros de un equipo en torno a una mesa. También proponemos que un equipo quirúrgico utilice la lista durante un solo día y aporte observaciones. Modifique consecuentemente la Lista de verificación o la manera en que se integra en la atención sanitaria y vuelva a ponerla a prueba en un solo quirófano. Continúe con este sistema hasta que considere que la lista así creada funciona en su entorno. Plántese entonces implantarla con un programa de mayor envergadura.
- ✓ Integrada, Muchas instituciones ya poseen estrategias para garantizar la ejecución responsable de muchos de los procesos recogidos en la Lista de verificación de la OMS.

La incorporación de nuevos controles de seguridad en los procesos es tarea ardua, pero posible en casi todos los ámbitos. Los principales puntos que se añaden a las prácticas actuales son la integración de la comunicación entre el equipo, y los momentos de orientación previa y de resumen posterior. Estos puntos son de una importancia decisiva y no deben eliminarse de la Lista de verificación. Por razones de brevedad, la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretendió ser exhaustiva. Los equipos pueden considerar la posibilidad de añadir otros controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro.

Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales, como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que sean fundamentales antes de la operación.

Se recomienda que cada centro reformatee, reordene o revise la Lista de verificación para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el cumplimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. Sin embargo, como ya se mencionó antes, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar.

LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación, para garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante a viva voz (se asume que la función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo), pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación y se espera que al aplicar cada una de sus 3 secciones solo tarde un minuto o menos.⁴

Todo acto quirúrgico según la Lista de verificación está dividida en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción

de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador, pero hasta llegar a ese aprendizaje es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. Todos los pasos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación.

El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier clínico podría coordinar el proceso de verificación de la lista.⁴

MOMENTOS:

El proceso es sencillo y está descrito de la siguiente manera:

Entrada: Antes de la inducción de anestesia:

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

- ¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

“Se confirma verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención, el lugar anatómico y el consentimiento del paciente para su realización. Este constituye un punto esencial, ya que tiene como objetivo, garantizar que no se opere a la persona o el lugar anatómico equivocado”.

En algunas situaciones nos podemos encontrar con dificultad pues el paciente no puede confirmar, ni colaborar con estos datos, ya sea por su edad o en situaciones de discapacidad, en este caso la persona indicada para asumir esta función puede estar a cargo de un familiar más cercano o un tutor. En el caso que este paso se omitiera, como por ejemplo en ausencia del tutor o por una urgencia, todo el personal deberá estar informado y conforme para continuar con el procedimiento.

- ¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?

El cirujano, deberá marcar el sitio quirúrgico, con un marcador, una vez realizado este procedimiento deberá ser confirmado verbalmente al coordinador, constituye un paso fundamental ya que nos ofrece una confirmación adicional de que el sitio quirúrgico es el adecuado y de igual manera con el procedimiento a realizarse. Se va a delimitar el sitio quirúrgico, casi obligadamente en los casos que impliquen: Lateralidad (disposiciones izquierda o derecha, en el caso de los riñones) Múltiples niveles o estructuras, (como por ejemplo en las vértebras, dedos etc.).

- ¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?

Este punto conocido como el control de seguridad de anestesia, va dirigido exclusivamente al anesthesiólogo designado, quien es el encargado de verificar que todo el instrumental (equipo de intubación, aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación y la succión) y medicamentos anestésicos (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), estén en correcto funcionamiento y disponibles previos al procedimiento, así como también analizar el riesgo al que puede estar sometido el paciente con la aplicación de la misma.

- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro y funciona?

El coordinador de la lista de Verificación, debe cerciorarse de que el pulsioxímetro, esté colocado y que funciona correctamente, antes de la aplicación

de la anestesia. Al no disponer de un pulsioxímetro, se deberá valorar el peligro de la intervención y considerar si se pospone o no el procedimiento. “Si en caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación”.

- ¿Tiene el paciente alergias conocidas?

El anestesiólogo deberá preguntar al paciente si existe algún tipo de respuesta alérgica o de hipersensibilidad a algún tipo de sustancia, en el caso de tenerla deberá ser identificada y rápidamente informada al coordinador.

