



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE
CIRUGÍA SEGURA POR LAS ENFERMERAS DE CENTRO
QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL REGIONAL HUANCAYO
2017**

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

INVESTIGADORAS

**COSSIO PERALES STEPHANIE GISELLE
MARTICORENA FERNANDEZ SUSAN YOSHABELL**

ASESORA

MG. ZULEMA SILVA MATHEWS

LIMA – PERÚ

2017

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Formulación del problema	3
1.2 Justificación del estudio	5
1.3 Viabilidad y Factibilidad	5
CAPITULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS	
2.1 Propósito	7
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo General	7
2.2.2 Objetivos Específicos	7
CAPITULO III: MARCO TEÓRICO	
3.1 Antecedentes	9
3.2 Base teórica	11
CAPITULO IV: HIPÓTESIS	
4.1. Hipótesis	17
CAPITULO V: MATERIAL Y MÉTODO	
5.1 Diseño de estudio	18
5.2 Sede de Estudio	18
5.3 Población y Muestra	18
5.4 Definición operacional de variables	19
5.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos	21
5.6 Plan de recolección de datos	21
5.7 Tabulación de datos y análisis de datos	22
CAPITULO VI: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS	
6.1 Consideraciones Éticas	23
6.2 Consideraciones Administrativas	23
6.3 Cronograma de actividades	25
6.4 Presupuesto	26
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	27
ANEXOS	30

RESUMEN

El proyecto de investigación titulado; “Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo 2017”, es un estudio cuantitativo, cuyo diseño de investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo. Tiene como objetivo: “Determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo 2017”. La población está formada por un total de 25 licenciados en enfermería que laboran en sala de operaciones, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de la entrevista y como instrumento la lista de verificación de la cirugía segura. Los hallazgos se presentarán en tablas y gráficos estadísticos.

Palabras clave: Aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, de la gestión de riesgos y la dirección clínica; los efectos no deseados secundarios de la atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios; La organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó su segundo reto “Cirugía segura, salva vidas”, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías, definiendo un conjunto básico de normas denominada “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”(1).

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) tiene como objetivo principal reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas; Fue probada en 8 ciudades como Toronto, Londres, Ammán, Seattle, Manila, Ifakara y Nueva Delhi; donde se redujo el índice de complicaciones post-operatorias de 11% a 7%, muertes de 1.5% a 0.8%, infección del sitio quirúrgico de 6.2% a 3.4% y reoperación no planificada de 2.4% a 1.8% (2).

Los objetivos de la LVSC son realizar el control de las condiciones que debe tener un paciente quirúrgico, con la finalidad de prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar el dolor, identificar los riesgos relacionados con la vía aérea y pérdida significativa de sangre, evitar reacciones alérgicas y adversas a medicamentos, minimizar el riesgo de infección quirúrgica, prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental, comunicar e intercambiar de manera efectiva la información del paciente y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA), para responder al segundo reto mundial, emite la R.M. N° 308-2010/MINSA, para aprobar la aplicación de la Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, la cual debe ser implementada en todos los establecimientos de salud públicos y privados que realicen intervenciones quirúrgicas, el objetivo de esta guía es estandarizar el procedimiento de la LVSC a nivel nacional.

Según la OMS y el MINSA, esta lista de verificación de la seguridad de la cirugía debe ser aplicada por una única persona, enunciando en voz alta la ejecución de cada uno de los pasos, siendo el profesional de enfermería, específicamente la enfermera circulante la encargada de llevar acabo la aplicación de la lista (3). Es así que la aplicación de la LVSC, se vuelve de vital importancia como parte del cuidado enfermero.

En la actualidad a pesar de la relevancia que tiene la LVSC, se observa que no se aplica según la normatividad. En muchos lugares no se da la debida importancia, realizando de manera rutinaria los 19 puntos que comprende la LVSC o cayendo en su omisión, la poca implicancia que el equipo quirúrgico le da no formando parte de su aplicación, viéndolo como un tema no necesario ya sea por falta de tiempo o desconocimiento, siendo de mayor incidencia en hospitales que se encuentran alejados de la capital y en aquellos donde las prácticas de seguridad son mínimas o inadecuadas.

