



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

| Facultad de
ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA
SEGURA POR LA ENFERMERA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL INSTITUTO
NACIONAL CARDIOVASCULAR - LIMA, JULIO – AGOSTO, 2018

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO

AUTORAS

DENISSE STEFHANIE HERRERA DIAZ

LIZBET IRENE MAYTA RAMOS

PATRICIA ALEJANDRA MINAYA ORTIZ

ASESORA

MARIA ANGELA ROXANA FERNANDEZ PACHECO

LIMA – PERÚ

2018

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. Formulación del problema	4
1.2. Justificación	4
1.3. Viabilidad	5
1.4. Factibilidad	5
CAPÍTULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS	6
2.1. Propósito	6
2.2. Objetivos.....	6
2.2.1. Objetivo general.....	6
2.2.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Antecedentes.....	7
3.2. Base teórica.....	10
CAPÍTULO IV MATERIAL Y MÉTODO.....	17
4.1. Diseño de estudio.....	17
4.2. Población y muestra.....	17
4.3. Definición operacional de variables.....	19
4.4. Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....	22
4.5. Plan de tabulación y análisis.....	26
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS	27
5.1. Principios éticos.....	27
5.2. Cronograma diagrama de Gantt	28
5.3. Presupuesto	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	35
Anexo 1: Encuesta	36
Anexo 2: Observación	41
Anexo 3: Consentimiento informado.....	44
Anexo 4: Lista de verificación de cirugía segura del Instituto Nacional Cardiovascular	47

Mg. María Ángela Roxana, Fernández Pacheco
ASESORA

RESUMEN

La lista de verificación de cirugía segura (LVCS) es un procedimiento importante de realizar antes, durante y después de una cirugía, siendo la responsabilidad del profesional de enfermería, es por ello, que su conocimiento y aplicación es importante tener en claro para todo tipo de cirugía, siendo una de ellas las cirugías cardiovasculares. La presente investigación tiene como objetivo: determinar la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular – Lima, julio – agosto, 2018. El tipo de estudio es cuantitativo, aplica la lógica deductiva y es un estudio correlacional. Población está conformada por 25 profesionales de enfermería. La técnica es la encuesta y el instrumento un cuestionario, por ser los más instrumentos más adecuados para cumplir con los objetivos. Para realizar la investigación y recolección de datos, se realizará y solicitará el permiso respectivo por medio de solicitud al Comité de Ética del Instituto Nacional Cardiovascular, con la finalidad de obtener la autorización formal para el desarrollo de la investigación, procediendo a la realización, previo consentimiento informado por el profesional de enfermería respondiendo al principio ético de autonomía y los demás principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia. La información que se obtendrá se procesará y analizará a través del programa estadístico SPSS versión 20.0. Los hallazgos se presentarán en tablas y gráficos estadísticos, presentando posterior a ello la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Palabras claves: conocimiento, aplicación, LVCS, profesional de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Dado al aumento de la incidencia de traumatismos, cánceres y enfermedades cardiovasculares, la cirugía ha ido en aumento en los sistemas de salud públicos. La cirugía es la única razón de admisión para muchos pacientes que ingresan a un hospital según lo reportado, 234 millones, el cual va en ascenso siendo todas estas intervenciones quirúrgicas que se realizan en todo el mundo. Considerando este problema de salud pública, el 27 de octubre del 2007 se establece la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, por lo que la Organización Mundial de la Salud la define como el Reto Mundial “La cirugía segura salva vidas” de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para reducir el número de muertes y errores adversos al origen quirúrgico. Según estudios realizados muestran que entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan a un hospital, sufren de un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria. De ellos, alrededor del 50% se consideran evitables, donde los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte, la cirugía es uno de los principales procedimientos a los que se asocia un número importante de eventos adversos y complicaciones, pudiendo estos desembocar incluso en la muerte¹.

Por lo tanto, es necesario que los establecimientos de salud y el personal sanitario asuman esta cultura de seguridad del paciente y lo integren en su trabajo; sin embargo estudios nos demuestran que la LVCS no está siendo aplicada por todos los profesionales según la guía instructiva, ya que no todos los miembros del equipo participan o no tienen conocimiento, aduciendo que su aplicación es innecesaria o que toma mucho tiempo, por lo que no tienen las firmas del equipo completo en el formato al final de la cirugía¹, acorde a lo estipulado en la guía, perjudicando la vida del paciente, teniendo como objetivo general: determinar la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular - Lima, julio – agosto, 2018.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado a la creciente incidencia de traumatismos, cánceres y enfermedades cardiovasculares, entre otros, que hoy en día se evidencia estadísticamente a nivel mundial, la demanda en las instituciones de salud tanto pública como privada en sus diferentes servicios ha incrementado y al ser estos accidentes o enfermedades asistenciales pasan a ser intervenidas quirúrgicamente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que en todo el mundo al año 63 millones de personas ingresan al quirófano por lesiones traumáticas, 10 millones por complicaciones que desencadena el embarazo, 31 millones por problemas cancerígenos y 234 millones por cirugía mayor que equivale a decir 1 cirugía por cada 25 personas, donde la cuarta parte sufren complicaciones pos operatorias y de éstas del 0.5% al 5% registran la tasa bruta de mortalidad tras la cirugía mayor².

El 70% de los eventos adversos se consideran prevenibles y el 25% de las hospitalizaciones relacionadas con la cirugía presentan complicaciones debidos a errores técnicos, es por eso que la OMS publicó en el 2008 que las listas de verificación de cirugía segura reducían de 1.5% a 0.8% la mortalidad en las intervenciones quirúrgicas, además de ser una herramienta de prevención de eventos adversos perioperatorios. Debido a este problema en la salud pública, el 27 de octubre del 2004 se implanta la “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” por lo que la OMS definiéndola como Reto Mundial: “La cirugía segura salva vidas” para reducir el número de muertes y errores adversos por origen quirúrgico².

En países en desarrollo, según estudios la tasa de mortalidad alcanza del 5 al 10% de operaciones de cirugía mayor, dejando de lado las infecciones y morbilidades causadas pos cirugía que también constituyen un problema grave a nivel mundial.

En España, se anunció en el 2005 el estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la asistencia hospitalaria (ENEAS), donde un 31,4% de los eventos adversos rebelaron un aumento de las estancias hospitalarias. Según este mismo estudio, la especialidad con el mayor número de eventos adversos fue cirugía.