- ¿Tiene el paciente vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

El equipo de anestesia debe estar preparado y capacitado para hacer una evaluación completa de la vía aérea y poder identificar cualquier tipo de problema que puede constituir una dificultad en el momento de la intubación. En el caso de encontrarla deberá ser confirmada verbalmente al coordinador. Para esto podemos valernos de algunos métodos que nos permitirán graduar la vía aérea, como son Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. “La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada”.

- ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)?

El coordinador deberá preguntar al equipo quirúrgico si existe la posibilidad de sangrado, y si existiera cuanto sería el aproximado. En el caso que esta sea superior a medio litro, el equipo debe estar consciente del riesgo que corre el paciente y de la posibilidad de complicaciones que pueden desencadenarse secundaria a esta; y sobre todo estar preparados para su manejo confirmando la disponibilidad de líquidos y sangre en el caso que sea necesario reanimación. “La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central”. 32 Una vez realizado

este punto podemos continuar con la siguiente fase, iniciando con la aplicación de la anestesia. “Se encontró que en la fase preoperatorio, las fallas atribuibles al factor humano eran más frecuentes, siendo la falta de firma en el formulario de consentimiento informado, la falla más común con un 86.3%”.

Pausa quirúrgica: Antes de la incisión cutánea

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. Los elementos de un equipo no son constantes y normalmente cambian con frecuencia. Es necesario que todos los miembros del equipo se conozcan y esto se logra con una simple presentación.
- Se debe confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión. Previo a la incisión cutánea, se realizara la pausa quirúrgica, para confirmar verbalmente el nombre del paciente, el tipo de procedimiento quirúrgico que va a ser llevado a cabo, la localización anatómica para incisión quirúrgica y en algunas situaciones la posición para evitar equivocaciones.
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
Este paso es esencial ya que nos permite disminuir el riesgo de infección, esta debe ser colocada 60 minutos antes o al momento de la inducción anestésica, en el caso de ser así deberá ser confirmada al coordinador. Si el tiempo supera el establecido debería considerarse administrar una nueva dosis. No está indicado en intervenciones quirúrgicas limpias, en algunas circunstancias clínicas suelen ser beneficiosas, estas situaciones implican casi siempre un breve período de contaminación por microorganismos que pueden predecirse con razonable precisión, como son: intervenciones biliares de alto riesgo en pacientes mayores de 60 años, inflamación aguda, cálculos en la vía biliar o ictericia Histerectomía vaginal o abdominal, cesárea, implantación de material protésico y mallas, heridas con contaminación bacteriana evidente y lesión de los tejidos.
- Previsión de eventos críticos:
Hace referencia al trabajo en equipo, que nos permita garantizar una vigorosa comunicación entre todos y cada uno de los miembros, con la finalidad de mantener una cirugía segura y evitar o estar preparados para las posibles complicaciones que puedan presentarse.

- ✓ Cirujano: Indicará los pasos críticos o no sistematizados. El tiempo que durará la operación. La pérdida de sangre prevista.
- ✓ Anestesiólogo: Indicará la presencia de algún problema específico y comorbilidades.
- ✓ Equipo de enfermería: Va a confirmar la esterilidad del instrumental. Cualquier duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos, deben ser solucionados antes de la intervención.
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
Las imágenes constituyen una herramienta necesaria para la planificación y un correcto desarrollo de las operaciones. “Estas deben estar a disposición del cirujano, en el quirófano y en un lugar visible para que puedan utilizarse durante la operación”.

