



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN  
HOSPITAL NACIONAL**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN ENFERMERIA CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO**

**Autores:**

Lic. Guardia Quispe Dyana Vanessa

Lic. Luque Paredes Zenia Cinthya

Lic. Malca Carranza Tathiana Milagros

Lima – Perú

2017

Mg. Raquel Meléndez De la Cruz

Asesora

Fecha para sustentación:

## ÍNDICE

Resumen

Introducción

1. Capítulo I: Planteamiento del problema	
1.1 Formulación del problema.....	4
1.2 Justificación.....	6
1.3 Viabilidad y factibilidad del estudio.....	8
2. Capítulo II: Propósito y objetivos de estudio	
2.1 Propósito.....	9
2.2 Objetivo	
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
3. Capítulo III: Marco teórico	
3.1 Antecedentes.....	10
3.2 Base teórica	
3.2.1 Lista de Verificación quirúrgica.....	12
3.2.1.1 Entrada.....	13
3.2.1.2 Pausa quirúrgica.....	16
3.2.1.3 Salida.....	18
3.2.2 Aplicación de la LVQ.....	19
4. Capítulo IV: Hipótesis .....	20
5. Capítulo V: Material y método .....	21
5.1 Diseño de investigación.....	21
5.2 Población y muestra.....	21
5.3 Operacionalización de variables.....	22
5.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....	24
6. Capítulo VI: Consideraciones éticas y administrativas .....	26
6.1 Consideraciones éticas.....	26
6.2 Presupuesto.....	26
6.3 Cronograma de Grant.....	29
7. Referencias Bibliográficas .....	31
8. Anexos .....	34

## RESUMEN

El presente estudio se realizará en un Hospital Nacional, tiene como **objetivo general**: Determinar la aplicación del LVQ en centro quirúrgico de un Hospital Nacional. **Material y métodos**: estudio cuantitativo, cuyo diseño de investigación es no experimental, descriptivo de corte transversal, pues busca encontrar estadísticamente la variable estudiada. El estudio se realizará con la población constituida por un total de 30 enfermeros pertenecientes a una Institución Nacional de Salud. Los datos serán recolectados a través del instrumento validado y adaptado al contexto por las investigadoras, el cual será sometido a prueba de validez y confiabilidad. Para la recolección de información, se coordinará la autorización institucional, procediendo a su realización, previo consentimiento informado. La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico EPI INFO, donde los resultados y conclusiones serán presentados a través del uso de tablas y gráficos según los objetivos planteados.

**PALABRAS CLAVES**: Aplicación de la Lista de verificación quirúrgica.

## INTRODUCCIÓN

Los grandes avances en las técnicas quirúrgicas y la anestesia, avaladas ambas tecnológica y científicamente por campos afines como la ingeniería biomédica, la circulación extracorpórea, la química, y la enfermería; entre todos han producido verdaderos milagros en la cirugía moderna, tan importantes que muchas veces las enfermeras, olvidan de quién recibe el beneficio de esta ciencia y esa tecnología: es un ser humano con múltiples necesidades; a medida que sean capaces de satisfacer sus necesidades primordiales, esta persona saldrá más tranquila y en mejores condiciones de la institución hospitalaria.

La atención integral de enfermería al paciente quirúrgico incluye los aspectos físicos trastornados por la enfermedad, así como cuidar y prevenir otros aspectos fisiológicos no relacionados, pero que en un momento dado se pueden dañar, si no se previenen a tiempo; del mismo modo es importante cuidar los aspectos emocionales, espirituales, sociales y económicos del paciente.

Esta atención al paciente quirúrgico abarca principalmente información relacionada con su intervención, para que esté preparado física y emocionalmente para afrontar con entusiasmo su intervención quirúrgica, informando de las actividades que no podrá realizar en el posoperatorio inmediato y mencionando que una enfermera estará siempre cerca de él para disminuir sus sentimientos de ansiedad, preocupación, miedo, temores, tristeza, enfado y confusión, respuestas que son el resultado de la angustia por lo desconocido. Además, este cuidado está relacionado con brindar la mayor seguridad durante la cirugía, que tenga conocimiento que se tomarán las medidas necesarias para prevenir cualquier complicación durante y post intervención.<sup>1</sup>

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. Por ello, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la

seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. Por esa razón, la OMS creó por necesidad de la seguridad del paciente, la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ). Ésta, es una herramienta para los profesionales clínicos que están interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.<sup>2</sup>

Es así, que la OMS exhorta a contribuir y garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales para minimizar los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

Cuando se implementa la LVQ se requiere, de parte de la institución prestadora de salud y de sus profesionales, liderazgo, trabajo en equipo, flexibilidad y adaptación al cambio. Muchas instituciones reportan actualmente su uso alrededor del mundo, sin embargo, es importante resaltar que para obtener mejores resultados es necesario el uso de la LVQ de forma completa, rutinaria y dentro de una cultura de seguridad.