Para la OMS, nuestro país no es ajeno al problema de seguridad de la cirugía, estudios consideran que algunos de los factores que favorecen el aumento de las dificultades, aparte de la mala infraestructura, la calidad de los medicamentos, la irregularidad de suministro, son la deficiencia en la gestión organizativa y en la formación del personal. Por lo que el Ministerio de Salud (MINSA) asociado al Colegio Médico del Perú, a través de la Dirección General de Salud de las personas, propone la LVCS, disminuyendo con su implementación el número de eventos adversos registrados³.

Hoy por hoy en el Perú, las intervenciones quirúrgicas representan más de 125.000 cirugías anuales. A pesar de estos beneficios, siguen existiendo brechas entre el conocimiento y la aplicación de LVCS en nuestros hospitales por lo que realizamos esta investigación. En Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), la “Seguridad del Paciente” es considerada un indicador de calidad de atención. En el 2010 se implantó parcialmente esta lista de chequeo, sin embargo, ya en el 2012 de una muestra de 100 formatos de la LVCS se obtuvo que se aplica sólo en un 61% del total de cirugías, con una calidad de registro incompleta y ausencia del equipo quirúrgico en la fase de salida de la LVCS⁴. Por lo que esta lista es sometida a evaluación, midiendo la satisfacción del área usuaria, implementando indicadores de aplicación y calidad de la lista la seguridad del paciente es un indicador de la calidad de atención que ahí se brinda, adoptándose así la guía técnica de implementación de la LVCS MINSA/2010, donde al someterse a evaluación dio como resultado en el 2015 que su aplicación incrementó notablemente a un 96%, las cirugías programadas suspendidas disminuyó a un 11% y las re intervenciones no programadas se redujo a un 4%⁵.

Por lo tanto, es necesario que los hospitales y el personal sanitario de salud asuma esta cultura de seguridad del paciente y lo integren en su forma de trabajo; sin embargo estudios piloto y prácticas de pos grado demuestran que la LVCS no está siendo aplicada por todos los profesionales según la guía instructiva, ya que no todos los miembros del equipo participan, aduciendo que su aplicación es innecesaria o que toma mucho tiempo, por lo que no tienen las firmas del equipo completo en el formato al final de la cirugía, acorde a lo especificado en la guía. Ante esta problemática y

teniendo en cuenta que la lista de verificación de cirugía segura tiene por finalidad que las prácticas quirúrgicas sean seguras y que su aplicación son competencia del equipo quirúrgico, nos planteamos el siguiente problema de investigación:

1.1. Formulación del problema.

¿Cuál es la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular – Lima, julio – agosto, 2018?

1.2. Justificación.

El presente estudio reside gran importancia porque permitirá que los resultados constituyan una información significativa para los profesionales de la salud que laboran en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular, permitiendo determinar el conocimiento y la aplicabilidad de los profesionales de la salud respecto a la LVSC. En los últimos años se ha observado en diferentes estudios en centros quirúrgicos de los hospitales que el cuidado que se brinda en el servicio se ha vuelto rutinario, los profesionales pese a que tienen en conocimiento el deber de aplicar la lista de chequeo, no se cumple o no lo realizan correctamente, trayendo como desenlace la ocurrencia de eventos adversos prevenibles como cirugías en el paciente incorrecto, cirugías en zonas equivocadas y alto riesgo de complicaciones.

En el centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular no se ha realizado estudios directos a los profesionales de enfermería del cuidado que debe brindar la enfermera instrumentista II es por ello que la investigación brindará beneficios al establecimiento de salud para que de una u otra forma se le haga recordar al profesional de enfermería que su esencia es el cuidado integral del usuario de este

modo la enfermera tendrá una referencia de su trabajo anterior y el mejorará si así lo amerita otorgando todo con un fin el cual es mejorar la atención perioperatoria dentro de centro quirúrgico.

1.3. Viabilidad.

El presente estudio es viable puesto a que se podrá realizar la investigación debido a la posibilidad o conveniencia de una idea que busca la solución de un problema y se contará con el permiso para la aplicación de los instrumentos.

1.4. Factibilidad.

Es factible porque se cuenta con los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados, ya que se contará con la participación de enfermeros que laboran en el área de centro quirúrgico del instituto y la disponibilidad de las investigadoras durante la ejecución del proyecto. Hay factibilidad técnica ya que cuenta con recursos necesarios como herramientas, conocimientos, habilidades, experiencia, etc. y por último factibilidad económica puesto a que cuenta con los recursos necesarios para desarrollar las actividades necesarias por las propias investigadoras.

CAPÍTULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS.

2.1. Propósito.

El propósito del presente proyecto de investigación servirá de aporte al profesional de enfermería en el reconocimiento de los cuidados que brinda al usuario en centro quirúrgico, asimismo, permitirá a la dirección y al departamento de enfermería del Instituto Nacional del Cardiovascular (INCOR) contar con información real sobre los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura teniendo también como propósito que se diseñen programas de capacitación lo cual contribuirá en el desarrollo de una cultura de seguridad brindada al usuario donde los conocimientos del profesional de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura sean óptimos y sean aplicados correctamente.

2.2. Objetivos.

2.2.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular - Lima, julio – agosto, 2018.

2.2.2. Objetivos específicos.

Identificar los conocimientos la LVCS por la enfermera.

Identificar la aplicación de la LVCS por la enfermera.

Establecer la relación entre conocimientos y aplicación de la LVCS por la enfermera.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.

3.1. Antecedentes.

Al realizar la revisión de estudios se han encontrado investigaciones relacionadas con la problemática a investigar, entre ellos tenemos que:

A nivel internacional.

Astudillo J. y Espinoza K. Cuenca - Ecuador, año 2014. Realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar la aplicación de la guía o manual ante la seguridad de una cirugía de la OMS en el establecimiento de salud nacional Moreno Vázquez, en un universo de 452 cirugías, utilizándose todo el universo. El método para recolectar o recoger los datos fue el registro del LVCS de la OMS. Conclusión: El conocimiento que presentan es medio para los profesionales de la salud, siendo los puntos débiles: el correcto manejo de hemorragias, el control de tratamiento profiláctico, eventos críticos o adversos y falta de conocimiento en el post operatorio⁶.

Félix M., Vicente M. y De La Cruz C., Villahermosa - México, año 2015. Realizaron un estudio de tipo descriptivo, observacional, no experimental y, por último, de corte transversal siendo la finalidad valorar el conocimiento de la utilización del checklist o LVCS en un establecimiento de salud pediátrica en el sureste de México, en una muestra constituida por 78 profesionales de salud: médicos cirujanos, médicos anestesiólogos, médico residente de cirugía y enfermeros instrumentistas. El instrumento fue el cuestionario y la técnica empleada fue la encuesta. Conclusión: Fueron óptimos los resultados frente a los conocimientos y en la evaluación de las tres etapas se logró identificar las áreas de oportunidades para mejorar su implementación, disminuir complicaciones y evitar fallecimientos⁷.