Salida: Antes de que el paciente salga del quirófano

- “El enfermero confirma verbalmente”:
 - ✓ El nombre del procedimiento.
 - ✓ El recuento de instrumentos, gasas y agujas.
- El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente).
“La rotulación incorrecta de las muestras anatómo-patológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios”.
- El cirujano, el anestesiólogo y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

CAPITULO IV: HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 Hipótesis:

El programa de capacitación es eficaz en el conocimiento y aplicación de la lista de Verificación de cirugía segura de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

4.2 Variables:

V. INDEPENDIENTE: Programa de Capacitación sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

V. DEPENDIENTE: Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

4.3 Operacionalización de las variables

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADORES |
|---|---|---|---|---|
| <p>Efectividad de un programa de capacitación en el Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.</p> | <p>Capacitación: Busca actualizar conocimientos, modificar prácticas de atención de pacientes y actitudes en las actividades del trabajo, procurando que los contenidos de los programas educativos sean consistentes con las funciones y responsabilidades de cada grupo profesional que forma parte del equipo de salud.</p> | <p>Conocimiento antes de la capacitación. Conocimiento después de la capacitación.</p> | <p>Ejecución teórica y práctica sobre la Lista de verificación de cirugía segura, dirigido a las enfermeras. Será evaluado por un cuestionario de quince ítems</p> | <p>Conocimiento alto Conocimiento medio Conocimiento bajo</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------|
| <p>Efectividad de un programa de capacitación en la Aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura</p> | <p>Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje</p> | <p>Aplicación de la Lista de Chequeo de verificación de cirugía segura en el primer momento: Entrada – Antes de la inducción anestésica</p> <p>Aplicación de la Lista de Chequeo de verificación de cirugía segura en el segundo momento: Pausa – antes de la incisión quirúrgica.</p> <p>Aplicación de la Lista de Chequeo de verificación de cirugía segura en el tercer momento: Salida – Antes de la salida del quirófano.</p> | <p>Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el periodo anterior a la inducción de la anestesia.</p> <p>Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.</p> <p>Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el periodo de cierre de la herida quirúrgica, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.</p> | <p>Aplica</p> <p>No Aplica</p> |
|--|--|--|--|--------------------------------|

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo porque se describirá la variable tal y cual se presenta en la realidad y de corte transversal porque se recolectara los datos en un determinado periodo de tiempo.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizará en el Hospital Cayetano Heredia MINSA, hospital de nivel 1, ubicado en Av. Honorio Delgado N°262 Distrito de San Martín de Porras – Lima Norte, tiene un ideal de excelencia en su triple actividad; asistencial, docente y de investigación. El Hospital Cayetano Heredia, cuenta con 605 camas funcionales, 242 consultorios, además cuenta con un Centro Quirúrgico con 8 salas quirúrgicas, sin embargo por las restricciones económicas del sector, solo están operativas 6 salas de las cuales 2 están destinadas para cirugías de emergencia.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio estará conformada por un total de 45 Profesionales de Enfermería de Centro Quirúrgico que laboran en el Hospital Cayetano Heredia. Debido al tamaño reducido de la población no se consideró una muestra, se trabajara con el total de la población.

Criterios de selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las Enfermeras de Quirófano de forma contratada o nombrada y que cumplan la función asistencial que acepten participar firmando su consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las Enfermeras de Quirófano que cumplan función administrativa y que estén haciendo pasantías y las enfermeras que no deseen participar en el estudio.

5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, en la presente investigación se utilizara como técnica de recolección de datos se usarán dos instrumentos:

1. Cuestionario de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura el cual constará de dos partes, en la primera parte que se establecerán los datos sociodemográficos de las enfermeras, y la segunda parte consta de quince preguntas respecto al tema de investigación con cuatro alternativas, el cual será determinado por Conocimiento Alto (puntaje de 15 – 20), Conocimiento Medio (puntaje de 11 – 14) y Conocimiento Bajo (puntaje 0 - 10); tendrá duración en promedio de 20 minutos, como instrumento permitirá seguir un orden de preguntas.
2. Lista de Observación de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, que nos permitirá registrar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, consta de tres partes considerando los tres momentos de su aplicación:
 - a) Primera parte, antes de la inducción anestésica que consta de siete preguntas.
 - b) Segunda parte, antes de la incisión quirúrgica que consta de siete preguntas.
 - c) Tercera parte, antes de la salida de quirófano que consta de cinco preguntas.
3. Asignándole el puntaje de 1 al ‘‘SI’’ y el 0 al ‘‘NO’’, en donde en puntaje ≥ 17 se le considerará ‘‘SI APLICA’’ y el ≤ 16 ‘‘NO APLICA’’