Esta LVQ ha sido adoptada tanto en hospitales nacionales como entidades particulares, con el fin de asegurar las cirugías. Sin embargo, a pesar del costo 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 en gran parte del mundo.

En el Perú, mediante resolución ministerial N°308-2010/MINSA se aprobaron los criterios para la aplicación de la “Lista de verificación de Cirugía Segura” con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, la cual pretende contribuir a reducir la incidencia de eventos adversos relacionados a las intervenciones quirúrgicas. La puesta en marcha en un hospital de una LVQ representa un desafío en la cultura organizacional.<sup>3</sup>

Las fallas que se presentan en sala de operaciones, fundamentalmente son debidas a factores humanos como, por ejemplo, no dar trascendencia a hechos puntuales

destacados por la LVQ, señalados previamente al personal (instrumentistas, enfermeras, técnicos) y cuya acción u omisión podían hacer insegura esa cirugía al producir un evento adverso. Estas fallas se deben a la falta de aplicación de la LVQ y no a una técnica quirúrgica inadecuada, lo que podría poner en riesgo al paciente quirúrgico.

La investigación tiene el propósito de generar evidencia sobre la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el ámbito hospitalario peruano, para contribuir a una cultura de seguridad.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En el mundo, 7 millones de pacientes sufren complicaciones quirúrgicas, pero aproximadamente el 43% de ellas son evitables.<sup>4</sup> De este número de afectados, al menos un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.<sup>5</sup>

Para reducir en todo el mundo el número de muertes de orígenes quirúrgicos originados por las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables y la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. El 27 de octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que pretende alinear a todos en la generación de una atención de salud bajo la doctrina de seguridad. En la 55 Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que se realizó en mayo del 2002 se aprobó la Resolución WHA55.18 que define el Reto Mundial “La cirugía segura salva vidas”. El resultado fue la creación de la Lista de verificación OMS de la seguridad de la cirugía, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.<sup>2</sup>

En nuestro ámbito nacional existe la RM N°308-2010/MINSA, cuya norma estandariza la aplicación de la LVQ. Ésta recomienda que el coordinador de la LVQ sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica. El coordinador de la LVQ puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no es cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.<sup>3</sup>

Se ha comprobado que los problemas debido a las prácticas inadecuadas de seguridad son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. En la práctica en centro quirúrgico se observan situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la LVQ, descendiendo el propósito de la cirugía que es salvar vidas.

En el ámbito nacional se ha podido observar que la aplicación de la LVQ no sigue los pasos recomendados por el MINSA, las actitudes individuales del personal hacia este listado juegan un rol central en el éxito o fracaso de la medida; por ejemplo, la resistencia de los cirujanos a cambiar hábitos, incomodidad al momento de tener que presentarse, a marcar la zona operatoria, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la LVQ, el coordinador de la LVQ por evitar conflictos con el equipo quirúrgico pasa por alto las indicaciones y prosigue con la cirugía incumpliendo la norma y poniendo en riesgo la salud del paciente. Lo antes mencionado, se atribuye a la insuficiente comunicación y/o falta de información, la sobrecarga de trabajo y la escasa atención a las responsabilidades de los distintos roles que tiene el personal.

En lo que a prevención de errores médicos se refiere, una medida que ayuda a minimizarlos es el uso de la LVQ. Este instrumento ha probado ser efectivo, ya que condensa gran cantidad de información basada en evidencia, crea evaluaciones confiables, permite una rápida organización de los procesos y por sobre todo reduce los errores por omisión en la atención de salud.

Pese a la sencillez de la herramienta, la implantación del LVQ en un centro hospitalario es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para el éxito de una medida de este tipo es que los profesionales la consideren útil y se involucren en el proceso de implementación, cumplimiento y posterior seguimiento de la medida para evaluar sus efectos.<sup>6</sup>

Aún con todas estas ventajas no se debe pasar por alto que su aplicación dependerá de los profesionales implicados en los procesos en que ésta se utilice. Debido a lo anterior es que se debe considerar la cultura de la seguridad de los equipos sanitarios, ya que en la medida en que se promueva la seguridad del paciente por parte de los equipos, se otorgarán cuidados de calidad.

En base a lo planteado surgió la iniciativa de investigar en el área de un centro quirúrgico acerca de la aplicación de la LVQ puesto que el instrumento involucra a muchos profesionales de salud entre ellos médicos, enfermeras y técnicos de

enfermería. Y cada de uno ellos cumple una función importante en su ejecución. Por eso, a pesar que existen estudios cuantitativos que avalan la utilidad de la LVQ, es importante estudiar su aplicación ya que permitirá superar las limitaciones en su ejecución e implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano, de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro y, por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema “Cirugía segura salva vidas”. Además de generar una mayor participación de cada uno de los profesionales que integran el equipo quirúrgico y promover una cultura de seguridad durante la aplicación de ésta en la intervención quirúrgica.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo antes expuesto, en este contexto, realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es nivel de aplicación de la lista de verificación quirúrgica en un Hospital Nacional?