La participación de la enfermera en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se presenta como la oportunidad de ejercer empoderamiento y un liderazgo ante un acto tan importante en donde la diferencia de las iatrogenias puede marcar la diferencia ente la vida y la muerte, la discapacidad de un paciente o el atravesar por procesos legales en el caso del personal quirúrgico. Considerando estos aspectos importantes el presente proyecto tiene como objetivo: Determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo 2017.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año decena de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura (4). En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), se ha identificado una prevalencia global de eventos adversos del 20% de los pacientes hospitalizados, los cuales sufrieron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital, los cuales pudieron haberse evitado en el 12% de los casos (5).

En las instituciones de salud de nuestro país ya se está aplicando la LVSC, pero todavía no se aplica correctamente, el personal de salud no está capacitado o no conoce sobre su contenido. La falta de tiempo para aplicarla o la poca importancia que representa para el personal de quirófano, la falta de comunicación entre los miembros que conforman el equipo quirúrgico y otras falencias como la falta de personal, ha llevado a una cadena de errores con la producción de eventos adversos y en algunos casos a la muerte (6).

No siendo raro leer o escuchar noticias como: —se amputa pierna equivocada...”, “...entra vivo y nunca más despierta de la cirugía”, “se opera para ser bella y muere”, situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, desdiciendo el propósito de la cirugía que es salvar vidas, a veces con pequeños gestos, tales como el lavado de las manos o la utilización sistemática de una hoja de verificación (7).

En el Perú, en el 2010, según el Ministerio de Salud, el número de intervenciones quirúrgicas representa más de 125.000 cirugías anuales. Sin embargo a pesar del costo, no se garantiza una eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema (7).

Se ha podido observar en los quirófanos, que debido al ritmo de trabajo profesional, estas actividades se rutinizan, se vuelven automáticas resultando en un procedimiento mecanizado con la intención de cumplir con la indicación del registro, sin valorar su utilidad, sin lograr la finalidad principal de los procedimientos. Algunos de los comportamientos de omisión están relacionados con la expresión de “pérdida de tiempo”, “interrupción en la cirugía o una imposición”; o no la están aplicando adecuadamente contribuyendo a desencadenar situaciones adversas.

Con lo anteriormente mencionado podemos afirmar que la falta de compromiso de parte del personal de centro quirúrgico en la aplicación de la LVSC no contribuye a un acto quirúrgico seguro, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema “Cirugía segura salva vidas”. Exigiendo que la enfermera tome medidas preventivas a través de propuestas que beneficien al paciente y al personal de centro quirúrgico, evitando daño y situaciones legales; Por lo expuesto, surge la iniciativa de investigar la aplicación de la LVCS puesto que el instrumento involucra a muchos profesionales de salud que cumplen una función importante en su ejecución, entre ellos: médicos, enfermeras y anestesiólogos, que laboran en el área de centro quirúrgico, planteándonos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional de Huancayo 2017?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La seguridad del paciente constituye el segundo reto a nivel mundial más importante, debido al gran número de pacientes con complicaciones. Por eso, el Ministerio de Salud, como institución reguladora implementa la LVSC como norma técnica para todas las instituciones tanto públicas como privadas, con el propósito de establecer algunas directrices que permitan disminuir los eventos adversos relacionados con los actos quirúrgicos.

El no cumplir con ciertas normas de seguridad, contribuye a cometer algún error y este puede resumirse en un daño, una lesión o un resultado inesperado en la salud del paciente como consecuencias de la atención sanitaria, son por ejemplo, una de las causas más frecuentes de complicación y una de las más graves las infecciones de la herida quirúrgica, seguida de la seguridad de la anestesia, que es una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo.

Por lo anterior consideramos que esta investigación será de gran utilidad al personal que labora en centro quirúrgico ya que al conocer dentro de las prácticas del personal de salud, cuál es la aplicación que tienen a la LVSC, se encontrara una fuente de información con los puntos críticos en los que el personal puede estar fallando y contribuyendo de manera directa o indirecta a la generación de eventos adversos.

1.3. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD:

El presente proyecto es viable porque se cuenta con el apoyo de la dirección de investigación y comité de ética del Hospital regional de Huancayo, asimismo se contará con la colaboración del área de centro quirúrgico, de tal manera que se logrará ejecutar el proyecto dentro del periodo programado.

Es factible porque nosotros como entes investigadores contamos con conocimiento del método científico, disponemos de recursos materiales y de autofinanciamiento.

CAPITULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1. PROPÓSITO:

Los resultados de esta investigación, será un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que profundicé o amplié las múltiples aristas que este interesante tema exhibe; asimismo tiene como propósito implementar estrategias viables para mejorar la aplicación de la LVSC durante todo el acto quirúrgico, a través de capacitación continua, que permita el conocimiento de la normatividad y refuerce el cumplimiento de la aplicación correcta, facilitando así el trabajo del enfermero y de todo el equipo quirúrgico porque permitirá desarrollar estrategias para prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos.

Asimismo, propiciar propuestas de supervisión y monitoreo, del personal que labora en centro quirúrgico, con la finalidad de darle sostenibilidad e importancia a la aplicación correcta de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo, junio – setiembre 2017.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía antes de la inducción anestésica (registro de entrada).

- Identificar la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica).

- Identificar la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES:

Cordovilla Zamora, Mónica (2015). En Ambato–Ecuador, realizó un estudio titulado “Utilidad del check list para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica”, con el objetivo de Implementar el uso adecuado de Check List en el Hospital del IESS de Ambato con la elaboración de una guía metodológica para alcanzar dicho objetivo. Donde concluyeron que durante el chequeo preoperatorio existe una falla en cuanto al control de instrumental quirúrgico utilizado para asegurar el bienestar de los pacientes. Se detectó en menor porcentaje que no se realiza la esterilidad completa del equipo quirúrgico, Se registraron pacientes con reacción alérgica a medicación aplicada en quirófano que se pudo evitar si se realizase adecuadamente la aplicación de Check List. Se observa en los resultados que no existe una coordinación completa entre el personal médico encargado del proceso quirúrgico. No existe una adecuada rotulación de las muestras resultantes del procedimiento quirúrgico (6).

Rodríguez, Heidi Verónica (2015). En Argentina, realizó un estudio titulado: “Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba”, tuvo como objetivo: Analizar la aplicación de la Lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba Argentina durante el periodo de Agosto 2014-Diciembre 2015. Conclusiones: El análisis de los datos obtenidos refleja la necesidad de trabajar la valoración de la lista de chequeo en cirugía entre el personal, porque si bien se aplica se desconoce su razón y beneficios de su uso asimismo para implantar medidas tendientes a lograr la seguridad del paciente se debe primero crear y potenciar una cultura de seguridad entre los profesionales (7).

Soria Aledo, Víctor y colaboradores (2012). En Murcia-España, realizaron una investigación titulada, “Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía, del hospital general Universitario Morales Meseguer”, con el objetivo de valorar el Grado de implantación y los factores asociados al cumplimiento del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS. De los resultados se obtuvo, que el listado se encontraba en la historia clínica en 75 casos (83,33%) con cumplimiento en su totalidad en 25 casos (27,8%). El porcentaje de ítems completos fue del 70,1%. La regresión logística mostró como variables significativas el tamaño de hospital (en los hospitales pequeños y medianos es más probable el cumplimiento del listado) y operaciones con anestesia local como factor predictor negativo de cumplimiento (8).

M.I. Rodrigo y colaboradores (2011). En España, realizaron un estudio sobre “Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica”, tuvieron como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica tras su implantación en un hospital terciario. Obteniéndose como resultados: El 95,7% de los profesionales manifestó utilizar siempre o casi siempre el LVQ cuando se interviene a un paciente quirúrgicamente. Los profesionales otorgaron al LVQ una utilidad media de 6,6 puntos (escala, 0-10), el 11,6% manifestó que gracias al LVQ se habían evitado errores, el 32,5% consideró que es una herramienta que mejora la comunicación entre los profesionales, y al 68% le gustaría que se cumplimentase el LVQ si ellos mismos fuesen a ser intervenidos. Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada (9).

Serpa Enciso, Luciana (2011). En Lima, realizó un estudio denominado “Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal de centro quirúrgico, del hospital Uldarico Rocca Fernández”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos

sobre seguridad del paciente y el grado de cumplimiento de la "Lista de chequeo en cirugía segura". Obteniendo como resultados que el nivel de conocimientos de los profesionales es moderado y fluctúa de 61 por ciento a 63 por ciento, el mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las enfermeras con 25 por ciento seguido de los cirujanos que tienen un 21 por ciento, los anestesiólogos que tienen un 12 por ciento y un 25 por ciento de conocimiento bajo. El grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura de los profesionales de salud tienen un cumplimiento medianamente favorable, las enfermeras con mayor porcentaje 42 por ciento de cumplimiento favorable, los anestesiólogos registran el mayor porcentaje 40 por ciento de cumplimiento desfavorable (10).