Moreta, D. Quito - Ecuador, año 2015. realizó un estudio descriptivo con el fin de identificar el conocimiento de la aplicación de LVCS dada por la OMS en profesionales de salud de centro quirúrgico en un establecimiento de salud nacional Hospital Eugenio Espejo, en una muestra 61 profesionales de la salud, quien fueron cirujanos: anestesiólogos y licenciadas en enfermería. Siendo la técnica empleada la encuesta y el material o instrumento un cuestionario. Conclusiones: El conocimiento de la aplicación de la LVCS es menor a lo esperado, debido a lo siguiente; la importancia y no trabajo en equipo⁸.

A nivel nacional

Bustamante, L. y Lozada, Y., Chiclayo - Perú, año 2018. Realizaron un estudio cuantitativo, descriptiva y transversal, para identificar el conocimiento sobre los objetivos de la LVCS en los profesionales de salud de la sala de operaciones del centro quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en una muestra de 41 profesionales de la salud donde 15 son profesionales de enfermería, 15 son médicos cirujanos y 11 médicos anestesiólogos. Empleándose como técnica a la encuesta y siendo el instrumento un cuestionario. Conclusión: Los profesionales del equipo quirúrgico tienen un conocimiento regular sobre LVCS. Los cirujanos son los profesionales que tienen un menor nivel de conocimiento, los profesionales de salud tienen un nivel de conocimiento de 0.0% bueno respecto a los objetivos de la LVCS. El nivel de conocimiento sobre las fases de la LVCS, los anestesiólogos tienen un 36.4% de conocimiento bueno seguido por enfermería con un 26.7% y por último los cirujanos con el 20.0%, afectando la adherencia de la participación quirúrgica⁹.

Lazo, H. y Torres, Y. Arequipa – Perú, año 2017, ejecutaron un estudio cualitativo, corte transversal y fenomenológico con el objetivo de analizar la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras en un establecimiento de salud Regional Honorio Delgado. En una población de 45 enfermeras de centro quirúrgico. La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento entrevista semiestructurada

donde consideraron preguntas abiertas. Conclusiones: La LVCS brinda un cuidado seguro, por otro lado, los ítems contenidos en una lista se adaptan se ajusta a cualquier institución¹⁰.

A nivel local

Lázaro R., Lima - Perú, año 2017. Realizó un estudio correlacional, descriptivo para identificar la relación del conocimiento sobre la LVCS y la utilización o aplicación por el profesional del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo, en una muestra conformada de 40 profesionales de enfermería. Utilizaron como técnica a la encuesta y como instrumento a un cuestionario. Conclusión: Existe una directa relación entre ambas variables conocimientos y utilización o aplicación de la LVCS por parte del profesional de enfermería del centro quirúrgico, asimismo la relación fue para cada una de sus fases: entrada, fase de pausa quirúrgica y fase de salida, es por ello que se rechazó la hipótesis nula de la hipótesis general de estudio¹¹.

Pérez, R., Lima – Perú, año 2014. Realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo para identificar la percepción ante la aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía cardiovascular segura (LVCCS) en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de EsSalud por parte de todos los profesionales de centro quirúrgico, la muestra está conformada por 41 personas entre las cuales están: enfermeras especialistas en centro quirúrgico, enfermeras especialistas en perfusión, médicos anesthesiologists y médicos cirujanos cardiovasculares. Utilizándose como técnica a la encuesta y como material o instrumento un cuestionario. Conclusión: En la variable utilidad los porcentajes son casi equitativos con un 41% no lo percibe como un instrumento útil y respecto a la variable de aplicación la mitad de la población con un 41% lo percibe favorable; existiendo un 32% que tiene una percepción desfavorable, lo que podría conllevar a eventos adversos quirúrgicos que lamentar¹².

3.2. Base teórica.

3.2.1. Conocimiento.

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, a través de la observación o como resultado de lo aprendido, el cual se facilita cuando el que aprende es evaluado inmediatamente sobre su desempeño, y la información de su respuesta se basará en si es correcta o no para poder corregir el error.

3.2.2. Aplicación.

La aplicación es la asiduidad, dedicación o la afición con que se realiza algo. Consiste en la puesta en práctica de sistemas automatizados basados en los procesos de la atención al paciente¹³.

3.2.3. Generalidades de la lista de verificación de cirugía segura.

Como consecuencia al segundo reto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se publicaron guías, dirigidas a disminuir eventos adversos, tanto en pacientes que reciben tratamiento médico como quirúrgico.

El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente conformado por médicos cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificó diez objetivos fundamentales, acopiados en la «Lista verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS»; de los cuales se proyecta guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la realización de eventos adversos en tres momentos distintos. La meta final es favorecer a certificar que los

equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales, y así se minimicen los riesgos que ponen en peligro la vida¹⁴.

3.2.3.1. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

El responsable de dirigir todos los componentes de la LVCS y chequear las casillas del listado será solo un miembro del equipo, quien por lo general es el enfermero instrumentista II, esto es esencial para su éxito.

La operación se fragmenta en tres fases para el chequeo, que corresponde un periodo de tiempo concreto del acto quirúrgico y cada fase, antes de reanudar el procedimiento se ha de permitir que el coordinador confirme que el equipo realizó correctamente las órdenes.

a. Entrada.

Ha de realizarse antes de la inducción anestésica. Para iniciar se requiere al menos la presencia del anestesiólogo y del enfermero instrumentista. El encargado de la LVCS puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los registros en la Entrada son los siguientes:

Obtención del consentimiento informado.

El enfermero instrumentista II corroborará que el usuario ha firmado su consentimiento para la cirugía y la anestesia. Es un requisito esencial que asegura al equipo quirúrgico, el no intervenir a un usuario incorrecto, un procedimiento erróneo o en una mala localización. En el caso de niños o personas incapacitadas, el que asume la responsabilidad de firmar el consentimiento es el padre, madre o tutor.

Marca del sitio quirúrgico o “No aplica”.

El enfermero instrumentista II confirma que el cirujano principal ha realizado la marca en el sitio a operar (generalmente con un marcador permanente), fundamentalmente en el caso de que implique lateralidad (distinguir diestra o siniestra), o procedimientos que estén dirigidos a órganos pares (ojos, riñones, pulmones) o múltiples estructuras anatómicas (dedo de manos o pies, vértebras).

Verificación de seguridad anestésica completado.