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. Se cumplirán los requisitos solicitados por dicho nosocomio para obtener el permiso correspondiente que permitirá la ejecución de esta investigación,
2. Posterior se coordinará con la jefa de enfermeras del Centro Quirúrgico para que nos permita el ingreso a su reunión del día administrativo para poder dar a conocer a las enfermeras la realización de la investigación dando a conocer los objetivos y propósito del estudio y que la información obtenida será de manera anónima y confidencialidad. Se les proporcionará la hoja de Consentimiento Informado e inmediatamente se aplicará el primer instrumento a las enfermeras que hayan firmado la hoja de consentimiento informado.
3. Luego se coordinará nuevamente con la jefa de enfermeras para el día de capacitación
4. La aplicación de los instrumentos será en un periodo de dos meses, los días Lunes, Miércoles y Viernes.
5. La aplicación del segundo instrumento será en un turno de doce horas, con un mínimo de dos cirugías por enfermera participante, la observación será de manera discreta para disminuir los riesgos de sesgos en la recolección de datos.

6. Dada la capacitación se volverá a aplicar el primer instrumento y posteriormente en los turnos de mañana se volverá a aplicar el segundo instrumento a cada enfermera participante.
7. Posterior a la capacitación se volverá a aplicar el primer y segundo instrumento respectivamente.

5.5 TABULACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis estadístico será realizado por el personal investigador con asesoría externa.

Los datos serán transcritos a hojas usando el paquete Microsoft ® Excel ® y en donde se realizara la base de datos que nos mostrara tablas y gráficos que nos permitirá realizar el análisis mediante el SPSS versión 24.0.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS:

5.6.1 Consideraciones Éticas:

- **Principio de autonomía.**-Se respetará en todo momento la libertad de participación de las enfermeras elegidas para el estudio, respetando su libertad y condición para optar por el mejor mecanismo para solicitar su participación voluntaria y el respeto a su dignidad.
- **Principio de No Maleficencia:** este estudio no ocasionará daño alguno a los participantes, por lo contrario se espera conocer cuánto información tienen para aplicar la lista de Verificación de cirugía segura, por lo tanto prevenir los eventos adversos.
- **Principio de Beneficencia:** Se entregará un informe al servicio, haciendo las recomendaciones para la mejora en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura; se propondrá un plan de capacitación basados en el diagnóstico que se origina a partir de la evaluación realizada, que se planteará a mediano y a largo plazo.
- **Principio de justicia:** Se tratará a todos por igual informándoles de manera clara y precisa la condición de su participación que considera la privacidad, anonimato y confidencialidad.

5.6.2 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS:

5.6.2.1 Cronograma de actividades

| ACTIVIDAD | CRONOGRAMA 2018 | | | | | | | | | | | | | | | RESPONSABLES |
|---|-----------------|----|----|-------|---|----|----|----|----|---------|---|----|----|-------|---|----------------|
| | DICIEMBRE | | | ENERO | | | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | |
| | 26 | 27 | 28 | 6 | 7 | 13 | 14 | 27 | 28 | 5 | 6 | 12 | 13 | 5 | 7 | |
| Entrega de solicitud de permisos a la Jefatura de Centro Quirúrgico y a la Comisión de ética del Hospital Cayetano Heredia. | X | X | | | | | | | | | | | | | | Investigadoras |
| Coordinación con Jefatura de enfermeras de Centro quirúrgico | X | X | | | | | | | | | | | | | | Investigadoras |
| Prueba piloto y ajustes pertinentes. | | X | X | | | | | | | | | | | | | Investigadoras |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------------|
| PRE TEST Entrega de cuestionarios y recogida de datos | | | | | X | | X | | | | | | | | | | Investigadoras |
| Ejecución de programa de capacitación. | | | | | | | | X | | | | | | | | | Investigadoras |
| POS TEST Entrega de cuestionarios y recogida de datos. | | | | | | | | | X | | | | | | | | Investigadoras |
| Procesamiento de datos de la y creación de base de datos | | | | | | | | | | X | | | | | | | Investigadoras |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | X | | | | | | Investigadoras |
| Actualización de la revisión bibliográfica. | | | | | | | | | | | X | | | | | | Investigadoras |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | Investigadoras |
| Divulgación de resultados. | | | | | | | | | | | | | | | | X | Investigadoras |