3.2. BASE TEÓRICA:

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. (11) Según la OMS el Check List es una herramienta a disposición de los profesionales de salud aumentando la comunicación y clarificando los recursos necesarios en el procedimiento para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables o negligencias por omisión o descuido.

La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios:

1. *Simplicidad:* Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrará con una resistencia

considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

2. *Amplitud de aplicación:* De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.
3. *Mensurabilidad:* Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y de muerte quirúrgicas aplicables. La lista de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención (12).

El equipo quirúrgico se compone por todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. El Manual de Cirugía Segura de la OMS presenta propuestas para la aplicación de la Lista de verificación, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias (13).

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. (14)

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

- **Primera Fase:** Durante la entrada, antes de inducción de la anestesia (Registro de Entrada), el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.

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 chequeo.

- **Segunda Fase:** Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica), en la Pausa quirúrgica cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función; confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, se realizará una pausa inmediatamente

antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen.

- **Tercera Fase:** Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida), el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento postoperatorio y la recuperación.

Es fundamental que para la aplicación y verificación de la lista de verificación de cirugía segura tenga éxito, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el enfermero circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de verificación de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades y así garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación.

La aplicación exitosa de la Lista de verificación requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla realidad. Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación.

La experiencia demuestra que los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la Lista de verificación son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica (16).

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

Así también cuando nos referimos a seguridad del paciente, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, lo define como la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, y a cirugía como el conjunto de procedimientos sistematizados y coordinados por el equipo de salud que se lleva a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y que por sus características requieren ser realizados en el quirófano, bajo condiciones de máxima seguridad para el paciente y equipo quirúrgico (15)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- *APLICACIÓN*: Hace referencia a la acción y el efecto de aplicar o aplicarse (poner algo sobre otra cosa, emplear o ejecutar algo, atribuir).

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis

Las enfermeras del hospital regional de Huancayo aplican la lista de verificación de cirugía segura de manera inadecuada.

CAPITULO V

MATERIAL Y MÉTODO

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO:

La investigación tiene enfoque cuantitativo. Es un estudio de tipo: descriptivo transversal y prospectivo porque la información se obtendrá en un solo momento.

5.2. SEDE DE ESTUDIO:

El estudio se realizará en el Hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, institución de nivel III – E, que se encuentra ubicado en la Av. Daniel alcides carrion N° 1556 en la provincia de Huancayo, en el departamento de Junín. Brinda los servicios de: Cirugía Especializada, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Especializada, Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Central de esterilización, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y Dietética, Farmacia, Odontología y Asistencia social. El servicio de centro quirúrgico tiene por infraestructura un solo piso el cual cuenta con 05 quirófanos operativos, en el cual durante el año 2015 se llevaron a cabo 3312 cirugías.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estará formada por 25 enfermeras del servicio de centro quirúrgico del Hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, para la muestra se trabajará con el total de la población, además de tomarse en cuenta los criterios de selección.

Criterios de Inclusión:

- La enfermera que acepte la participación voluntaria del estudio.

- Enfermera que labore, independientemente del tiempo, en sala de operaciones.
- Enfermera que cuente o no con especialidad en centro quirúrgico.
- Enfermera que participe como Enfermera circulante.

Criterios de exclusión:

- La enfermera que no acepte la participación voluntaria del estudio.
- Enfermera que sólo se dedique a cargos administrativos.

5.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

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

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura	Es la ejecución o realización de la lista de verificación de cirugía segura, según los criterios de la normativa.	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada).	Periodo realizado por el profesional de enfermería y el anesthesiologo, anterior a la inducción de la anestesia.	SI APLICA 15 - 20 puntos NO APLICA 00 - 14 puntos
		II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica).	Periodo realizado por el profesional de enfermería, cirujano y anesthesiologo, posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.	SI APLICA 13 - 18 puntos NO APLICA 00 - 12 puntos
		III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Periodo realizado por el profesional de enfermería, cirujano y anesthesiologo, posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.	SI APLICA 07 - 10 puntos NO APLICA 00 - 06 puntos

5.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se usará es la entrevista, el instrumento para la recolección de datos es la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, formulado por la OMS.