El enfermero instrumentista II realiza la consulta en voz alta al equipo quirúrgico al jefe de quirófano, que es el anestesiólogo, sobre la inspección de la operatividad de los equipos anestésicos, instrumental y administración previa de medicamentos.

¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?

El enfermero realizará las siguientes dos preguntas al anestesiólogo: primero si el usuario tiene alergias conocidas, y ¿cuáles son?, ambas preguntas son realizadas obligatoriamente por protocolo a fin de evitar eventos adversos prevenibles.

¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea?

Aquí el enfermero instrumentista II verificará con el anestesiólogo verbalmente la valoración de dificultad en la vía aérea y determinará el nivel de riesgo a fin de prever la necesidad de equipo o personal adicional.

¿Tiene el paciente riesgo de perder >1000cc de sangre?

Preguntar al cirujano principal si existe riesgo de perder más de un litro de sangre durante la intervención quirúrgica para prevenir shock hipovolémico. Es necesario que el paciente con riesgo significativo de pérdida de sangre cuente con al menos dos accesos endovenosos de gran calibre. Ya que, no poseer una vía endovenosa adecuado en caso de reanimación, podría estar en riesgo la vida del paciente con una pérdida de sangre >1000cc (o 15cc/Kg). La LVCS está diseñada para revalidar que se reconoce a los pacientes con riesgo como es el caso de los niños.

b. Pausa quirúrgica.

Lo realiza todo el equipo justo antes de efectuar la incisión de forma momentánea, a fin de confirmar la realización de los controles de seguridad esenciales. Cirujano principal, enfermera instrumentista I y anestesiólogo confirman verbalmente el nombre del paciente, la posición, la localización quirúrgica y el procedimiento, antes de que el cirujano realice la incisión en la piel. Esta casilla no debería marcarse hasta que individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo.

Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos.

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el enfermero instrumentista II preguntará si se ha administrado algún profiláctico antibiótico en los últimos 60 minutos.

Anticipación de incidentes críticos (previsión).

Para testificar que se comunica aquellas cuestiones críticas, en la “Pausa quirúrgica” el coordinador de la lista de chequeo guiará al equipo a través de una rápida discusión del equipo quirúrgico acerca de los peligros críticos y de los planes de la intervención.

Visualización de las imágenes esenciales.

Las imágenes como en los procedimientos ortopédicos, vertebrales y en la resección de tumores pueden ser críticas en el momento de la intervención, las cuales aseguran una adecuada planificación y guía en muchas intervenciones.

c. Salida.

Ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Se realiza idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. En la cual deberían revisar los eventos intraoperatorio importantes, principalmente en aquellos que podrían no ser fácilmente notorios en el grupo.

La enfermera instrumentista deberá confirmar verbalmente el recuento final de gasas e instrumental, corroborar la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante la cirugía, leyendo en voz alta el nombre del paciente y la descripción de la muestra, deberán revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante que no hayan sido tratadas con anterioridad¹⁵.

3.2.3.2. El enfermero instrumentista I.

Tiene conocimiento total de la operación a realizar, prepara todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención, realizará su lavado quirúrgico, vistiéndose con ropas y guantes estériles seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante. Viste las mesas de instrumentación, acomodando en el orden correspondiente los insumos quirúrgicos que serán utilizados en cada tiempo operatorio, viste con ropa estéril y guantes a los cirujanos participa en la colocación de los campos estériles. Participa de forma activa y anticipada en los tiempos quirúrgicos durante la intervención, tomará muestras intraoperatorias y las pasará a la enfermera circulante.

Organiza los elementos utilizados, manteniendo la mesa ordenada y desechando convenientemente el material utilizado, controla el uso de gasas y compresas en el campo operatorio, verificando que sean radiopacas, y efectúa el recuento de gasas antes del cierre operatorio con la enfermera circulante.

Colabora en la desinfección final y colocación de apósitos, retirará las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes y ayudara al paciente en la camilla, recoge y revisa los instrumentos utilizados, verifica el instrumental completo, así como dispone lo necesario para su lavado, desinfección y esterilización, por último, se encargará de distribuir insumos y materiales estériles con el resto del equipo para dejar la sala perfectamente preparada.

3.2.3.3. El enfermero instrumentista II.

Realiza las tareas relacionadas con las técnicas de esterilización en el quirófano; realiza la labor de instrumentación y colaboración directa con la cirugía, salvaguardando la asepsia, esterilidad de materiales e instrumentos, la integridad y seguridad del campo quirúrgico; y tiene la facultad y deber de imposibilitar al equipo a proseguir a la siguiente fase, si no se ha sido cumplido satisfactoriamente el paso previo y que comprometa a un riesgo significativo para el paciente¹⁶.

3.2.4. Teoría de la Adaptación – Callista Roy.

Según Callista Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son:

- Las necesidades fisiológicas básicas: referidas a la circulación, oxígeno temperatura corporal, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: el yo del hombre debe responder a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: el papel que cumple cada persona dentro de una sociedad, según su situación: madre, padre, niño, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Objetivo del modelo de Adaptación.

Que el individuo logre un máximo nivel de adaptación y evolución.

Podemos decir que el modelo de Callista Roy está estrechamente ligado a la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

a. Concepto de Salud según Callista Roy.

Callista la considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

b. Concepto de enfermero según Callista Roy.

La plasma como un sistema de conocimientos teóricos que fijan un proceso de análisis y acción, afines con los cuidados del individuo enfermo. Callista Roy menciona que las enfermeras, para promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben cumplir dos tipos de acciones:

- La valoración, define la situación del paciente en la salud-enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.

Estas acciones se realizan mediante el proceso de cuidados que comprende las etapas de: Valoración, Planificación, Actuación y Evaluación.

Callista Roy hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y como práctica, expresando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud¹⁷.

CAPÍTULO IV MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. Diseño de estudio.

La investigación es de enfoque cuantitativo, debido a su estructura y factibilidad de medición de las variables, se aplicará la lógica deductiva que va de lo general a lo particular.

Es descriptivo el cual busca las peculiaridades específicas, perfiles de personas, características, procesos, grupos, comunidades y objetos que se someta a un análisis.

En cuanto a su temporalidad el diseño del estudio es transversal, prospectivo porque se recogerán datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

Asimismo, es correlacional porque muestra el grado de asociación entre dos variables: una variable independiente y una dependiente¹⁸.

4.2. Población y muestra.

La población de estudio está conformada por 25 profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico que trabajan en el Instituto Nacional Cardiovascular, según datos obtenidos del departamento de enfermería.

Muestra.

Se trabajará con toda la población por ser pequeña.