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

A nivel mundial, la seguridad del paciente, constituye el Segundo Reto Mundial, debido al número de pacientes quirúrgicos con complicaciones. Por eso, el Ministerio de Salud, como institución reguladora implementa la LVQ como norma técnica para todas las instituciones públicas y privadas.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA), institución creada para velar por la calidad de los servicios en salud que supervisa que las atenciones en salud se realicen con oportunidad, calidad, eficiencia y eficacia. El incumplimiento de la LVQ en una institución determinada puede desencadenar una sanción por no cumplir la norma sanitaria dictada por MINSA.<sup>7</sup>

En el Perú, la SUNASA ejerce la fiscalización y la función sancionadora de acciones que pueden afectar a usuarios de instituciones aseguradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) y de unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de

salud (UGIPRESS). La sanción se ajusta al nivel de gravedad que las infracciones pueden ocasionar en los usuarios de los servicios de salud (leve, grave y muy grave). El proceso administrativo sancionador (PAS), identifica la existencia de una infracción, y si el caso lo requiere, determinar una sanción.

Su principal objetivo es mitigar la probabilidad de que ocurra un evento con consecuencias negativas en el normal desempeño de las actividades realizadas, bajo una orientación de gestión del riesgo, como proceso que consiste en identificar, medir, monitorear, comunicar, tratar y controlar los peligros a los cuales se está expuesto, a fin de reducir la probabilidad de su ocurrencia y amortiguar su impacto para el logro de los objetivos de la institución supervisada. Además, se aplican medidas de seguridad de ejecución inmediata, para salvaguardar la salud y la vida de la población, tales como el cierre temporal o definitivo de IPRESS y las que resulten necesarias, a fin de evitar que las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, vulneren el derecho a la salud de los ciudadanos. Igualmente, el regulador emite normas que aseguran el correcto funcionamiento del sistema y la protección del derecho a la salud de los consumidores y usuarios de los servicios de salud. <sup>8</sup>

A pesar que en la norma técnica recomienda que la coordinación de la LVQ la asuma una enfermera circulante, no descarta la posibilidad que también sea realizado por otro personal. Sin embargo, ya se viene asumiendo a nivel hospitalario que enfermería aplique este instrumento, debido a que enfermería enfrenta grandes retos que exigen nuevas y mayores competencias para tener competitividad en el ámbito profesional. Esto requiere de un profundo compromiso individual y grupal, así como de liderazgo con poder social e institucional para gestionar hasta traducirlo en justicia y desarrollo. Lo que conlleva a que la enfermera se posicione en el área que labora.

### **1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD**

Este proyecto puede realizarse sin dificultad, ya que se cuenta con el recurso humano capacitado en investigación y motivado en dar solución a un tema de interés que afecta tanto al personal de centro quirúrgico como al paciente debido a que interviene en la seguridad de su salud.

Además de contar con la disposición de la institución hospitalaria, que nos brindará el campo de investigación (centro quirúrgico) para la ejecución de los instrumentos.

Por último, existe la disponibilidad de recursos económicos para la realización del proyecto de investigación.

## **CAPÍTULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS**

### **2.1 PROPÓSITO**

La investigación propuesta busca establecer estrategias para mejorar la aplicación de la LVQ, con la correcta aplicación se beneficiará a un significativo número de personas que diariamente se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a la muerte innecesariamente.

Así mismo, la actualidad de este tema y los resultados que de él se obtengan, serán un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que profundice o amplíen el tema.

### **2.2 OBJETIVOS**

#### **Objetivo General:**

Describir el nivel de aplicación del Lista de Verificación Quirúrgica en centro quirúrgico de un Hospital Nacional.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar el nivel de aplicación de la lista de verificación quirúrgica en la fase de entrada según normas de la OMS.
2. Identificar el nivel de aplicación de la lista de verificación quirúrgica en la pausa quirúrgica según normas de la OMS.

Identificar el nivel de aplicación de la lista de verificación quirúrgica en la fase de salida según normas de la OMS.

## **CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO**

### **3.1 ANTECEDENTES**

Sparks EA y colaboradores realizaron el estudio “Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica”. En EEUU en el año 2013. Estudio retrospectivo, observacional, con el objetivo de evaluar la calidad del cumplimiento de la lista de verificación como una medición de la exactitud y completitud y determinar los factores que pueden afectar el cumplimiento. Este estudio encontró que la lista de verificación promedio alcanzó 16,9 de 20 puntos (85%) para la completitud versus sólo 10,8 de 20 puntos (54%) para la exactitud ( $p < 0,05$ ), tuvieron un promedio de 27,7 de 40 puntos para el cumplimiento (69%). La identificación de las barreras para su uso efectivo es necesaria porque el uso impropio de la lista de verificación puede afectar adversamente la seguridad del paciente. Los recursos del equipo quirúrgico y la educación pueden ser factores para el cumplimiento disminuido de la lista de verificación de seguridad visto en los casos quirúrgicos.<sup>9</sup>

Rivero G. y colaboradores estudiaron el “Nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura”. En México en el año 2012. Estudio descriptivo, prospectivo, transversal con el objetivo de determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Donde encontraron que el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 87.97%. El incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico (9.6%); reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50.6%), aspectos de recuperación (41.0%). El 91.8% del personal considera que la lista es viable; para el 86.3%, proporciona algún beneficio, y el 91.2% considera que evita eventos adversos.<sup>10</sup>

Collazos y colaboradores realizaron un estudio “Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente”. En Colombia en el año 2013. Estudio de corte transversal en un hospital de tercer nivel de Colombia donde

buscaron describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía de la OMS, a partir de ítems verificables por el paciente, y describir el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de verificación. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación (7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010).<sup>11</sup>

Aligieri y colaboradores realizaron un estudio titulado “Implementación de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica postoperatoria en la sala general”. En Brasil en el año 2012. Estudio prospectivo, observacional cuyo objetivo fue identificar las acciones destinadas a brindar mayor seguridad al paciente desde la implementación de listas de verificación en el período postoperatorio. Donde se identificaron 20 (57%) partes quirúrgicos incompletos o mal confeccionados, 4 (11%) pacientes con analgesia inadecuada o insuficiente, 4 (11%) con indicación postquirúrgica de oxígeno sin colocar o colocado a flujo inadecuado y 3 (8,6%) pacientes con indicación de faja corporal sin colocar o colocada de forma incorrecta. Concluyendo que la utilización de Listas de Verificación permiten reducir los riesgos y a evitar eventos adversos prevenibles. En este aspecto, es fundamental la educación continua en todas las áreas de trabajo con el fin de lograr una real política de seguridad para el paciente quirúrgico.<sup>12</sup>

## **3.2 BASE TEÓRICA**

### **1. Lista de verificación quirúrgica**

La LVQ es el registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo de circuito quirúrgico, y que debe ser complementado por escrito por los profesionales sanitarios responsables de la prescripción, realización y/o comprobación de dichas actividades como complemento a la verificación sistemática que se realiza de forma verbal.<sup>13</sup>

Esta LVQ debe ser una herramienta de los profesionales de la salud para cumplir con brindar seguridad al paciente durante las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Para el cumplimiento de la LVQ, se debe respetar los principios con los que fue formulado:

**Focalizada:** Se debe intentar que sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad. Lo ideal son entre cinco y nueve puntos de control.

**Breve:** La verificación de cada sección de la lista no debe llevar más de un minuto.

**Ejecutable:** Cada elemento debe estar vinculado a una acción concreta y unívoca.

**Verbal:** La función es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo.

**Cooperativa:** Genera la participación de todos los miembros. La búsqueda activa de la opinión de enfermeros, anestesistas, cirujanos, entre otros, es importante no sólo para ayudar a realizar las modificaciones adecuadas sino también para generar la sensación de “pertenencia” que es vital para que su adopción y la permanencia del cambio en la práctica.

**Comprobada:** Es importante someterla a prueba mediante una simulación y pruebas reales.

Integrada: Incorporación de prácticas como la integración, la comunicación entre el equipo, y los momentos de orientación previa y de resumen posterior.<sup>14</sup>

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. Esta persona puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no el cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.<sup>15</sup>

La Lista de verificación quirúrgica se divide en tres fases, cada una correspondiente aun periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención<sup>2</sup>

La mayoría de los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que encargado de la aplicación, lo que garantizará la realización de las acciones claves.

Estas fases son:

**Entrada:** Periodo anterior a la inducción de la anestesia. El Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería.<sup>2</sup> Los controles en la entrada son los siguientes: Confirmar el

consentimiento del paciente para cirugía y anestesia, mediante la visualización de los consentimientos informados en la historia clínica y preguntando al paciente sobre la veracidad de su firma en las hojas; y confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento.

El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente. A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI, historia clínica, fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente.<sup>2</sup>

Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN) un tutor, miembro de la familia o responsable puede asumir este rol. Esta verificación se puede hacer colocando un brazalete al paciente (o adhesivo con datos señalados) en el que figuren sus datos de identificación, los mismos que deberán ser verificados por el tutor o familiar antes de su ingreso a sala.<sup>3</sup>

Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico: El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía, graficando una flecha (normalmente con un rotulador permanente), sobre todo en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).<sup>16</sup>

Chequeo completo de seguridad anestésica: El Coordinador completará este paso preguntando al anestesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso: Examen del equipo para la vía aérea, respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios), Aspiración, Drogas y dispositivos, Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando: el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.<sup>16</sup>

Preguntar si tiene el paciente alguna alergia conocida: el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consultará al anestesiólogo: si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así, identificar cual es. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesiólogo está

enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

Preguntar si tiene el paciente alguna dificultad en la respiración: el Coordinador confirmará verbalmente con el anesthesiólogo -que ha valorado objetivamente- si el paciente presenta dificultad en la vía aérea.

Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (Ejemplo: una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.<sup>3</sup>

En caso que el paciente tenga una reconocida dificultad de la vía aérea, contestar a la pregunta si hay instrumental y equipos/ayuda disponible, marcando la casilla correspondiente.

Preguntar si tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre: Si el paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml. de sangre en caso de ser paciente adulto ó 7 ml/kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/ Central).<sup>16</sup>

Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre, ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente.

En el caso de niños, la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre/fluidos. Con este ítem se completa la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

**Pausa quirúrgica:** es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.<sup>3</sup> En este momento el personal se identifica por su nombre y función; el cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluido lateralidad) y posición. El coordinador pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmará verbalmente lo antes mencionado.<sup>18</sup> Se identifica que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica. La respuesta debe darse en voz alta y personalmente. Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos. El coordinador preguntará si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, en caso contrario se administra antes de la incisión cutánea. Si médico considera innecesario marcar como “no procede”.

Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el Cirujano tratante puede decidir si repite o no la dosis. La aplicación del antibiótico profiláctico debe ser estandarizada en todo el establecimiento de salud de acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar, y en concordancia con los criterios de racionalidad establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).<sup>16</sup>

Previsión de incidentes críticos: El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los aspectos críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las preocupaciones específicas de cada miembro del equipo, pero cada casilla se chequea sólo después de que cada disciplina proporcione la información. Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo, el cirujano simplemente expone “Este es un caso de rutina de X duración”, y luego pregunta al anestesiólogo y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.<sup>16</sup>

El cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre? Informar al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria. Es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial.<sup>3</sup>

El anestesiólogo repasa: ¿Cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hubiera? En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y/o cualquier complicación, característica o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o arritmia. Se entiende que en muchas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesiólogo puede simplemente decir “No hay ninguna precaución especial en este caso”. Cuando la paciente a intervenir sea una gestante se deberá confirmar que el pediatra está listo para la atención del recién nacido.<sup>3</sup>

La enfermera repasa: ¿Cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente? El personal de enfermería confirma verbalmente que el instrumental y equipo quirúrgico están esterilizados, para lo cual tendrá que visualizar la etiqueta de esterilidad.

Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que puedan tener la enfermera instrumentista o la enfermera circulante, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesiólogo, tales como: Visualización de las imágenes esenciales: las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones. El Coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en caso de procedimientos ortopédicos/ vertebrales y en la resección de muchos tumores. Si es así, el Coordinador deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la

intervención. La disponibilidad de las imágenes en la sala de operaciones es responsabilidad del cirujano. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de “No Procede”.<sup>3</sup>

Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. El propósito es usar la “Pausa Quirúrgica” como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente. Llegado a este punto la pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención sin riesgo.<sup>2</sup>

**Salida:** Periodo que se completa antes de retirar los campos estériles. Idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano.<sup>3</sup>

Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo.

El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo).

El plan del postoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida.

Para que la aplicación de la Lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación.<sup>16</sup>

## **2. Aplicación de la Lista de verificación quirúrgica**

Según la Rae (2017), aplicación proviene del latín applicatio, -ōnis que es la acción o efecto de aplicar.<sup>17</sup> Y aplicar es emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo. Además que también nos menciona que es poner esmero, diligencia y cuidado en ejecutar algo.

Entonces, la aplicación de la LVQ es ejecutar una medida de seguridad con el fin de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas en un área quirúrgica. Esta aplicación debe realizarse con el cumplimiento total indicado por las normas nacionales (MINSA) e internacionales (OMS).<sup>18</sup>

Se debe aplicar de forma verbal, sin dejar de preguntar alguno de los ítems, con la presencia mínima del personal indicado en cada fase, realizando las preguntas a cada profesional según corresponda. En la realización del listado en cada procedimiento, durante el acto quirúrgico el profesional designado tendrá la responsabilidad de cumplir la LVQ y el resto del personal de colaborar activamente para que ello sea posible. El cumplir con la ejecución de la LVQ no exime a cada profesional de sus propias responsabilidades en el acto quirúrgico.<sup>18</sup>

## **CAPÍTULO IV: HIPÓTESIS**

### **4.1 Hipótesis**

El nivel de aplicación de la lista de verificación quirúrgica es medio.

## **CAPÍTULO V: MATERIAL Y MÉTODO**

### **5.1 Diseño de investigación:** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental.

El trabajo de investigación es un estudio de tipo cuantitativo: descriptivo transversal y prospectivo porque busca encontrar estadísticamente la variable estudiada con la aplicación de los instrumentos en un solo momento en el futuro dado en el área de centro quirúrgico de un Hospital Nacional.

### **5.2 Población y muestra**

La población en estudio está conformada por todo el equipo de salud constituido por 20 Médicos, 30 Enfermeras y 15 Tec. de Enfermería que pertenecen al servicio de sala de operaciones central de un Hospital Nacional. El estudio se realizará con toda la población.

#### **5.2.1 Criterios de Inclusión:**

- Enfermeros especialistas en centro quirúrgico que desempeñan labor asistencial.
- Enfermeros especialistas en centro quirúrgico que desempeñan labor administrativa.
- Cirujanos, anestesiólogos y técnicos de enfermería que se desempeñen en el área de centro quirúrgico.
- Enfermeros, anestesiólogos, médicos cirujanos y técnicos de enfermería que acepten participar voluntariamente en el estudio.

#### **5.2.2 Criterios de Exclusión:**

- Enfermeros especialistas y técnicos de enfermería de otro servicio que se encuentren apoyando en sala de operaciones.

Enfermeros, anestesiólogos, médicos cirujanos y técnicos de enfermería que se encuentren de vacaciones, descanso médico, entre otros.

### 5.3 Definición operacional de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Aplicación del LVQ	Ejecutar una medida de seguridad con el fin de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas en un área quirúrgica.	Entrada	Ejecutar una medida de seguridad en el periodo anterior a la inducción de la anestesia que requiere, como mínimo, de la presencia del anesthesiólogo y del personal de enfermería.	Nivel de aplicación de la LVQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo</li> <li>- Medio</li> <li>- Alto</li> </ul> (según Estanone)
		Pausa quirúrgica	Ejecutar una medida de seguridad en la pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.	

		<b>Salida</b>	Ejecutar una medida de seguridad en el periodo que se completa antes de retirar los campos estériles. Idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano.	
--	--	---------------	---	--

#### **5.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos**

**Fase I: Autorización.** Se presentará las solicitudes de permiso al Dirigente encargado del área de ética e investigación de la Institución Hospitalaria, a jefatura de enfermería del servicio de sala de operaciones central del hospital.

**Fase II: Coordinación:** Se establecerá una reunión con jefatura de enfermería para la exposición del proyecto de investigación y firma de consentimientos de participación al equipo quirúrgico del servicio de sala de operaciones central de un Hospital Nacional. Además del establecimiento de las fechas de aplicación del instrumento.

**Fase III: Procesos para la recolección de datos.** Se efectuará:

- Preparación de los encuestadores sobre el método de aplicación.
- Designación de los quirófanos y sujetos del estudio por Encuestador.
- Aplicación del instrumento al equipo quirúrgico del servicio de sala de operaciones central de un Hospital Nacional, siendo la participación del personal de salud de enfermería en el estudio, voluntaria.

**Método de Encuesta.** La recolección de datos se realizará utilizando la técnica de cuestionario.

Se utilizará un cuestionario elaborado por las investigadoras; a partir de la LVQ aplicada en el área hospitalario nacional, que evaluará la aplicación de la LVQ en un centro quirúrgico, la cual consta de: Entrada (6 ítems), Pausa quirúrgica (7 ítems), Salida (9 ítems); de carácter dicotómica (Sí/No) que se categorizará en nivel bajo, medio y alto una vez obtenidos los resultados de la prueba piloto según escala de Stanone (Anexo N°3).

El cuestionario se proporcionará a todo participante del estudio, explicando claramente sus objetivos y propósito, así como las instrucciones del cuestionario. Se aclararán las dudas y dificultades que tenga cada uno y se procederá a la entrega del consentimiento informado para la firma del participante. El cuestionario consta de 20 preguntas en total teniendo un tiempo aproximado de 30 minutos para

completarlo. Se permanecerá durante la aplicación del instrumento ante cualquier duda o eventualidad que pueda surgir.

La validez del instrumento será evaluada mediante juicio de expertos. Diez expertos evaluarán el instrumento, compuesto por 05 enfermeros especialistas, 03 médicos de la especialidad y 02 estadistas. El resultado de juicio de expertos será sometido a la prueba binomial, un valor estadístico inferior a 0.05 será evidencia de la validez del contenido del instrumento. La confiabilidad del instrumento será evaluada a través de una prueba piloto a 20 enfermeras de sala de operaciones de otro Hospital Nacional. 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.

#### **Procesamiento y análisis de datos:**

Para el procesamiento se elaborará una base de datos en el programa Microsoft Excel, donde los datos serán codificados e ingresados. Organizado a su vez en doble digitación y luego se realizará la validación para comprobar las 2 digitaciones y así evitar errores.

Posteriormente los datos serán importados al programa EPI INFO (el cual es un programa de especial utilidad en la Salud Pública el cual tiene un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y presentarlos en tablas para su interpretación correspondiente. El análisis de los datos correspondientes a las variables se realizará de manera porcentual tal como se presentará en tablas estadísticas.

## CAPÍTULO VI: CONSIDERACIONES ÈTICAS Y ADMINISTRATIVAS

### 6.1 CONSIDERACIONES ÈTICAS:

El estudio será realizado teniendo en cuenta los principios bioéticos de la investigación con seres humanos según la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (beneficiencia, no maleficiencia, justicia y autonomía).

**Beneficiencia:** El estudio a realizarse será de beneficio para las enfermeras participantes del estudio pues se podrá coordinar una capacitación acerca de la correcta aplicación de la LVQ. Así como se procederá a entregar una compensación económica por la participación y tiempo invertido en el cuestionario.

Además de coordinarse en conjunto con la Facultad de Enfermería de la Universidad Privada Cayetano Heredia la entrega de una Constancia de participación en el trabajo de investigación. Se realizará la entrega del trabajo de investigación con los resultados obtenidos a la institución hospitalaria.

**Autonomía:** La recolección de la información se obtendrá de forma anónima respetando los valores, cultura y principios de cada participante, se aplicará mediante el consentimiento informado.

Los sujetos de investigación decidirán voluntariamente su participación en el presente estudio y serán informados del derecho de participar o no en la misma y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

**No maleficiencia:** El presente estudio no generará daños, riesgos, ni perjudica al personal ni al centro de labores.

**Justicia:** El presente estudio se aplicará a todo el personal considerado en la investigación. No se discriminará a ningún participante.

### 6.3 PRESUPUESTO

Indicamos en forma estructurada el monto de inversión indicando el monto de

cada uno de los diferentes aspectos requeridos para el desarrollo de la investigación

N°	MATERIAL	COSTO	CANTIDAD	TOTAL (SOLES)
<b>ESCRITORIO</b>	papel bond	25 millar	200	50
	folder manila	0.5 unidad	50	25
	Grapas	3 caja	100	10
	Lapiceros	0.8 unidad	50	40
	Lápiz	0.5 unidad	50	25
	corrector para lapicero	2 unidad	10	20
	tinta para impresora	30 unidad	2	60
	Fotocopias	0.1 unidad	250	250
	USB	20 unidad	3	60
<b>SERVICIOS</b>	comunicación telefónica			300
	pasajes – transporte	1.5 unidad	180	270
	Almuerzos	30 unidad	90	900
	Internet	1.5 hora	100	150

<b>OTROS</b>	Mprevistos			200
<b>TOTAL</b>				<b>2360</b>

## .2 CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDAD	Noviembre 2016				Diciembre 2016				Enero 2017				Febrero 2017				Marzo 2017				Abril 2017				Mayo 2017			
	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s
Entrega de solicitud de permisos a la Jefatura de sala de operaciones central así como a la Comisión de ética de un Hospital Nacional	X	x	X	x																								
Coordinación con Jefatura de sala de operaciones central					x	x	x	x																				
Prueba piloto									x	x	x	x																
Capacitación de encuestadores													x	x	x	x												
Entrega de cuestionarios y recolección de datos																	x	x	x	x								



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez MC, Villegas MC. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]. 1999 [Citado 15 Jul 2015].;7(1-4): 28-35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991g.pdf>
2. OMS. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía - Manual de aplicación [Internet]. [Citado 22 Dic 2015]. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_manual\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_spanish.pdf)
3. MINSA. Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. [Citado 22 Dic 2015] Lima: Perú. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/GuiaTecImplementacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf)
4. 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>
5. 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 Nov 2016]. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf)
6. Moreno J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del Checklist o lista de verificación quirúrgica. CESCO. [Internet]. 2013. [citado 18 Nov 2015] (8): 162 - 181. Disponible en: <https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/412>
7. SUNASA. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [Internet]. [Internet]. [Citado 22 Dic 2015] Lima: Perú. Disponible en: [http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO\\_SALUD/6\\_MArce.pdf](http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO_SALUD/6_MArce.pdf)
8. Quijano – Caballero Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. RPMESP [Internet].2016 [Citado 19 Nov 2016];33(3). Disponible en:

<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2303/2310>

9. Sparks E, Wehbe H, Johnson R, Smythe W, Papaconstantinou H. Cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica. J Am CollSurg [Internet]. 2013 [Citado 28 Dic 2015]; 217(5):867-873. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82376>
10. 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 Dic 2015]; 20(2): 47-53. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39424>
11. Collazos C et al. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev Colombiana. Anestesiología. Vol 41. N° 2 [Internet] 2013. [Citado 06 enero 2016]. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472013000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472013000200006)
12. Algieri R et al. Implementación de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica postoperatoria en la sala general. Biblioteca Virtual Brasil. [Internet] 2012. [Citado 06 enero 2016]. Disponible en. <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-716478>
13. Saturno Hernández DP. Proceso de implementación de un listado de verificación en un Hospital regional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. [tesis de máster]. España: Universidad de Murcia; 2012. Disponible en: [https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DE L%20NOZAL/Master\\_TP\\_MNN\\_Jun2012.pdf](https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DE%20L%20NOZAL/Master_TP_MNN_Jun2012.pdf)
14. García Díaz RA. Impacto de la implantación del Checklist quirúrgico en un servicio de Medicina General [tesis doctoral]. España: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8402/Tesis%20RAGD.pdf?sequence=>
15. OMS. Manual de aplicación la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 –Cirugía segura salva vidas. [Internet]. [Citado 22 dic 2015]. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf)

16. MINSA. Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía/RM.-N°1021-2010/MINSA. [Internet]. [citado el 22 dic 2015] Lima: Perú. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA\\_TECNICA\\_FINAL\\_15junio2011.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA_TECNICA_FINAL_15junio2011.pdf)
17. RAE.es [Internet]. [citado 13 enero 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=3CdjxNg>
18. Gobierno del Principado de Asturias. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. Asturias: Dirección General de Calidad en Innovación en servicios sanitarios; 2010. [acceso 5 enero 2016]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/PRACTICAS%20QUIRURGICAS2.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/PRACTICAS%20QUIRURGICAS2.pdf)

## **ANEXO 1**

### **Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH,

Investigadores: Lic. Guardia Quispe Dyana, Lic. Luque Paredes Zenia, Lic. Malca Carranza Tathiana

A través del presente documento se le invita a participar del estudio cuyo título es: “Aplicación de la lista de verificación quirúrgica en un Hospital Nacional”, a continuación, se le explicará el propósito, objetivos, procedimiento, beneficios y riesgo de su participación en esta investigación con la finalidad que elija si participar o no. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito de la aplicación del proyecto es determinar la aplicación del LVQ, conociendo a través de un cuestionario la aplicabilidad de la lista según normas descritas por la OMS.

La lista de verificación quirúrgica es una herramienta que se utiliza en toda intervención quirúrgica por los profesionales de salud con la finalidad mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le harán los siguientes procedimientos:

1. Se entregará el consentimiento informado para su lectura y aclarar dudas acerca de la investigación
2. Se le entregará un cuestionario para que pueda completarla

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en el estudio.

Beneficios:

Al término del estudio se coordinará una capacitación acerca de la correcta aplicación de la LVQ, así como se entregará una compensación económica por el tiempo, participación y llenado del cuestionario.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio.

Confidencialidad:

A fin de proteger su privacidad, nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará su nombre ni sus iniciales que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Además la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando a mejorar la correcta aplicación de LVQ.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271.

Afirmación del participante:

Yo.....; de.....años de

edad, Lic. en Enfermería, confirmo que he leído las declaraciones consignados en este consentimiento informado y confirmo que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre esta investigación, aceptando voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Doy mi consentimiento informado para participar en el estudio.

**Fecha:**

Código del participante: .....

-----

Firma del participante

DNI:

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LVQ

#### PRESENTACIÓN:

Estimado participante:

El proyecto “LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL NACIONAL” tiene por objetivo recolectar información con fines de investigación, por lo que solicitamos realizarlo con la mayor libertad posible, procurando reflejar la realidad que usted experimenta.

#### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario debe ser llenado con toda la honestidad posible, las siguientes preguntas sólo serán respondidas por SI, NO marcando con una aspa (X).

#### I. **Aplicación de la LVQ**

De acuerdo a la norma establecida por el OMS.

##### 1. **Entrada: antes de la inducción de anestesia:**

¿Se verifica la identidad del paciente?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se marca el sitio quirúrgico?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se identifica alergias en el paciente?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se verifica el funcionamiento del equipo y disponibilidad de anestésicos?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se verifica si paciente tiene vía aérea difícil o riesgo de aspiración?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se verificó si paciente tiene riesgo de hemorragia?

SÍ ( ) NO ( )

**2. Pausa Quirúrgica: Antes de la incisión cutánea:**

¿Se presentan todos los miembros del equipo?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se realiza la confirmación verbal con cirujano y enfermera?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se administra profilaxis antibiótica?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se realiza la previsión de eventos críticos con cirujano?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se realiza la previsión de eventos críticos con anestesiólogo?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se verifica con enfermera si hay dudas o problemas con instrumental?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se visualiza imágenes diagnósticas?

SÍ ( ) NO ( )

**3. Salida: Antes de salir de quirófano:**

¿Se confirma nombre del procedimiento?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se realiza el recuento de instrumental, gasas y agujas?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se etiqueta la muestra?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se identifica problemas que resolver?

SÍ ( ) NO ( )

¿Se revisan los principales aspectos de la recuperación?

SÍ ( ) NO ( )

¿Existieron eventos adversos?

SÍ ( ) NO ( )

¿Firmas completas de cirujano, anestesiólogo y enfermera?

SÍ ( ) NO ( )

ANEXO N° 3:

PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA  
EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE  
APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA-  
SEGÚN STANONE

1. Se calculó  $\bar{X}$

$$\bar{X} = \sum x_i / N$$

2. Se calculó la de desviación estándar

$$DS = \sqrt{S_r^2}$$

3. Establecieron valores para a y b

$$\bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$a = \bar{X} - 0,75 (DS)$$

$$\bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0,75 (DS)$$



ANEXO N° 3:

PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA  
EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE  
APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE  
CADA DIMENSIÓN- SEGÚN STANONE

1. Se calculó  $\bar{X}$

$$\bar{X} = x_i/N$$

2. Se calculó la de desviación estándar

$$DS = \sqrt{S_r^2}$$

3. Establacieron valores para a y b

$$\bar{X} - 0,75 (DS)$$

$$a = \bar{X} - 0,75 (DS)$$

$$\bar{X} + 0,75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0,75 (DS)$$



Nivel de aplicación por dimensión