Este instrumento consta de 4 partes:

- La I parte contiene los datos demográficos de la muestra.
- La II parte corresponde a la Fase de Entrada, periodo de Inducción anestésica; consta de 10 ítems (01 – al 10).
- La III parte corresponde a la Fase de la Pausa Quirúrgica, periodo antes de la Incisión cutánea; consta de 9 ítems (11 – al 19).
- La IV parte corresponde a la Fase de Salida, periodo antes de que el paciente salga de quirófano; consta de 5 ítems (20 – al 24).

Los Ítems serán medidos dicotómicamente, donde la alternativa Sí valdrá 02 puntos y No valdrá 01 punto, considerándose así de:

35 - 48 puntos = SI APLICA

00 - 34 puntos = NO APLICA

5.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se contará con la autorización del Comité Institucional de ética en la Investigación del Hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión y el Comité Institucional de ética en investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La recolección de datos se realizará en 3 meses. En el primer mes, se procederá a solicitar el consentimiento informado de cada uno de los enfermeros participantes en el estudio previo a la presentación del proyecto de investigación durante una reunión mensual la que se lleva a cabo el 05 de cada mes.

En el segundo y tercer mes, se realizará la recolección de datos para lo cual se tomará en cuenta los turnos programados de los licenciados en enfermería que

acepten participar en el estudio. La observación a los enfermeros se realizará de manera discreta durante sus labores asistenciales como enfermeros circulantes en el turno de la mañana, llevándose acabo de lunes a viernes, considerando el siguientes horarios; de 8 am a 1 pm, esta evaluación se realizará en dos oportunidades a cada enfermera en cirugías programadas, en un tiempo determinado hasta cumplir las 02 guías de verificación por participante.

5.7. TABULACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez recolectados los datos, el procesamiento de los resultados se realizará con el almacenamiento de los datos en el programa Microsoft Excel 2010, para luego ser analizados con el programa estadístico EPI INFO versión 7.0. Con base a los datos que se obtengan de la muestra, y para responder a los objetivos planteados, los resultados serán presentados en tablas, cuadros y gráficos como parte del enfoque descriptivo de la investigación, según los objetivos planteados.

CAPITULO VI

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- Principio De Autonomía: Se requerirá la decisión voluntaria del personal de enfermería para participar en el estudio, firmando el consentimiento informado para la realización del mismo, asimismo este estudio será realizado de manera anónima y confidencial, respetando los valores, cultura y principios de cada participante, Los sujetos de investigación decidirán retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

- Principio De No Maleficencia: El presente proyecto no causará daño alguno, ni riesgo, ni perjudicará al personal de salud y centro de labores.

- Principio De Beneficencia: El estudio a realizarse será de beneficio para el personal de enfermería, quienes recibirán capacitaciones continuas sobre el “Check List”, reforzando la adecuada aplicación de la LVCS según la normatividad. Se realizará la entrega del trabajo de investigación con los resultados obtenidos a la institución hospitalaria.

- Principio De Justicia: El estudio se aplica de igual forma a todo el personal considerado en la investigación. No se discriminará a ningún participante.

6.2 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS:

Antes de obtener la información se realizará los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Jefa de Departamento de Enfermería del Hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión la evaluación y análisis del proyecto por el comité de ética, docencia e investigación.

Posteriormente se realizará las coordinaciones con la jefa del servicio de Centro Quirúrgico para la aplicación del instrumento, antes de la aplicación del instrumento se obtendrá de las enfermeras el consentimiento informado.

6.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Meses Actividades	2017																				
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Revisión bibliográfica	X	X	X	X																	
Planteo y definición del problema	X	X																			
Elaboración del propósito y objetivos del estudio		X	X																		
Elaboración del marco teórico			X	X	X																
Definición de la Operacionalización de variables				X	X																
Planeación de materiales y métodos de estudio					X	X	X														
Definición de la población						X	X														
Técnica e instrumento para la recolección de datos							X	X	X												
Revisión y corrección del Proyecto									X	X	X	X									
Análisis de las consideraciones éticas y administrativas													X	X							
Ordenamiento de las referencias bibliográficas													X	X	X	X	X	X			
Presentación final																			X	X	