4.2.1. Criterios de inclusión.

- Licenciados de enfermería especialistas en centro quirúrgico que se encuentren laborando durante la ejecución de la investigación dentro de los meses julio – agosto 2018.
- Licenciados de enfermería especialistas en centro quirúrgico que acepten participar en la investigación.

4.2.2. Criterios de exclusión.

- Licenciados de enfermería especialistas en centro quirúrgico que no se encuentren laborando durante la ejecución de la investigación dentro de los meses agosto – setiembre 2018.
- Licenciados de enfermería especialistas en centro quirúrgico que no acepten participar en la investigación.
- Licenciado o licenciada de enfermería especialista en centro quirúrgico jefe de servicio.
- Estudiantes de post grado que se encuentren realizando sus prácticas por el servicio de centro quirúrgico.

4.3. Definición operacional de variables.

La presente investigación tiene dos variables de estudio: conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería.

Variable independiente: conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico.

Variable dependiente: aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico.

Tabla 1. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Conocimientos del profesional de enfermería de la lista de verificación de cirugía segura. Variable independiente.	Conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, a través de la observación o como resultado de lo aprendido por los profesionales de la salud que laboran en centro quirúrgico.	Se expresará en conocimientos alto, medio y bajo. En la medición de los indicadores se usará como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, el cual será sometido a valides y confiabilidad.	- Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura.	Información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional Cardiovascular de la lista de verificación de cirugía segura.	Conocimiento bajo - 0 a 4 puntos. Conocimiento medio - 5 a 8 puntos. Conocimiento alto - 9 a 12 puntos.
			- Conocimiento de los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura.	Propósito y fines para la utilización de la lista de verificación de cirugía segura del el Instituto Nacional Cardiovascular.	
			- Conocimiento de las funciones del equipo quirúrgico de la lista de verificación de cirugía segura.	Información de las funciones de cada miembro del equipo quirúrgico.	
			- Conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.	Información básica de lista de verificación de la lista de verificación de cirugía segura.	

Tabla 2. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Aplicación del profesional de enfermería de la lista de verificación de cirugía segura. Variable dependiente.	Asiduidad, dedicación o la afición con que se realiza la lista de verificación de cirugía segura por todo el equipo quirúrgico durante la intervención quirúrgica.	Se expresará en aplicación y no aplica. Para la medición de los indicadores se usará como técnica la observación y como instrumento la lista de cotejo, la cual será sometido a valides y confiabilidad.	Primera fase: entrada quirúrgica.	- Antes del ingreso a sala de operaciones. - Comprobación de la disponibilidad y el correcto funcionamiento de equipos biomédicos. - Comprobación de posibles riesgos en el pre, intra y post operatorio.	Aplica 0 a 15 puntos. No aplica 16 a 30 puntos.
			Segunda fase: pausa quirúrgica.	- Presentación y función de cada miembro del equipo quirúrgico. - Comprobación de su identidad, el procedimiento a realizar y sitio quirúrgico a intervenir. - Cuidado recibido de parte de cada miembro del equipo quirúrgico. - Comprobación de cuidados anteriores de ingresar a centro quirúrgico.	
			Tercera fase: salida quirúrgica.	- Cuidados brindados por el equipo quirúrgico antes del cierre de zona operatoria y antes del traslado o salida de sala de operaciones.	

4.4. Procedimientos y técnicas de recolección de datos.

Para realizar la investigación y recolección de datos, se realizará y pedirá el permiso respectivo por medio de solicitudes al Comité de Ética del Instituto Nacional Cardiovascular, esto se llevará a cabo con la finalidad de obtener la autorización formal para el desarrollo de la investigación.

Teniendo la autorización de ambas instituciones se procederá a la presentación y a solicitar los permisos a la jefa del departamento de enfermería y a la jefa de servicio de centro quirúrgico proporcionándoles información de la investigación, como el objetivo de la investigación, el recurso humano y material, fecha y hora, etc. para la recolección de los datos, los cuales serán ejecutados en los meses de julio y agosto del año 2018, de lunes, miércoles y viernes en el turno de la mañana de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. o hasta la hora de término de la cirugía.

Teniendo el permiso de la jefa de departamento de enfermería y de la jefa de enfermeras de centro quirúrgico se procederá a la recolección de datos.

Se utilizará como técnica la encuesta y la observación, como instrumento se utilizará un cuestionario y una lista de chequeo por ser los más instrumentos más adecuados para cumplir con los objetivos.

El cuestionario de la investigación consta de 2 partes: la primera parte es la presentación donde se encuentran los objetivos del estudio, datos demográficos y la segunda parte se encuentra el cuestionario para la variable conocimiento y la lista de cotejo para la variable de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Para la variable conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, el instrumento fue extraído de una tesis cuyo nombre es “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la LVCS establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015” mediante una encuesta directa, cuyo cuestionario consta de 10 preguntas, siendo la autora Moreta D. El cuestionario será adaptado y nuevamente validado para la presente investigación puesto que el estudio será realizado en un instituto cardiovascular donde utilizan la lista de verificación de cirugía cardiovascular la cual la adaptaron por la complejidad de sus cirugías.

Es por ello que se utilizará un cuestionario elaborado por las investigadoras siendo 12 ítems, el cuestionario tiene ítems o preguntas cerradas donde cada ítem cuenta con 4 alternativas de solución, asimismo, el cuestionario consta de 4 dimensiones: conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura con un número de 2 ítems, conocimiento del objetivo de la lista de verificación de cirugía segura con 1 ítems, conocimiento de las funciones del equipo quirúrgico con un número de 5 ítems y conocimiento de la importancia de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura con 4 ítems.

Se asignará con puntaje de 1 a la pregunta respondida correctamente y con puntaje de 0 a la pregunta respondida incorrectamente, siendo el puntaje total 18. Para el cálculo de medición de la variable se utilizará la escala de estaninos.

Determinación de conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura.

Conocimiento bajo.....0 a 4 puntos.
Conocimiento medio5 a 8 puntos.
Conocimiento alto9 a 12 puntos.

Ficha técnica del instrumento que medirá los conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura del profesional de enfermería.

Técnica: encuesta.

Instrumento: cuestionario (ver anexo 1).

Autora: adaptación del cuestionario de Moreta, D. (2015).

Año: 2018.

Monitoreo: mediante la validación por juicio de expertos y el nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Ámbito de aplicación: muestra de 25 profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico que trabajan en el Instituto Nacional Cardiovascular.

Forma de administración: cuestionario de preguntas aplicado de forma personal, en un determinado momento y en un tiempo de administración de 20 minutos donde se les brindará una encuesta a cada profesional de enfermería para que sea llenado según los conocimientos que tengan en ese momento y posteriormente se recogerá dichos cuestionarios para el análisis de la información recolectada.

Para la variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura el instrumento fue extraído de la tesis cuyo nombre es “verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014” mediante una lista de cotejo la cual consta de 14 preguntas, siendo los autores Juan Sebastián Astudillo Campoverde y Karla Ximena Espinosa Muñoz, la lista de cotejo será adaptado y nuevamente validado para la presente investigación puesto que el estudio será realizado en un instituto

cardiovascular en el cual utilizan una lista de verificación de cirugía cardiovascular la cual la adaptaron por la complejidad de sus cirugías.

Es por ello que se utilizará una lista de cotejo elaborado por las investigadoras teniendo un número total de 30 ítems, cada ítem o pregunta tiene 2 alternativas de solución (sí y no) es por ello que será de carácter dicotómicas, asimismo, el cuestionario consta de tres dimensiones: primera fase: entrada quirúrgica cuya dimensión tiene 10 ítems, segunda fase: pausa quirúrgica con 14 ítems y tercera fase: salida quirúrgica con 6 ítems. Se asignará con puntaje de 1 a la pregunta respondida correctamente y con puntaje de 0 a la pregunta respondida incorrectamente, siendo el puntaje total de 30. Para el cálculo de medición de la variable se utilizará la escala de estaninos.

Determinación de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Aplica 0 a 15 puntos.

No aplica 16 a 30 puntos.

Ficha técnica del instrumento medirá la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del profesional de enfermería.

Técnica: observación.

Instrumento: lista de cotejo (Ver anexo 2).

Autora: adaptación del cuestionario de Astudillo, J. y Espinosa, K. (2014).

Año: 2018.

Monitoreo: validación por juicio de expertos y el nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Ámbito de aplicación: muestra de 25 profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico que trabajan en el Instituto Nacional Cardiovascular.

Forma de administración: lista de cotejo aplicado de forma personal, en un determinado momento y en un tiempo de administración de la duración de la cirugía donde mediante la observación de manera discreta durante las labores asistenciales de los profesionales de la salud como enfermeros instrumentistas II o circulantes se evaluará a cada uno de ellos y posteriormente de obtener la información se pasará al análisis de estos.

La validez de los instrumentos se realizará mediante el juicio de expertos, en la cual 10 expertos evaluarán el instrumento compuesto por 5 enfermeros especialistas, 3 médicos de la especialidad y 2 estadistas. El resultado será sometido a la prueba binomial, con un valor estadístico inferior a 0.05 será evidencia de la validez del contenido de los instrumentos. La confiabilidad de los instrumentos será mediante la evaluación de una prueba piloto a 20 profesionales de enfermería de centro quirúrgico de otro hospital nacional donde se realice con mayor frecuencia cirugías cardiovasculares. La confiabilidad del instrumento se analizará mediante el estadístico Alfa de Combrach, un valor de dicho estadístico superior a 0.7 será evidencia de confiabilidad del instrumento.

4.5. Plan de tabulación y análisis

Luego de recolectar los datos, estos serán ordenados de forma manual colocando por separado los cuestionarios de las listas de cotejo. Para el procesamiento, análisis e interpretación de los datos obtenidos se utilizará la hoja de cálculo microsoft excel 2013 y el paquete estadístico SPSS versión 20.0, la presentación de los resultados se realizará en cuadros y en gráficos estadísticos, para el análisis e interpretación de la información obtenida se utilizará el marco teórico y para el cálculo de la medición de las variables se utilizará la escala de estaninos¹⁵.

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

5.1. Principios éticos

La investigación tendrá cuatro principios éticos.

Principio de beneficencia: la investigación contribuirá en la prevención de los eventos adversos en usuarios durante y después de las cirugías, asimismo, contribuirá con la institución en la evaluación de calidad de cuidado que brinda el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico.

Principio de no maleficencia: la investigación no ocasionará daño alguno, ni riesgo, ni perjudicará al usuario, al profesional de enfermería, ni a la institución de labores.

Principio de autonomía: se les explicará a los profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico que la participación en la investigación es voluntaria y que la negativa a participar no conllevará a ninguna pérdida de los beneficios a los que tenga derecho, se le explicará que se respetará la confidencialidad y privacidad de la información que será recolectada. Se obtendrá el acuerdo voluntario del profesional de enfermería a participar en la investigación mediante el consentimiento informado (Ver anexo 3).

Principio de justicia: el investigador no será discriminativo, asimismo, el profesional de enfermería mantendrá el derecho de no ser discriminado y será considerado parte de la población considerándose los criterios de inclusión los cuales mantienen el respeto de decisión del profesional de participar o no en la investigación.

5.2. Cronograma diagrama de Gantt

En este estudio se realizó una serie de pasos y secuencias programadas las cuales se desarrollaron por fechas.

Tabla 3. Cronograma diagrama de Gantt.

Actividades	Años																			
	2017										2018									
	Meses																			
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
Revisión bibliográfica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Planteo y definición del problema.		X	X	X																
Elaboración del propósito y objetivos del estudio.					X	X														
Elaboración del marco teórico.							X	X	X	X	X									
Definición de la operacionalización de variables.												X	X							
Planeación de materiales y métodos de estudio.													X	X						

Actividades	Años																		
	2017											2018							
	Meses																		
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Definición de la población.													X	X					
Técnica e instrumento para la recolección de datos.		X	X	X				X	X					X	X				
Revisión y corrección del Proyecto.														X	X				
Análisis de las consideraciones éticas y administrativas.															X				
Ordenamiento de las referencias bibliográficas.															X				
Preparación para la presentación del informe final																X	X	X	
Presentación final.																			X

5.3. Presupuesto

Tabla 4. Presupuesto.

Recursos		Unidad	Cantidad	Soles	Total
Humano	Autoras.	Persona	3	Financiado	0.00
Materiales	laptop	unidad	3	Financiado	0.00
	Impresión de trabajo	unidad	15	20.00	300.00
	Hoja A-4.	Millar	2	24.00	24.00
Financiero	Internet.	Meses	18	30.00	540.00
	Copias.	Unidad	-	4.00	64.00
	Fólderes.	Unidad	20	0.80	16.00
	Movilidad.	Meses	16	(10.00 x 3) 30.00	480.00
	Refrigerio.	Meses	16	(10.00 x 3) 30.00	480.00
					1904.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. [Consultado 2017 junio 7]. Disponible en: <http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2017/11/RJ-N%C2%B0-570-2017ok.pdf>
- (2) Rivero, D., Nolasco A., Puntunet M. y Cortés G. 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 – México. Revista mexicana de enfermería cardiológica [en línea]. 2012. Vol. 20, n°2. [Citado 2017 junio 23]; [47 – 53]. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>
- (3) Organización mundial de la salud. El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. [Internet]. [Consultado 2017 junio 23]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=5C9158BD70783C96615EEFC7911AD85A?sequence=1
- (4) Pérez, R. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud. [Tesis para optar el título de especialista en centro quirúrgico]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- (5) Izquierdo F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015, Lima. [Trabajo de investigación para optar el título de especialista en centro quirúrgico]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

- (6) Astudillo J. y Espinoza K. Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Hospital Moreno Vázquez. [Tesis para optar el título de médico]. Cuenca; Universidad de Cuenca; 2014.
- (7) Félix M., Vicente M. y De La Cruz C. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del Sureste de México. Horizonte sanitario [en línea]. 2015. Septiembre-diciembre, n° 3. [Citado 2017 octubre 17]; (15): [164 – 171]. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1106>
- (8) Moreta, D. 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 para optar el título de especialista en anestesiología y reanimación]. Quito; Universidad Central del Ecuador; 2015.
- (9) Bustamante, L. y Lozada, Y. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente Las Mercedes. [Tesis para optar el título de especialista en centro quirúrgico]. Chiclayo; Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
- (10) Lazo, H. y Torres, Y. Experiencias en la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería con mención en centro quirúrgico]. Arequipa; Universidad Nacional de San Agustín; 2017.
- (11) Lázaro R. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo. [Tesis para optar título de segunda especialidad en enfermería en centro quirúrgico]. Lima; Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2017.

- (12) Pérez, R. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud. [Tesis para optar el título de especialista en centro quirúrgico]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- (13) Real academia española. 2017. [Internet]. [Consultado 2017 agosto 19]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=3CdjxNg>
- (14) Organización Mundial de la Salud. 2008. [Internet]. [Consultado 2017 julio 24]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=79F84CA4B9AF086A4682E148B78121FF?sequence=1
- (15) Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. [Consultado 2018 mayo 5]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf
- (16) Sappía, D. Guía de estudios de cirugía general: Integrantes del equipo quirúrgico y sus roles. [Internet]. [Consultado 2018 junio 3]. Disponible en: <http://www.vet.unicen.edu.ar/ActividadesCurriculares/CirugiaGeneral/images/Documentos/2014/Teoria/5%20EQUIPO%20QUIRURGICO%20Y%20SUS%20ROLES%202014.pdf>
- (17) Villamar, B. y Duran, M. Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado. Av.enferm [en línea]. 2012. n°30. [Citado 2017 noviembre]: [97 – 107]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a09.pdf>
- (18) Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación en México. Revista Mc Graw Hill [en línea]. 2010. [Citado 2017 septiembre 7]; [6 -

656]. Disponible en: <https://metodologiaecs.wordpress.com/2013/02/20/libro-metodologia-de-la-investigacion-5ta-ed-sampieri/>

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta

Código: 00_____

Cuestionario de la lista de verificación de cirugía segura en cirugías cardíacas.

I. Instrucción

Buen día, somos estudiantes de la especialidad de centro quirúrgico especializado de la Universidad Cayetano Heredia, nos presentamos ante usted mediante el presente cuestionario el cual tiene por determinar la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular - Lima, julio – agosto, 2018, la encuesta tiene 12 preguntas, por favor lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (X) la alternativa de la respuesta que usted considere correcta.

II. Datos generales:

1. Edad: () años.
2. Sexo:
 - a. Femenino: ().
 - b. Masculino: ().
3. Tiempo de servicio: () en meses.

III. Por cada pregunta solo elija una respuesta.

1. ¿Qué es la lista de verificación en la seguridad en la cirugía?

- a. Es una lista que no toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del usuario y pone énfasis en el ayuno.
- b. Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 tiempos quirúrgicos 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 importando solo el manejo de desechos en el quirófano.

- d. Herramienta para el equipo quirúrgico por la cual brindan una cirugía segura a sus usuarios, asimismo, tiene la finalidad de reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

2. ¿La lista de verificación de la seguridad en la cirugía esta fue establecida por?

- a. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- b. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- c. Ministerio de Salud (MINSA).
- d. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSA).

3. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía y la lista de verificación de cirugía cardiovascular segura?

- a. Contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.
- b. Establecer solo una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada usuario.
- c. Reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, sin importar la calidad de cuidado y atención por brindar al usuario.
- d. Mejorar la relación del equipo quirúrgico con el usuario en el post quirúrgico.

4. ¿Qué profesionales de la salud conforman el equipo quirúrgico, estando sus funciones registradas en el pre e intraoperatorio de la lista de verificación de cirugía cardiovascular segura?

- a. Médico cirujano, médico anestesiólogo, médico cardiólogo intensivista, enfermera instrumentista I y enfermera instrumentista II.
- b. Médico cardiólogo intensivista, enfermera perfusionista, médico anestesiólogo y enfermera instrumentista I.
- c. Médico cirujano cardiovascular, médico anestesiólogo, enfermera instrumentista I, enfermera instrumentista II y enfermera perfusionista.

- d. Médico cirujano cardiovascular, médico anesthesiologist, enfermera instrumentista I, enfermera instrumentista II y enfermera del servicio de UCI.

5. ¿Qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?

- a. Profesional de enfermería instrumentista I.
- b. Profesional de enfermería instrumentista II.
- c. Anesthesiologist (a).
- d. Cualquiera profesional del equipo quirúrgico.

6. Uno de los cuidados de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía que debe cumplir la enfermera instrumentista II es:

- a. Confirmar en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatómica patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- b. La rotulación incorrecta de la muestra anatómica patológica no afecta al usuario ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
- c. No considerar decirlo en voz alta aun teniendo la muestra anatómica patológica.
- d. Guardar la muestra anatómica patológica y entregarlo al término del turno al médico cirujano por ser solo del interés de él.

7. ¿Del equipo quirúrgico qué profesionales de la salud acuerdan la prescripción y el plan a seguir en la derivación cardiopulmonar (en los casos que la cirugía requiera circulación extracorpórea)?

- a. Médico cirujano, médico anesthesiologist y enfermera perfusionista.
- b. Médico cardiologist intensivista, enfermera perfusionista y médico anesthesiologist.
- c. Médico cirujano cardiovascular, médico anesthesiologist, enfermera instrumentista I, enfermera instrumentista II y enfermera perfusionista.
- d. Médico cirujano cardiovascular, médico anesthesiologist y médico cardiologist intensivista.

8. ¿Es función de la enfermera perfusionista en la aplicación de verificación en la seguridad de la cirugía?

- a. Corroborar el set de implantes y cánulas completas y equipo de circulación extracorpórea estén completos y operativo.
- b. Colocación de manta térmica y placa de electrocauterio.
- c. Supervisar el equipo de bypass cardiopulmonar el cual no controla el funcionamiento del corazón y los pulmones durante la cirugía cardíaca.
- d. Solo mencionar que el equipo de circulación extracorpórea está completo.

9. Responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda y marque la alternativa correcta:

- | | |
|--|------------|
| a. Es obligatorio que los miembros del equipo quirúrgico se presenten por su nombre y función. | (V)
(F) |
| b. Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión. | (V)
(F) |
| c. Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. | (V)
(F) |
| d. Es opcional la comprobación de disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre. | (V)
(F) |

a. v, f, v y f.

b. f, v, v y v.

c. v, v, f y f.

d. v, f, f y f.

10. Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica, lo ideal debería ser:

- a. Administrar 24 horas antes de la incisión.
- b. Administrar 60 minutos antes de la incisión.
- c. Administrar 30 minutos antes de la incisión.
- d. Se administra recién en el quirófano después de la intervención quirúrgica.

11. ¿Cuáles son los cuidados que debe tener el equipo quirúrgico previo a traslado de usuario a la unidad de cuidados intensivos?

- a. El usuario debe estar en camilla de transporte, el correcto funcionamiento de monitor de funciones vitales, del ventilador de transporte y el resucitador manual.
- b. El usuario debe estar en camilla de transporte, el correcto funcionamiento de monitor de funciones vitales, del ventilador de transporte, es opcional el resucitador manual.
- c. Se debe contar solo con el correcto funcionamiento de monitor de funciones vitales.
- d. Solo transferir al usuario a la unidad de cuidados intensivos con el ventilador de soporte.

12. ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?

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

Anexo 2: Observación

Código: 00_____

Lista de cotejo de la lista de verificación de cirugía segura.

I. Introducción:

La presente guía de observación tiene como objetivo identificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería.

La enfermera instrumentista II realiza las preguntas y confirmación de los siguientes ítems:

N°	Ítems	1	0
		Si	No
Primera fase: Entrada quirúrgica			
1	Confirma la identidad del usuario.		
2	Corroborar con el usuario el procedimiento quirúrgico (marcado) a realizársele.		
3	Confirma con el usuario el sitio quirúrgico.		
4	Constata el consentimiento informado para la cirugía y la anestesia en la historia clínica.		
5	Confirma con el anestesiólogo la comprobación de disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica.		
6	Corroborar con el anestesiólogo que el oxímetro y el monitor del electrocardiograma (EKG) están colocados en el usuario y están funcionando.		
7	Confirma con el anestesiólogo, si el usuario tiene alergias conocidas.		
8	Confirma con el anestesiólogo si el usuario tiene vía aérea difícil y si tiene riesgo de aspiración.		
9	Confirma con el anestesiólogo la disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre.		

10	Corroborar con el perfusionista si el equipo de cirugía extracorpórea (CEC) está completo y operativo y si tiene set de implantes y cánulas completas.		
Segunda fase: Pausa quirúrgica			
11	Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función.		
12	Confirma con el cirujano la identidad del usuario.		
13	Confirma con el cirujano el procedimiento a realizarse.		
14	Confirma con el cirujano la identificación del sitio quirúrgico.		
15	Confirma con el cirujano los pasos críticos o imprevistos.		
16	Confirma con el cirujano la duración de la operación.		
17	Confirma con el cirujano la pérdida de sangre prevista.		
18	Confirma con el anestesiólogo si el usuario presenta algún problema específico.		
19	Confirma con la enfermera instrumentista I la esterilidad o material y equipos (con los resultados de los indicadores).		
20	Confirma la colocación de manta térmica.		
21	Confirma la colocación de sonda vesical.		
22	Confirma la colocación de placa de electrocauterio.		
23	Confirma con el cirujano la administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
24	Confirma que estén las imágenes diagnósticas exhibidas.		
Tercera fase: Salida quirúrgica			
25	Confirma con todo el equipo quirúrgico el nombre del procedimiento realizado.		
26	Confirma con la Instrumentista I la exactitud del recuento de instrumentos, gasas y agujas.		
27	Confirma con el cirujano el etiquetado de la muestra con el nombre del usuario.		

28	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anestesiólogo el control de funciones vitales (FV) en el monitor.		
29	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anestesiólogo la utilización del ventilador de transporte.		
30	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anestesiólogo la utilización del resucitador manual.		

Anexo 4: Lista de verificación de cirugía segura del Instituto Nacional Cardiovascular

Antes de la Inducción de la Anestesia ENTRADA	Antes de la Incisión Cutánea PAUSA QUIRÚRGICA	Antes que el paciente salga del quirófano hasta su ingreso a la UCI SALIDA
☐ Paciente confirma su identidad, el procedimiento, el sitio quirúrgico y su consentimiento. ☐ Se comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica. ☐ El Oxímetro y el Monitor EKG están colocados en el paciente y funcionando. El paciente tiene: Alergias conocidas? ☐ Sí ☐ No Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ Sí y hay equipamiento disponible. ☐ No ☐ Se ha comprobado disponibilidad de componentes sanguíneos en Banco de Sangre. Anestesiólogo, cirujano y <u>perfusionista</u> acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación <u>cardiopulmonar</u>. ☐ Sí ☐ No Aplica	☐ Se confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función. ☐ Cirujano confirma identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico ☐ Cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. Anestesiólogo confirma si paciente ha recibido antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ Anestesiólogo verifica si el paciente presenta algún problema específico. Enfermería verifica: ☐ Instrumentista: Esterilidad de material y equipos (con los resultados de los indicadores) ☐ Circulante: Colocación de manta térmica, sonda vesical y placa de <u>electrocauterio</u> Están las imágenes diagnósticas exhibidas ☐ Sí ☐ No ☐ <u>Perfusionista</u>: Equipo de CEC completo y operativo; y <u>set</u> de implantes y cánulas completas	Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento realizado. ☐ Que el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos ☐ El etiquetado de la muestra ☐ Que se han anticipado eventos críticos para el traslado del paciente. Previo a Traslado del Paciente: Cirujano, anestesiólogo y enfermera comprueban: ☐ Monitor de FV, ventilador de transporte y resucitador manual operativos. Transferencia a UCI ☐ Cirujano y anestesiólogo revisan con intensivista eventos críticos para la recuperación y el tratamiento del paciente.