5.6.2.2 Presupuesto:

| ITEM | MONTO S/. |
|--------------------------------------|-----------------|
| PERSONAL | |
| Asesoría | 10000.00 |
| Encuestadores | 3000.00 |
| Estadístico | 500.00 |
| EQUIPOS: | |
| Computador | 1200.00 |
| Internet | 700.00 |
| Impresora | 750.00 |
| Papelería | 300.00 |
| Llamadas telefónicas de coordinación | 200.00 |
| Trasporte | 200.00 |
| Refrigerios | 500.00 |
| MATERIALES | |
| Fotocopias | 200.00 |
| Lapiceros | 100.00 |
| TOTAL | 27650.00 |

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. Rivero D, González N y otros. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2012.
2. Soria-Aledo, Víctor Andre Da Silva, ZeNewton; Saturno, Pedro J.; Grau-Polan Marina, Andrés; Carrillo-Alcaraz. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. 2012
3. Cristina Narbona Toledo; Sonia Delgado Arcas; Francisca Narbona Toledo. Listado verificación seguridad quirúrgica (checklist): Una necesidad aún no conocida por la enfermería. Ciudad de Granada. 2010.
4. Becerra K. Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Verificación - Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012.
5. Hernández S; Fernández C. —Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 2010.
6. Mg. Guadalupe Nava Galán, Mg. de Lourdes Espinoza. Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. [sede web]* México; 2010 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
Artículo: Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). México, 2011.
7. Louise Hull, Nick Sevdalis. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía Teamwork and safety in surgery. Rev Colomb Anestesiol 2015; 43:3-6 - Vol. 43 Núm.1 DOI: 10.1016/j.rca.2014.10.002. Disponible en:
<http://www.revcolanest.com.co/es/el-trabajo-equipo-seguridad-cirugia/articulo/S0120334714001373/>
8. “10 Datos Sobre Seguridad En La Atención Quirúrgica. España; 2010. [sede web]* [acceso 15 de agosto del 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.html
9. Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

10. Organización Mundial de la Salud, 2008. La cirugía segura salva vidas [Revista en Internet].-WHO/IER/PSP/2008.07.Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
11. Ministerio de Salud. Calidad en Salud y Seguridad del Paciente. [Revista en Internet] 2010.Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.html
12. Hospital Cayetano Heredia, 2013. Resolución Ministerial del Hospital Cayetano Heredia. [Internet]. Disponible en:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd131_2013.pdf
13. Organización Mundial de la Salud, 2009. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

ANEXOS

ANEXO: INSTRUMENTO 1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

CÓDIGO

Muy Buenos Días, le presento el instrumento para el estudio de investigación titulado: “Efectividad de un programa de capacitación en el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras quirúrgicas del Hospital Cayetano Heredia” para el cual solicito de su colaboración en el llenado del cuestionario; asimismo agradezco anticipadamente su participación para contestar sinceramente dichas preguntas, recuerden que es anónimo y las conclusiones del estudio servirán para mejorar la calidad de atención que se brinda en el Centro Quirúrgico del HCH.

I. INSTRUCCIONES:

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

II. CONTENIDO

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

Sexo: M () F ()

Tiempo de servicio: 1-5() 6-10() 10-15() 16 a más ()

Condición laboral: Nombrado () Contratado ()

PREGUNTAS:

1. ¿A qué se refiere la lista de verificación de cirugía segura?

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

2. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?

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

3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de cirugía segura?

- a) Enfermero (a).
- b) Anestesiólogo (a).
- c) Cirujano (a).

d) Cualquiera puede realizarlo.

4. Dentro de la lista de verificación de cirugía segura, qué es lo incorrecto

- a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
- b) Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.
- c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.
- d) Todas son correctas

5. Si la lista de verificación de cirugía segura cuenta con tres momentos, dentro de qué momento se hace el conteo de gasas y agujas:

- a) Antes del cierre de la incisión quirúrgica.
- b) Antes de la inducción anestésica.
- c) Antes de la incisión quirúrgica.
- d) Ninguna de las anteriores.

6. El antibiótico profilaxis debe administrarse:

- a) Dentro de las 2 horas.
- b) Dentro de los 60 minutos.
- c) Antes de los 60 minutos.
- d) Después de los 60 minutos.

7. En cuanto a la pieza operatoria, indicar lo incorrecto:

- a) Rotulo del nombre del paciente, numero de HCL, fecha, tipo de muestra, médico tratante.
- b) Siempre debe ser colocado en formol.
- c) Si la muestra es un cultivo, debe ser enviado de inmediato.
- d) Debe verificarse si la muestra está fuera de la cavidad del paciente.

8. Es importante que si hay riesgo de hemorragia, se verifique:

- a) Paquete(s) globular(es).
- b) Aspirador de secreciones conectado y operativo.
- c) Consentimiento informado para la transfusión sanguínea y/o solicitud para transfusión sanguínea.
- d) Solo a y c.

9. Es importante que el cirujano realice la _____ si se habla de lateralidad, para evitar iatrogenias.

- a) Identificación del paciente

- b) Marcación de zona operatoria
- c) Recomendación para la recuperación del paciente
- d) Ninguna de las anteriores

10. El anesestesiólogo confirma (antes de la inducción anestésica):

- a) Si el paciente cuenta con sonda nasogástrica.
- b) Operatividad de la máquina de anestesia
- c) Pérdida sanguínea estimada
- d) Pasos quirúrgicos

11. El cirujano confirma (antes de la incisión):

- a) Operatividad del pulsioxímetro
- b) Esterilidad del instrumental
- c) Tiempo operatorio estimado
- d) Alergia conocida

12. La enfermera confirma (antes de la incisión):

- a) Riesgo de pérdida de sangre
- b) Resultado de los indicadores de la esterilización del instrumental
- c) Antibiótico administrado
- d) Acceso intravenoso

13. ¿Cuánto es el riesgo de pérdida de sangre en niños?

- a) 500 ml
- b) 7ml/kg
- c) 10 ml/kg
- d) 200 ml

14. Enfermera confirma verbalmente con el equipo (antes que el paciente salga de quirófano):

- a) Tiempo operatorio estimado
- b) Alguna consideración en especial
- c) Problemas con algún instrumental
- d) Antibiótico administrado

15. Quien confirma alergia conocida del paciente quirúrgico:

- a) Técnico de enfermería
- b) Anesestesiólogo
- c) Coordinadora
- d) Jefa de enfermeras

ANEXO: INSTRUMENTO II
LISTA DE OBSERVACION DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

Tipo de cirugía:

Hora de inicio:

Turno:

Hora de término:

| | 1 | | 2 | | | 1 | | 2 | | | 1 | | 2 | |
|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|
| | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA | | | | | ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA | | | | | ANTES DEL CIERRE DE LA INCISION QUIRURGICA | | | | |
| ¿Ha confirmado la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? | | | | | ¿Han confirmado todos los miembros del equipo, se han presentado por su nombre y función? | | | | | El enfermero confirma: El nombre del procedimiento: | | | | |
| ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico | | | | | ¿Ha confirmado el cirujano la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento a realizar? | | | | | El recuento de instrumental, agujas, gasas completas | | | | |
| ¿Se ha completado la comprobación de los equipos de anestesia y la medicación anestésica? | | | | | ¿Se ha administrado antibiótico profilaxis en los últimos 60 minutos? | | | | | Si hay pieza patológica | | | | |
| ¿Se ha colocado el pulsoxímetro al paciente y funciona? | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pasos críticos o inesperados. • Duración de la cirugía. • Pérdida de sangre prevista | | | | | Si hay problemas que resolver en cuanto al instrumental y equipos | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ¿Paciente alérgico a medicamentos? | | | | | ¿Presenta el paciente algún problema específico? | | | | | Si hay alguna recomendación para la recuperación del paciente. | | | | |
| ¿Paciente con dificultad en la vía aérea? | | | | | ¿Se ha confirmado la esterilidad del instrumental? ¿Hay dudas relacionados con los instrumentos o equipos? | | | | | | | | | |
| ¿Paciente con riesgo de hemorragia mayor de 500ml? | | | | | ¿Se pueden ver imágenes diagnosticas específicas? | | | | | | | | | |

1ra Aplicación Puntaje total: _____

2da Aplicación Puntaje total: _____

PROGRAMA DE CAPACITACION

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

Introducción

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería que labora en el área de centro quirúrgico tiene conocimiento en el uso de la hoja de lista de Verificación de cirugía segura no está concientizado en cuál es la importancia de la aplicación los cual nos indica un problema de la seguridad de la cirugía ya que está ampliamente reconocido en todo el mundo; estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública, debido a que la información estadística establece cifras preocupantes de las complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia.

Objetivo General

- ✓ Brindar conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura a las enfermeras de centro quirúrgico del HCH.

Objetivo Específico.

- ✓ Incorporar conocimientos teóricos
- ✓ Generar un ámbito para el intercambio de conocimientos entre los participantes
- ✓ Lograr un estándar de conocimientos en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
- ✓ Reafirmar los conocimientos teóricos adquiridos durante la capacitación

Metodología

Para el desarrollo del proceso Enseñanza-Aprendizaje, se propone la utilización de la corriente constructivista, evitando así el desarrollo de clases “magistrales” y/o el traspaso de conocimientos de tipo “bancarizado”. Para lograr dicho propósito, se les facilitará en forma anticipada el cronograma de actividades a través de su respectivo Jefe de Servicio.

Difusión.

El presente Programa de capacitación, se socializará con el departamento de Enfermería a la vez informará mediante un circular a la jefa de Servicio de Centro Quirúrgico. De ésta forma, se podrá agendar como tema en su próxima reunión mensual.

Temas a desarrollar.

- 1° Generalidades y principios de la lista de verificación de cirugía segura – cirugía segura salva vidas.
- 2° Primera fase: Antes de la inducción de la anestesia
- 3° Segunda fase: Antes de la incisión cutánea
- 4° Tercera fase: Antes que el paciente salga del quirófano.

Recursos Necesarios

- Aula: 1(una)
- E cran: 1(una)
- Proyector: 1(una)
- Laptop: 2 (dos)
- Sillas 20 (veinte)
- Escritorio 1 (uno)

Impacto del proceso de aprendizaje.

La Impacto del proceso monitorización de lo aprendido en los encuentros teóricos, será llevada a cabo por le enfermera responsable de la capacitación observando la relación teórica - practica, luego del desarrollo de la capacitación se dará un informe a la jefa del servicio

Lugar; fechas; horarios.

- Las clases se llevarán a cabo en las Aulas del Comité de Docencia e Investigación del Hospital.
- Los días para el desarrollo teórico serán martes y jueves, durante el mes de Febrero del 2018. Los encuentros tendrán una duración de 1 hora 30 min reloj, comenzando puntualmente a las 09:00 horas.

Cronogramas de Actividades

Mes de Febrero

| Martes | Jueves | Docentes | Temas |
|---------------|---------------|---|---|
| 6 | 8 | Gissela Bustamante Avalos | Generalidades y principios de la lista de Verificación de cirugía segura – cirugía segura salva vidas |
| 13 | 15 | Catheryn Laurente Cerrón | Primera fase: Antes de la inducción de la anestesia |
| 20 | 22 | Jazmin Molina Rodriguez | Segunda fase: Antes de la incisión cutánea |
| 27 | | Invitada: Lic, Corina Almeyda del HNDAC. | Tercera fase: Antes que el paciente salga del quirófano |