6.4 PRESUPUESTO:

	DESCRIPCION	CANTIDA D	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
MATERIALES	Grapas	3 caja	10	30.00
	Papel bond	2 paquete	15.00	30.00
	Fólderes manila	3 docena	1.00	36.00
	Lapiceros	30 unidades	2.00	60.00
	Fólderes plastificados	3 docenas	5.00	180.00
	Lápiz	30 unidades	0.5	15.00
	Corrector para lapicero	4 unidad	6.00	24.00
	USB	3 unidades	40.00	120.00
	tinta para impresora	2 unidades	50.00	100.00
	Post -it	3 unidades	15.00	45.00
SUB TOTAL				640.00
RECURSOS LOGISTICOS	Movilidad	7m	2.00	500.00
	Internet	80 horas	2.00	160.00
	Impresiones	3 m	0.30	300.00
	Copias	100	0.20	20.00
	Comunicación Telefónica	300	1.00	300.00
	Refrigerio	30	10.00	300.00
	Traslado	15 dias	60	900.00
SUB TOTAL				2480.00
COSTO TOTAL				3120.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Implementación de una lista de chequeo o verificación de seguridad de la cirugía. [Internet]. [Citado 22 Ago 2017] Ginebra; 2008. Disponible en: www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_spanish.pdf
2. OMS: Segundo reto mundial para la seguridad del paciente: La cirugía segura salva vidas. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Internet]. Suiza. 2008. [Citado 08 Jun 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
3. MINSA. Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. [Citado 22 Jul 2015] Lima: Perú. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf.
4. OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente, la investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención segura. [Internet]. [Citado 15 Ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
5. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. [Citado 22 Dic 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf.
6. Cordovilla Z, Mónica J; Utilidad del check list para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica del hospital IESS Ambato. [tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad regional Autónoma de los Andes; 2016. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf.

7. Rodríguez, Heidi. Descripción de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del Hospital privado de Córdoba. [Tesis de Maestría]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, 2015. Disponible en: <https://www.cuitonline.com/detalle/23330289384>
8. Soria V; Da silva A; Saturno J; Grau M; Carrillo A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. [Tesis de Licenciatura]. España: Universidad de Murcia, 2012. Disponible en: <https://www.um.es/calidadsalud/archivos/Soria-Aledo%20et%20al.,%202012.pdf>
9. Rodrigo M; Tirapu B; Zabalza P; Martín M; De la fuente o A; Villalgordo P; Domench L.; Gost J. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica en el hospital de Cali. [Internet] España 2011. [Citado 28 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X11000625?via%3Dihub>
10. Serpa L. “Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal de centro quirúrgico, del Hospital Uldarico Rocca”. [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2011. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5078/3/Izquierdo_bf.pdf
11. OMS. Manual de aplicación la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 –Cirugía segura salva vidas. [Internet]. [Citado 22 Oct 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf
12. Organización Mundial de la Salud: LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Suiza 2009. [Internet]. [Citado 13 Jul 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

13. González M. Lista de Verificación del proceso quirúrgico: una estrategia de seguridad clínica. [Tesis de Licenciatura]. España: Universidad de Cantabria; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2349>
14. Calidad de atención, seguridad del paciente- Sanidad La Mancha, Castilla. [Internet]. España 2010. [Citado 04 Ago 2017]. Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/profesionales/calidad-y-seguridad-delpaciente/seguridad-del-paciente>
15. Algieri R. Implementación de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica postoperatoria en la sala general. Biblioteca Virtual Brasil. [Internet] 2012. [Citado 06 Oct 2017]. Disponible en: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-716478>.
16. Rivero D, Nolasco A, Puntunet ML, Cortés G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Mex Enf Cardiol [Internet]. 2012 [citado 27 May 2015]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39424>

ANEXO 2

GUÍA DE VERIFICACIÓN

COD:

I. INTRODUCCIÓN:

La presente ficha de observación, tiene como objetivo: Determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión. Por lo que se pide de su colaboración para la ejecución de este instrumento.

II. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Sexo: F () M ()

Tiempo de servicio: En enfermería _____ y en Centro quirúrgico _____.

Especialidad en centro quirúrgico: Si () No () en proceso () estudiando ()

Tipo de Intervención Qx: Mayor () Menor ()

Tipo de Cirugía: Electiva () Emergencia ()

III. ITEMS:

