



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE
CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE SALA
DE OPERACIONES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES. CHICLAYO, 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORAS

Lic. Enf. IRIGOIN BUSTAMANTE, LUCELINA

Lic. Enf. LOZADA CHAMAYA, YOSSY LIDA

ASESORA

Mg. SÁNCHEZ DE GARCÍA, NORA ELISA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

**CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE
CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE SALA
DE OPERACIONES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES. CHICLAYO, 2017**

PRESENTADA POR:

Lic. Enf. Irigoin Bustamante, Lucelina
Autora

Lic. Enf. Lozada Chamaya, Yossy
Autora

Mg. Sánchez de García Nora Elisa
Asesora

APROBADA POR:

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Presidenta

Mg. Doris Libertad País Lescano
Secretaria

Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Vocal

DEDICATORIA

A mi padre celestial, a mis padres y hermanos, por ser la motivación y la fuerza para seguir superándome por su comprensión y apoyo incondicional durante la formación de mi carrera y especialidad.

Yossy

A Dios, a mi madre en el cielo, a mi esposo y a toda mi familia por su apoyo incondicional durante la formación de mi especialidad y cumplimiento de mis metas, y a la razón de mi superación mi hija Mariana.

Lucelina.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres y hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de nuestra vida universitaria; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivos de nuestras vidas.

A nuestras docentes que han contribuido en nuestra formación profesional, personal, ética y moral, y un especial agradecimiento a la Mg. Nora Sánchez de García por guiarnos y asesorarnos en todo momento.

Al equipo de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes; por su participación y colaboración desinteresada, gracias a todos ellos se hicieron posible la recolección de datos para nuestra investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Las autoras

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2.2. Base Teórica Conceptual.....	21

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	42
3.2. Diseño de la investigación.....	43
3.3. Población y Muestra.....	43
3.3.1. Población (N).	43
3.3.2. Muestra (n).	44
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	45
3.5. Procesamiento y Análisis de Datos.....	48
3.6. Principios éticos	48
3.7. Criterios de Cientificidad	50

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES72

RECOMENDACIONES74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS76

APÉNDICE

ANEXO N° 01: CUESTIONARIO

ANEXO N° 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N° 03: PRUEBA DE VALIDEZ

RESUMEN

La lista de verificación de cirugía segura es una herramienta diseñada por la OMS para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad peri operatoria, su conocimiento y aplicación es vital para la seguridad del paciente sometido a una intervención quirúrgica. Ello motivó a investigar ¿cuál es el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de Sala de Operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017? El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del centro quirúrgico en el hospital mencionado. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, se trabajó con una población muestral de 41 participantes; 15 enfermeras (os), 15 cirujanos y 11 anestesiólogos; utilizándose el cuestionario como técnica de recolección de datos, procesándose los datos con Excel 2016 Y SPS 21; se aplicaron los criterios de cientificidad y principios éticos, según reporte Belmont. Las conclusiones fueron, el 55.56% del equipo quirúrgico tienen un conocimiento regular y el 46.54% un nivel de conocimiento malo sobre la lista de verificación de cirugía segura. Los cirujanos tienen mayor porcentaje de conocimiento malo sobre las actividades, los objetivos y fases de la lista de verificación (73.3%, 80% y 53.3%). Sin embargo, todo el equipo quirúrgico tiene un 0.0% de conocimiento bueno sobre los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura. Y en relación a las actividades del protocolo los resultados de un conocimiento bueno son del (0.0%) anestesiólogos; (26.7%) enfermería y (13.3) % los cirujanos.

Palabras claves: conocimiento, cirugía segura, equipo quirúrgico, sala de operaciones.

ABSTRACT

The safe surgery checklist is a tool designed by the WHO to reduce peri-operative morbidity and mortality rates, its knowledge is of vital importance to apply correctly. This motivated to investigate what is the level of Knowledge of the safe surgery checklist in the operating room surgical team. Teaching Regional Hospital las Mercedes. Chiclayo, 2017.? The objective was to determine the level of knowledge about the safe surgery checklist in the surgical team of the surgical center in the aforementioned hospital. The research was quantitative, descriptive and cross-sectional; we worked with a sample population of 41 participants; 15 nurses, 15 surgeons and 11 anesthesiologists; using the questionnaire as a data collection technique, processing the data with Excel 2016 and SPS 21; the criteria of scientificity and ethical principles were applied, according to the Belmont report. The conclusions were, 55.56% of the surgical team have a regular knowledge and 46.54% a level of bad knowledge about the safe surgery checklist. Surgeons have a higher percentage of bad knowledge about the activities, objectives and phases of the checklist (73.3%, 80% and 53.3%). However, the entire surgical team has 0.0% good knowledge about the objectives of the safe surgery checklist. And in relation to the activities of the protocol, the results of a good knowledge are of (0.0%) anesthesiologists; (26.7%) nursing and (13.3) % surgeons.

Keys word: Knowledge, safe surgery, surgical team, operating room.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario, de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva, es así que una práctica clínica segura exige alcanzar objetivos como identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces; garantizar que se apliquen a quien los necesita y que se realizan correctamente y sin errores¹.

El problema de la seguridad se extiende a los procesos quirúrgicos, por ello, velar por la seguridad en la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo, lo que se confirma con estudios realizados en países desarrollados en los cuales se confirma la magnitud y omnipresencia del problema. Sin embargo en el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal, la responsabilidad y conciencia del equipo quirúrgico y/o superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados y la grave escasez de recursos financieros y recurso humano, son limitaciones existentes¹.

En el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realiza al año alrededor de 234 millones de operaciones de cirugía mayor y aproximadamente 7 millones sufren complicaciones quirúrgicas. La aparición de eventos adversos (Incidentes evitables) derivados de la atención sanitaria, van ligados a una elevada

morbimortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados¹. Es así que, no es raro leer o escuchar noticias como: *se amputa pierna equivocada...*”, “*...entra vivo y nunca más despierta de la cirugía*”, situaciones que evidencian la falta de seguridad de la atención quirúrgica, la cual puede provocar daños considerables y que tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la programación de la cirugía, en todos sus niveles³.

En razón a ello, para mejorar esta situación la OMS, definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de verificación de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico¹.

Se ha demostrado que el uso de esta lista de verificación de la seguridad de la cirugía, 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. Esta lista de verificación busca garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. Sin embargo, es necesaria cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizarla de forma eficaz²

El profesional de enfermería del área quirúrgica reconociendo que su objeto de trabajo es el cuidado humano y que una de las necesidades humanas que tiene que cuidar en la persona es la de protección y seguridad, destaca la importancia que tiene para ello aplicar la Lista de Verificación de Cirugía Segura dada por la OMS, ratificada en el Perú mediante Resolución Ministerial No. 1021-2010- MINSA.

Sin embargo a pesar de lo descrito, durante las prácticas de segunda especialidad de las investigadoras en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de la ciudad de Chiclayo; se pudo observar que el equipo quirúrgico integrado por el médico anestesiólogo, el cirujano principal y uno o dos cirujanos asistentes, la enfermera instrumentista quien participa directamente del acto quirúrgico y la enfermera circulante, personal que tiene su propia responsabilidad en el llenado de la lista de verificación de cirugía segura, no la cumple según el protocolo establecido por citar “ no confirman verbalmente con el paciente la identificación, localización quirúrgica”.

La enfermera circulante encargada de llenar la lista de verificación de cirugía segura y de formular las preguntas no lo hace en todos los aspectos que implica preguntar ya sea al paciente o al equipo quirúrgico y de hacer firmar a quien corresponda algunas veces poniendo en riesgo la seguridad de la persona intervenida.

Por lo expuesto las investigadoras se preguntan: ¿Conoce el equipo quirúrgico el protocolo de la lista de verificación de cirugía segura? ¿Qué aspectos son los que menos conocen? ¿Conocen la importancia de la misma?

En base a lo mencionado anteriormente las autoras, se plantean la siguiente interrogante científica ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones en el Hospital Regional Docente las Mercedes? Chiclayo, 2017?

El objeto de investigación del presente estudio es el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones y el objetivo general que guió la investigación fue: Determinar el nivel de conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del centro quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2017.

Los objetivos específicos fueron:

➤ Determinar el nivel de conocimiento sobre los objetivos de la lista de verificación de la cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del centro quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2017.

➤ Determinar el nivel de conocimiento sobre las definiciones operativas relacionadas con la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico, de sala de operaciones del centro quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2017.

➤ Determinar el nivel de conocimiento sobre las fases de la lista de verificación de la cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del centro quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2017.

➤ Determinar el nivel de conocimientos sobre las actividades a realizar en cada fase de la lista de verificación de Cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2017.

La presente investigación se justifica porque el paciente es la persona que está al cuidado de profesionales de la salud, los cuales deben asumir con responsabilidad lo que esto implica, que es muy importante que tengan un nivel de conocimiento adecuado sobre herramientas básicas de salud en su especialidad o área donde se desempeñan como en este caso la Lista de Verificación de Cirugía Segura diseñada por la OMS para disminuir las tasas de morbilidad perioperatoria estableciendo un protocolo que implica la coordinación y aplicación obligatoria del equipo quirúrgico en los controles de seguridad en las fases específicas de la atención perioperatoria.

Por lo expuesto el presente trabajo permitirá que se inicie con la concientización y la correcta utilización de esta herramienta establecida por la OMS y así lograr el óptimo bienestar del paciente en su atención y cuidado preservando su salud e integridad.²

Del mismo modo, el determinar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico permite determinar si es el desconocimiento uno de los factores que está influyendo en la aplicación de la misma, o en que no se use correctamente la misma y según los resultados repensar en qué medida el equipo quirúrgico está dando la importancia requerida a esta norma, así como proponer estrategias para su aplicación correcta y oportuna a los

órganos directivos correspondientes como capacitar y a la vez monitorear como se lleva a cabo la aplicación de esta lista, que conlleva a reducir los riesgos de las complicaciones y la mortalidad relacionadas con las cirugías.

Dado que todo el equipo quirúrgico está implicado en la utilización de esta norma, en la investigación se trabajó con tres grupos de profesionales diferentes que conforman el equipo quirúrgico con enfermeras, anestesiólogos y cirujanos ya que son los autores principales en la prevención de riesgos y preservar la salud del paciente antes, durante y después de una intervención quirúrgica.

Además, la investigación podrá ser utilizada como material bibliográfico para las estudiantes o profesionales que realicen investigaciones relacionadas con el objeto de estudio del presente trabajo.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera.

Capítulo I: Introducción, el cual contiene la realidad problemática, el problema, el objeto de investigación, los objetivos, y la justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico, aquí se encuentra los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

Capítulo III: Marco metodológico, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y Discusión, aquí serán presentadas las tablas y gráficos con su respectiva interpretación y análisis.

Apéndice: Se presentan en este apartado el Cuestionario, consentimiento informado y evaluación del juicio de expertos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

A nivel internacional

Trejo E .⁶ en su estudio de investigación sobre “Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad”, Barcelona, 2016 realizado con el objetivo de evaluar el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, percibido por el personal de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, concluye que el conocimiento generado intenta promover la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería y en consecuencia mejorar la seguridad de los pacientes del área quirúrgica. Se pretende incorporar programas de formación continua, así como establecer un sistema de notificación de eventos adversos con el único fin de mejorar la seguridad del paciente, de carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales que se ven implicados en el proceso de atención.

Pozo C.⁴ en su estudio sobre “verificación de lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS”, en Ecuador 2015, realizado con el objetivo de: Verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente,

desde la perspectiva del paciente, concluye que de la lista de verificación se cumplen el 79%, según los pacientes y el 50% el de menor cumplimiento fue el de marcar el sitio quirúrgico y de las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre es el instrumentador quirúrgico el 52%, la enfermera circulante el 32% y un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores de la cirugía y el 89% de pacientes respondieron haberse sentido seguros en el quirófano, por lo tanto en el hospital de Quito la lista de verificación no es aplicada adecuadamente.

Moreto D.⁵ en su estudio de investigación sobre “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo, Quito, 2015 realizado con el objetivo de: Determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud, en Anestesiólogos, Cirujanos y enfermeras, concluye que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

A nivel nacional

Según Cub D, Rubilar M. y Tapia C.⁷ en su estudio de investigación sobre “Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la

lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud ”, Lima 2014 realizado con el objetivo de determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura, concluye que en relación a la utilidad de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. En relación a la aplicación de la LVCS, concluyeron que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una percepción favorable, existe un tercio de la población (32%) que tiene una percepción desfavorable; esto pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica y por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos.

A nivel local

Becerra M.⁸ en su estudio de investigación sobre “Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura”, Chiclayo, 2014 realizado con el objetivo de identificar, describir y

analizar las Experiencias de las Enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Concluye que la encargada de liderar el proceso de la verificación de la Lista de Chequeo es la Enfermera; quien considera está capacitada, reúne los conocimientos, cualidades y virtudes necesarias para garantizar que se lleve a cabalidad y con éxito el desempeño de esta importante función, esta delegación esta especificada en el MOF del servicio. Reconocen que para la correcta aplicación y verificación de la lista de chequeo es necesaria e indispensable la participación activa de todo el equipo quirúrgico, los cuales deben tener minuciosidad, compromiso y responsabilidad en su ejecución. La lista de chequeo es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo quirúrgico responsabilidades, esta, salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.

2.2. Base Teórica Conceptual

Considerando que el objeto de estudio es el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente las Mercedes es conveniente conocer a profundidad sobre los aspectos normados sobre lista de verificación de cirugía segura ; sin embargo, previo a ello, se dará un preámbulo sobre el conocimiento, cirugía Segura, intervención

quirúrgica y persona, cuidado de enfermería a la persona sometida a intervención quirúrgica.

Platón.⁹ abordó la cuestión filosófica de esclarecer la naturaleza y los procedimientos por los que el hombre adquiere el conocimiento de la realidad, a partir de los mismos conceptos esenciales de su teoría de las ideas. La teoría de las ideas explica el camino por el cual se alcanza el conocimiento de las cosas. En lenguaje filosófico, la teoría de las ideas de Platón es tanto una teoría epistemológica o teoría del conocimiento, como una teoría ontológica o teoría del ser.

Según Salazar, B.¹⁰ define el conocimiento: en primer lugar, como un acto y segundo como un contenido; el conocimiento como un acto es la aprehensión de una cosa, como propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión del proceso mental y no físico.

El conocimiento como contenido asume se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto.

Se distingue además dos niveles de conocimientos, conocimiento vulgar, es aquel que adquirido y usado espontáneamente; conocimiento científico, es aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico y objetivos (apoyado en la experiencia) y el conocimiento de nivel superior, eminentemente problemático, crítico y

esclarece el trabajo de la ciencia.¹⁰

Por otro lado, Mario Bunge,¹¹ define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado como conocimiento vulgar, llamando así a todas las representaciones que el común de los hombres hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata de los fenómenos naturales y sociales.

Así mismo; Immanuel Kant¹², en su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimiento, el puro o a priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia. “Aunque todo nuestro conocimiento comienza con la experiencia, no por ello procede todo de la experiencia” (Crítica a la Razón pura), El ser humano no se limita a recibir información, sino que él mismo construye su imagen del mundo.

Según Flores¹³, la pedagogía conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es el propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón.

El conocimiento puede ser analizado desde diferentes puntos de vista, así en pedagogía el conocimiento es denominado, como tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso ya vivido, también se le define como

la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se clasifica en: conocimiento sensorial, frente a la percepción de hechos externos, conocimiento intelectual, que tiene como origen las concepciones aisladas y de hecho causales de ello.

Dentro del conocimiento se encuentran diferentes características es personal, en el sentido de que origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia, su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma”, permite entender los fenómenos que las personas perciben y evaluarlos, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

Referente a los tipos de conocimiento son: Conocimiento científico que es una aproximación crítica a la realidad apoyándose en el método científico que fundamentalmente, trata de percibir y explicar desde lo esencial hasta lo más prosaico, el porqué de las cosas y su devenir o al menos tiende a este fin. Es crítico y teórico porque indaga y explica la realidad en forma objetiva, mediante la investigación científica, trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas, a fin de resolver los fenómenos que afronta la sociedad.

El Conocimiento empírico es aquel basado en la experiencia y en último término en la percepción (sí en los sentidos) pues, nos dice que es lo que es, lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma, tampoco nos da verdadera

universalidad; así mismo ha sido adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y con otras personas y no como el producto de la experimentación consciente y dirigida para saber si son verdades irrefutables.

Para las investigadoras coincidiendo con Mario Bunge, se define al conocimiento como la adquisición de información de los seres humanos que se da de forma constante y natural en la vida cotidiana gracias a la interacción social y al grado de esfuerzo particular para obtenerlos así mismo el conocimiento es el saber y actuar con fundamento en el proceso de cuidar, enfocado en aspectos culturales, científicos y humanísticos lo que hace el cambio continuo y trascendente.

Visto así, el conocimiento juega un papel fundamental en las organizaciones, y en la institución de salud de manera especial ya que el manejo eficaz y eficiente de las acciones que realiza el profesional de enfermería, dependerá de la información y conocimiento sobre aquello que le es relevante y valioso, y sobre aquello que si no se logra captar y corregir en el momento adecuado puede conllevar a grandes dificultades.

Por ello hay algunos autores que afirman que tener conocimiento relevante para realizar una tarea central en la práctica profesional es necesario porque de ello depende el éxito de los resultados, y se observa que muchas organizaciones han ido cambiando radicalmente en base a las decisiones innovadoras de los seres humanos, las cuales han surgido como exigencia en

una serie de cambios en la actualidad, una realidad que ha venido exigiendo nuevas respuestas en los grupos profesionales, académicos o científicos.

A continuación se abordara aspectos relevantes sobre lo que implica una cirugía segura.

Cirugía segura es concebida como brindar seguridad al paciente quirúrgico con la prevención de eventos adversos o complicaciones derivadas de los fallos durante una intervención quirúrgica¹⁴.

El protocolo de cirugía segura o lista de verificación quirúrgica check list según la OMS, es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Existe evidencia científica que ha puesto de manifiesto que su uso reduce de forma significativa tanto la mortalidad, como las complicaciones mayores asociadas a la cirugía.¹⁴

Se enmarca en el reto "La cirugía segura salva vidas", de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, otros profesionales sanitarios y pacientes de todo el mundo, se ha identificado un conjunto de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

El listado, diseñado para su implementación en centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), se ha elaborado teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del Ministerio de

Sanidad, Política Social e Igualdad y de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El listado de verificación contiene todos los ítems que han demostrado eficacia en su empleo en la práctica.

En este sentido, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas. Cada uno de los puntos de control ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costos significativos.

Por tales motivos, el listado se ha diseñado para que sea simple y breve. Cabe destacar que muchos de sus pasos ya están aceptados como parte de las rutinas de práctica en los quirófanos de todo el mundo.

Para la OMS *los objetivos* para una cirugía segura son: Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto, utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor al paciente, identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea, identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre, evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido, utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica, prevenir la retención inadvertida de gasas o instrumental, comunicar e

intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención, asegurar la identificación precisa de todos los especímenes quirúrgicos y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

Así mismo, el protocolo de cirugía segura o Check list, implica la coordinación del equipo quirúrgico, el cirujano, el anestesista y las enfermeras en los controles de seguridad en las fases específicas de la atención perioperatoria. Una única persona responsable de chequear las casillas del listado suele ser la enfermera circulante, aunque podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención.¹⁵

Según el MINSA la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según, tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

*La lista de verificación de cirugía segura consta de tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento.*¹⁵

-Entrada o “Sign In” 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. Los controles en la entrada son los siguientes: Confirmar el consentimiento del paciente para

cirugía y anestesia, confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento.

El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. 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.

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.

Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico: El Coordinador de la LVSC 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).

Chequeo completo de seguridad anestésica: El Coordinador completará este paso preguntando al anesthesiólogo 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 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.

Alergia conocida: El Coordinador consultará al anesthesiólogo: 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 anesthesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

Paciente tiene alguna dificultad en la respiración: El Coordinador de la LVSC, 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.

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.

Paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre: Preguntar 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). 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 o “Time Out”: 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.

a) Antes de comenzar con la “Pausa Quirúrgica” se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique a sí mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención.

b) El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.

Justo antes que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmará verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “Vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “¿Están todos de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?”. Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesiólogo el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que también confirme esto.

c) Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica. Confirmar que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica, la respuesta debe darse en voz alta y personalmente.

d) Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador preguntará en voz alta durante la “Pausa Quirúrgica” si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica puede marcarse la casilla de “No Procede” una vez que el equipo confirma esto verbalmente. Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el Cirujano tratante puede decidir si repite o no la dosis.

e) Previsión de incidentes críticos: Asegurar que se comunican aquellos aspectos críticos del paciente, durante la “Pausa Quirúrgica” 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. El orden de la discusión no importa, 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 duración”, y luego pregunta al anestesiólogo y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

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.

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.

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.

f) Visualización de las imágenes esenciales, las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/ vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la “Pausa Quirúrgica”, el Coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso. 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”.

g) Otras verificaciones, 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.

Salida o “Sign Out”: La Salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano. 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.

El cirujano revisa con todo el equipo:

(1) Si el procedimiento se ha realizado exactamente como estaba planificado, el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas.

(2) Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis);

(3) El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar “éste ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”.

El anestesiólogo revisa con todo el equipo: Cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca, punción accidental de la duramadre, dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesiólogo debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria. Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesiólogo puede simplemente afirmar “la anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

La enfermera revisa con todo el equipo: La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gases e instrumental. La enfermera deberá confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa. La enfermera circulante y/o la enfermera

instrumentista deberán revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo. Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de drenajes, medicación y fluidos que no estén claros. Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad.¹⁵

En la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe figurar la firma y fecha del registrador, posterior a ello, el original de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deberá incluirse en la historia clínica del paciente y opcionalmente una copia ha de guardarse en un archivo destinado para este fin, con la finalidad que sea accesible para las revisiones a realizarse durante los procesos de garantía de calidad.¹⁶

Por otro lado, *la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales*, según Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.¹⁷

Según Watson¹⁷, define a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta para que la persona alcance un mayor grado de armonía con la mente el cuerpo y el alma lo que hace que tengan lugar

procesos de autoconocimiento, respeto propio y de atención a uno mismo, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

Es necesario además precisar que *una Intervención quirúrgica* es la cirugía que se trata de la especialidad médica que consiste en la curación de un trastorno o una enfermedad a través de una operación. Una intervención de tipo quirúrgico, por lo tanto, supone una acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo. Las cirugías pueden desarrollarse como parte de un tratamiento para la solución de un problema o con la finalidad de establecer un diagnóstico.¹⁸

El paciente sometido a una intervención quirúrgica constituye una amenaza potencial o real para la persona y, por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico y psicológico. Las reacciones fisiológicas, o el estrés fisiológico están relacionado con la extensión de la cirugía, es decir, cuanto mayor sea la cirugía mayor será la respuesta fisiológica del organismo. Las respuestas psicológicas sin embargo no se relacionan con el procedimiento mismo más bien, son la reacción a los temores que las personas presentan ante el solo hecho de un procedimiento quirúrgico no importando su magnitud.¹⁸

Existen algunas reacciones específicas tales como el temor al diagnóstico de una enfermedad maligna, temor a la anestesia (dormir y no

volver a despertarse). También temor a la muerte, al dolor, a las desfiguraciones y cicatrices y a las limitaciones permanentes. Cualquiera cirugía está relacionada con algunas de estas angustias, se transforma a una amenaza a su estilo de vida habitual y la magnitud de las reacciones del enfermo se basa en muchos factores incluidos las molestas y los sacrificios. Estos temores se expresan en forma diferente. Las creencias religiosas desempeñan un papel importante en el manejo de los temores y la ansiedad. El respeto a los valores culturales y las creencias favorecen la afinidad y la confianza.¹⁸

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva y transversal.

Es cuantitativa porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías¹⁹. Durante la investigación, se recolectaron y analizaron datos sobre la variable estudiada sus propiedades y fenómenos cuantitativos, con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del centro quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

Según el diseño esta investigación fue tipo descriptiva, porque consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir se detallan cómo son y se manifiestan; y cuyo objetivo es únicamente medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables¹⁹. En esta investigación se usó un cuestionario que nos permitió recoger datos sobre la variable en estudio, que luego se procesó y analizó y se refleja la información obtenida en cuadros estadísticos.

Según el período de recolección de datos, es transversal porque implicó la recolección de datos en un solo periodo de tiempo: Junio del 2017

Según el diseño esta investigación es de tipo no experimental: porque observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

3.2. Diseño de la investigación

El tipo de diseño que se empleó en la investigación fue el descriptivo simple, el cual se representa a través del siguiente esquema:



Dónde:

M: Equipo quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2017.

O: Nivel de conocimiento del equipo quirúrgico acerca de la lista de verificación de Cirugía Segura.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población (N).

La población estuvo constituida por 15 enfermeras, 11 anestesiólogos y 15 cirujanos que laboran en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

Profesionales	Participantes
Enfermeras	15
Anestesiólogos	11
Cirujanos	15
Total	41

Criterios de Inclusión:

- Profesionales miembros del equipo quirúrgico que deseen participar voluntariamente en la investigación para lo que firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales con experiencia menor de 6 meses.
- Miembros del equipo quirúrgico que se encuentre de vacaciones o licencia, permiso o día libre.
- Médicos residentes.

3.3.2. Muestra (n).

La muestra fue de tipo censal debido a que participaron todos los profesionales de los tres grupos que conforman el equipo quirúrgico, y

que reunían los criterios de inclusión: enfermeras, anestesiólogos y cirujanos por lo que se obtuvo una muestra de 41 participantes.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En esta investigación se usó como técnica la encuesta, la cual estaba destinada a obtener datos de la población en estudio cuyas opiniones impersonales interesan al investigador; asimismo se utilizó como instrumento un cuestionario el cual consta de 20 preguntas de alternativa múltiple.

Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta. Se utilizó para la calificación respectiva la escala vigesimal por lo que a cada pregunta se le asignó un puntaje de 1 punto por cada pregunta.

La medición de los resultados se presenta en el siguiente esquema

BUENO	18 a 20
REGULAR	15 a 17.9
MALO	Menor a 15

El instrumento que se utilizó es el cuestionario que ha sido validado por Moreta Sanafria Diana en su tesis de post grado de anestesia y reanimación denominada *“Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de*

la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras y ejecutada en el Hospital Eugenio Espejo en Marzo del año 2015 en Quito mediante una encuesta directa. Cabe indicar que dicho instrumento se contextualizó antes de aplicarlo en el presente estudio.

La validez de este instrumento se logró mediante el Juicio de Expertos (anexo 2), considerada como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones sobre el mismo.²⁰

En la investigación el instrumento fue validado por una enfermera, cirujano y un anestesiólogo que laboran en el área de centro quirúrgico del hospital Regional Docente de Cajamarca. Además, se aplicó la Prueba Piloto, en el cual participaron 7 personas, 3 enfermeras, 2 cirujanos, 2 anestesiólogos del Hospital Regional Lambayeque, que laboran en el servicio de centro quirúrgico, permitiendo mejorar la redacción de algunos ítems, esta validación se realizó previamente a la validación de expertos.

La información se recolectó por medio de un cuestionario, la cual consta de 20 preguntas referentes a los ítems de la lista de verificación de la cirugía segura aprobada por la OMS, este formulario se aplicó a enfermeras(os), cirujanos(as) y anestesiólogos(as) que laboran en centro quirúrgico del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2017 al que acompañaremos de una Carta de Presentación, el Consentimiento Informado y el permiso respectivo por parte de la institución.

La aplicación del cuestionario se realizó en forma directa, se les pidió a los participantes firmen el consentimiento informado de igual manera se les informo acerca de los fines de la investigación y objetivo del estudio.

El cuestionario consta de dos partes o momentos:

a.- La primera parte constituida por los datos demográficos y laborales de los profesionales de enfermería; lo que permitió conocer las siguientes variables: edad, sexo, condición laboral, tiempo de servicio y servicio donde labora, con el fin de caracterizar a la población en estudio.

b.- En la segunda parte se utilizó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones el cual constó de 20 ítems que contiene preguntas cerradas, las preguntas estuvieron orientadas a conocimientos generales sobre la lista de verificación de cirugía segura.

Para el procedimiento de recolección de datos, se les pidió a los participantes que firmen el consentimiento informado (*anexo 3*), donde se les informó sobre los fines de la investigación. No obstante, el documento escrito de consentimiento informado es una herramienta que facilita el proceso de comunicación y un complemento necesario a la información verbal.

3.5. Procesamiento y Análisis de Datos

Para el tratamiento de datos se utilizó el programa Excel 2016 de Windows y paquete estadístico SPS versión 21 para Windows, donde la información obtenida se analizó en forma manual, codificados y calificados mediante estadística descriptiva en porcentajes en base a una escala previamente explicada en la operacionalización de variables utilizando como requisitos la precisión, claridad y consistencia en relación con los resultados obtenidos, organizado de manera uniforme, completa y ordenada de manera que facilite la codificación y tabulación. El análisis estadístico se realizó en base a medidas de tendencia central (promedio y desviación estándar).

Los resultados se presentan en cuadros y gráficos, según los objetivos planteados por las investigadoras. El análisis y discusión de la información se basó en diversos aportes teóricos que dieron consistencia a los resultados.

3.6. Principios éticos

La investigación se rigió mediante los principios éticos ²¹.

Principio de respeto de la Dignidad Humana

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen fin supremo de la sociedad y del Estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios.

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentalización de ésta. La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto.

Las diversidades culturales y plurales de nuestro país no pueden representar una justificación para transgredir los legítimos límites que establece el reconocimiento del principio de respeto de la dignidad humana.

Es por ello que en la presente investigación se consideró la dignidad de la persona como el de respeto y rechazo de toda manipulación, y no como un medio para lograr nuestros fines personales. Dado que los seres humanos son libres y con la capacidad de efectuar elecciones en la presente investigación, las personas tienen toda la libertad de elegir entre participar o no de la investigación, debido a que la capacidad de elegir propia de un ser humano debe ser respetada.

Principio de autonomía y responsabilidad personal

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este sentido viene integrada a la responsabilidad personal.

Esta investigación se desarrolló respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada, tratándola como persona libre y capaz de tomar sus decisiones.

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, se deberá tener como objetivo el bien de la persona. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Existe la obligación de no producir daño intencionadamente.

Es por esto que en la presente investigación no se permitió para la persona riesgos y efectos nocivos desproporcionados a sus beneficios, no se le expondrán a ningún daño.

Principio de igualdad, justicia y equidad

Toda investigación en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen. Teniendo en cuenta este principio, en la realización de esta investigación se brindó un trato equitativo permitiendo la inclusión y respetando la multiculturalidad de las personas como sujetos que participan en la investigación.

3.7. Criterios de Cientificidad

Los criterios de cientificidad que se tuvieron en cuenta fueron²⁴:

Coherencia

En este apartado se visualiza el vínculo de contraste entre los propósitos generales planteados en la investigación y las situaciones/ acciones que permiten determinar el acercamiento o alejamiento de estos en su logro.

Confidencialidad

Se garantizó en el momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, el anonimato y la privacidad. También se reservó la información, la cual no será accesible a otras personas que no estén involucradas en la investigación.

Credibilidad o valor de verdad

Implica la valoración de las situaciones en las cuales una investigación pueda ser reconocida como creíble, para ello, es esencial la pesquisa de argumentos fiables que pueden ser demostrados en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido en la investigación. La credibilidad en la presente investigación, se apoya en los siguientes aspectos:

(a) Respeto por los hechos y situaciones generados en el contexto temporal y espacial de la investigación, desde el cual se ha observado, valorado y dilucidado a las enfermeras.

(b) Valoración por jueces de expertos del/ os instrumentos de investigación.

(c) Estimación valorativa de los datos y/ o información derivada de los instrumentos aplicados. Se garantizará al tomar en cuenta las respuestas emitidas en los cuestionarios de las personas investigadas.

Transferibilidad o aplicabilidad

Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln, indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

Los resultados de este estudio, son transferibles y aplicables a otros contextos y/ o ámbitos de acción, criterios del cual se tiene razón plena, en tanto la naturaleza social y compleja del fenómeno estudiado, podría ser referente para producir transferencias de los instrumentos y fases de la investigación en otra situación o contexto, dependiendo de la condición o grado de intensidad al acercamiento en cuanto a similitud del proceso desarrollado, de quien investiga y desea producir esa transferencia.

Auditibilidad

Llamada por otros autores confirmabilidad. Guba y Lincoln se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello los autores dejarán su informe de la investigación en la biblioteca de la Facultad y del HRDLM para ser utilizado en un futuro.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En su cotidiano laboral el equipo quirúrgico aplica la Lista de verificación de Cirugía Segura, entendida como una herramienta, un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, de manera que se logre la seguridad del paciente, para lo cual es de vital importancia tener un conocimiento adecuado sobre esta norma básica de salud ya que asegura la vida del paciente, minimizando riesgos y evitando complicaciones.⁹

Según Salazar, B.¹⁰ define el conocimiento: en primer lugar, como un acto y segundo como un contenido; además distingue dos niveles de conocimientos, conocimiento vulgar, es aquel que adquirido y usado espontáneamente; conocimiento científico, es aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico y objetivos (apoyado en la experiencia) y el conocimiento de nivel superior, eminentemente problemático, crítico y esclarece el trabajo de la ciencia.¹⁰

Es así que siendo de vital importancia tener un conocimiento adecuado sobre la lista de verificación de cirugía segura en cual influye en el cuidado y la seguridad del paciente evitando eventos adversos durante una intervención quirúrgica; las investigadoras, presentan y discuten los resultados del estudio “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de

operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”, en función de los objetivos planteados.

En el estudio realizado se obtuvo como resultado de las de 41 encuestas aplicadas el 36,59% corresponde a enfermeras, seguido del 36.59 a cirujanos y el 26.83 a anestesiólogos.

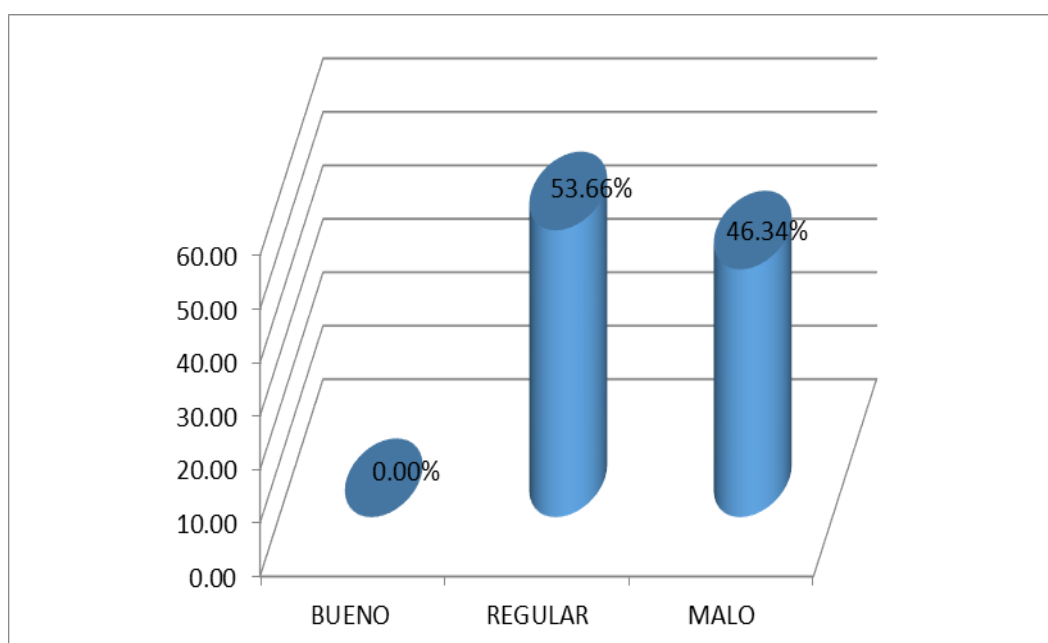


FIGURA 1:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA, EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. 2017.

Fuente: cuestionario de “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”.

En la investigación realizada, como se muestra en el grafico N° 01 se encontró, que el equipo quirúrgico conformada por un cirujano, anestesiólogo y profesionales de enfermería encuestados, tienen un nivel de conocimiento regular en un 53,66%, el 46,34 % malo y el 0,0% bueno, sobre la lista de verificación de cirugía segura. Para determinar los resultados anteriormente expuestos hemos considerado la clasificación de puntajes por notas en la calificación del cuestionario elaborada por las investigadoras, convalidada por juicios de expertos y la aprobación en la aplicación de una prueba piloto.

Definimos un nivel de conocimiento bueno cuando el puntaje es de 18 a 20, Regular de 15 a 17.9 y Malo: Menor a 15 puntos.

Estos resultados son similares a los obtenidos Moreto D.⁵ en su estudio de investigación sobre “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo, Quito, 2015, la cual fue realizada con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud, en Anestesiólogos, Cirujanos y enfermeras, en la cual concluye que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma

Dado que la seguridad durante su atención al paciente es una dimensión fundamental que consiste en la ausencia de lesiones o accidentes prevenibles producidos por la atención médica. Es importante recalcar la importancia de prevenir estos errores, para ello los profesionales de salud aparte de tomar conciencia de que trabajan protegiendo vidas, otorgándole salud, devolviéndole la esperanza de vida es necesario y fundamental conocer y aplicar las normas de salud establecidas por MINSA o la OMS, como por ejemplo la lista de verificación de cirugía segura; los resultados del presente estudio es preocupante obtener porcentajes regulares en nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre este protocolo que es un herramienta básica en la prevención de errores nocivos y consecuencias graves que no solo afecta al paciente en su día a día sino que también su entorno familiar , social y económico.

Por otro lado en la investigación realizada por, Trejo E .⁶ “Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad”, Barcelona, 2016 realizado con el objetivo de evaluar el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, percibido por el personal de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, concluyo que el conocimiento generado intenta promover la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería y en consecuencia mejorar la seguridad de los pacientes del área quirúrgica. Se pretende incorporar programas de formación continua, así como establecer un sistema de notificación de eventos adversos con el único fin de mejorar la seguridad del paciente, de carácter voluntario, anónimo,

confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales que se ven implicados en el proceso de atención. Este último aspecto debería ser tomado en cuenta por el equipo quirúrgico y por las autoridades encargadas de monitorear los procesos quirúrgicos a fin de garantizar el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y por tanto su aplicación lo que redundara en la prestación de cuidados de calidad protegiendo al paciente de complicaciones y /o muertes quirúrgicas evitables.

En base a los resultados obtenidos el equipo quirúrgico debe tomar conciencia y darle la debida importancia al contenido del protocolo de la lista de verificación de cirugía segura en sus tres fases de entrada, durante y salida, para ser aplicada de manera segura con un nivel de conocimiento adecuado velando la seguridad de la cirugía en el pre, trans y post-operatorio que es un principio fundamental en el cuidado y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Así mismo; esta herramienta permite a los equipos quirúrgicos reducir los daños al paciente y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad perioperatoria.

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía es un pilar fundamental en el convivir diario de los Hospitales de todo el mundo, por lo que en nuestro país y específicamente en el Hospital Docente las Mercedes, es imprescindible que el personal que forma parte del equipo quirúrgico este consciente de su importancia y vital utilización para disminuir la tasa de morbi mortalidad en los quirófanos.

A continuación, se presentan los resultados en base a los objetivos específicos del presente estudio.

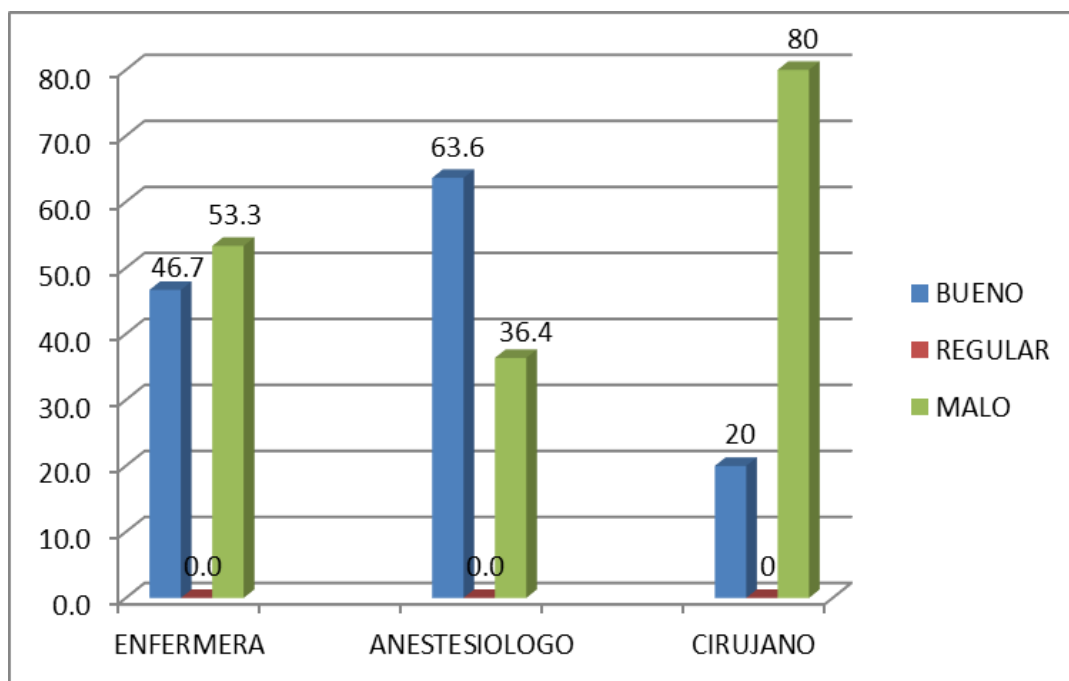


FIGURA 2:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS OBJETIVOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA, EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. 2017.

Fuente: cuestionario de “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”.

Los resultados que se muestran el Grafico N° 2 relacionado con los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura nos permitió determinar que el grupo de enfermeras encuestadas el 46,7% tiene un conocimiento bueno, el 53,3% malo ; del grupo de los anestesiólogos el 63,6 % tienen un conocimiento bueno y el 36,4% malo y del grupo de los cirujanos solamente el 20% tienen un conocimiento bueno

y el 80% malo; sin embargo los tres grupos profesionales del equipo quirúrgico en estudio tienen el 0,0% de un conocimiento regular.

Así mismo se puede observar que los cirujanos tienen un conocimiento con menor porcentaje a lo esperado sobre los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura con un puntaje menor a la calificación de 15 puntos según instrumento de recolección de datos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico.

El objetivo principal de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía según las OMS es reforzar las practicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo. Tener un conocimiento adecuado sobre la lista de verificación de cirugía segura 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.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la OMS con el asesoramiento de cirujanos,

anestesiólogos, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”: intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto, utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor del paciente, identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea, identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre, prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental¹⁴.

La lista de verificación de cirugía segura está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. 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.¹⁴

Por tanto, se concluye que los cirujanos son los profesionales que tienen un mayor porcentaje de 80% acerca de un conocimiento malo sobre los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura seguido de las enfermeras (os) 53,3% a diferencia de los anestesiólogos que tienen un 36,4% , dichos porcentajes hacen referencia que los tres grupos profesionales del equipo quirúrgico no conocen o no le dan la importancia necesaria el conocer los objetivos de dicho protocolo el cual implica que su trabajo puede estar definido solo a la aplicación de este documento porque es obligatorio que figure en la historia clínica; mas no saber si este tiene

objetivos o conceptos que hacen que sea un documento normativo y una herramienta básica en la prevención de errores durante un acto quirúrgico.

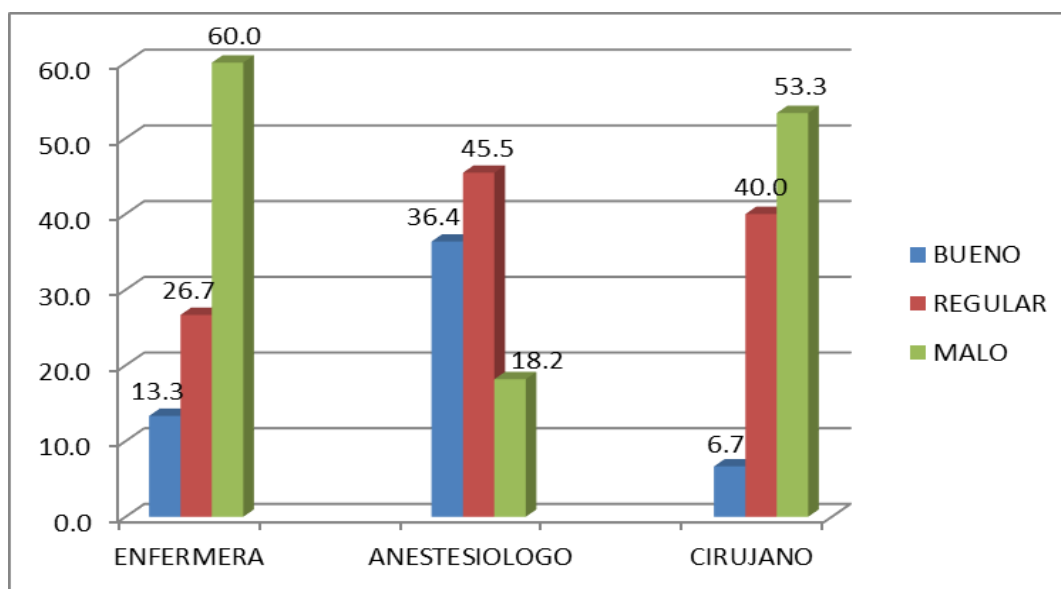


FIGURA 3:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS DEFINICIONES OPERATIVAS RELACIONADAS CON LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES.2017.

Fuente: cuestionario de “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”.

En el grafico N° 3, se determina el nivel de conocimiento sobre las definiciones operativas de la lista de verificación de cirugía segura observándose en enfermería que el 13, 3% tiene un conocimiento bueno, el 26,7% regular y el

60,0% malo; en los anestesiólogos el 36,4% tienen un conocimiento bueno, el 45,5% regular y el 18,2% malo y los cirujanos el 6,7% tienen un conocimiento bueno, 40,0% regular y el 53,3% malo. Dichos resultados no son los esperados para determinar un nivel de conocimiento adecuado en el equipo quirúrgico del hospital Regional Docente las Mercedes. Teniendo en cuenta los resultados en el presente estudio de investigación se podría determinar la falta de sensibilización, compromiso en los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía correspondiente.

La OMS y MINSA, se organizan para conformar la implementación de la lista de verificación de cirugía segura y sus definiciones operativas con la finalidad de lograr la organización y promover el trabajo en equipo; involucrando en el proceso a los directivos, jefes de departamentos, jefes de servicios y personal asistencial, presentación enfocada en informar los antecedentes acerca de lo que es la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, evidencia sobre su uso y cómo se puede utilizar en un entorno hospitalario, recalando los beneficios en la reducción de las tasas de complicaciones y el ahorro potencial de costos hospitalarios.¹⁵

En la implementación de la lista de cirugía segura se establecen definiciones operativas:

- Pausa quirúrgica: Es una 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.
- Barrera de seguridad: son

restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error. • Estrategia de cirugía limpia: Incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida. • Estrategia de anestesia segura: Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioximetría disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura. • Estrategia de profesionales seguros: Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes.¹⁵

Considerando que el total de los participantes en el estudio de investigación, tienen un nivel de conocimiento malo el cual confirma la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública, debido a que la información estadística establece cifras preocupantes de las complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia.

El equipo quirúrgico al tener un nivel de conocimiento malo , expone la seguridad del paciente a la hora de una intervención quirúrgica, por lo que es importante recalcar que la responsabilidad de la aplicación de este documento no solo es de enfermería o del cirujano sino de un trabajo en equipo y no ver a la lista de verificación de la seguridad de la cirugía como un documento más en la historia clínica que es obligatorio llenarlo y que al final de una intervención el cirujano

tiene que firmarlo. Sin embargo, algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

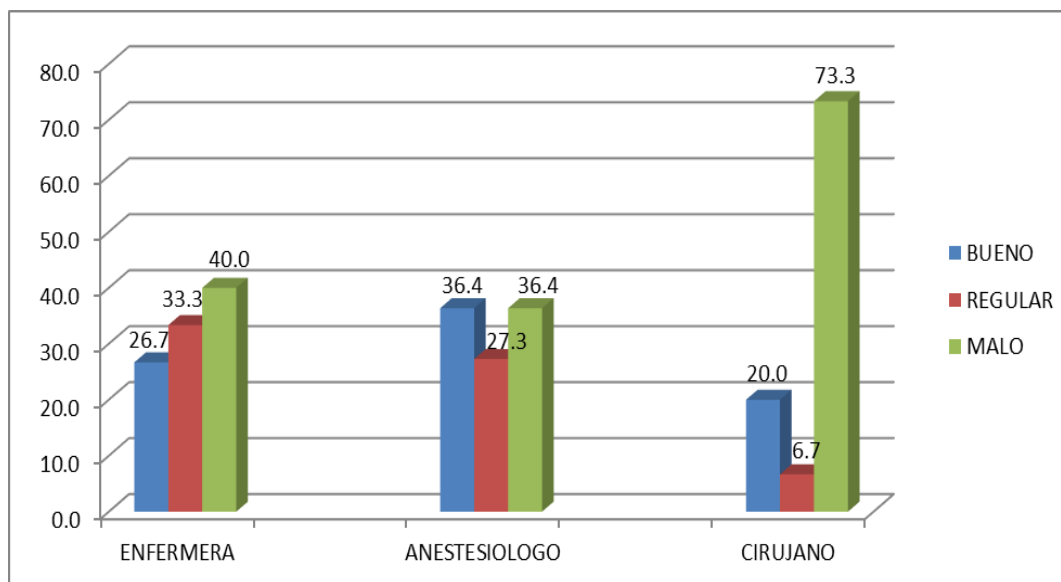


FIGURA 4:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS FASES DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. 2017.

Fuente: cuestionario de “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”.

Según los resultados obtenidos en el gráfico N° 4, podemos mencionar que las enfermeras presentan porcentajes similares en las escalas de bueno, regular y malo 26,7%; 33,3%; 40,0% de igual manera los anestesiólogos con porcentajes de 36,4% bueno; 27,3% regular y 36,4% malo a diferencia de los cirujanos que tienen

mayor porcentaje de 73,3% un nivel de conocimiento malo, el 20,0% bueno y el 6,7 % regular. Para lograr un trabajo en equipo y brindar una atención de calidad al paciente a la hora de una intervención quirúrgica se requiere que todo un equipo quirúrgico toque la misma nota musical y tengan conocimiento adecuado, real y único que se va a realizar una intervención quirúrgica a un ser humano con necesidades fisiológicas, con sentimientos, emociones y sobre todo que el equipo quirúrgico conozca a su paciente correcto, es por ello que la OMS para lograr intervenciones quirúrgicas seguras y la disminución de eventos adversos crean el manual de lista de verificación de cirugía segura.¹⁵

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. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la

máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.¹⁴

La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

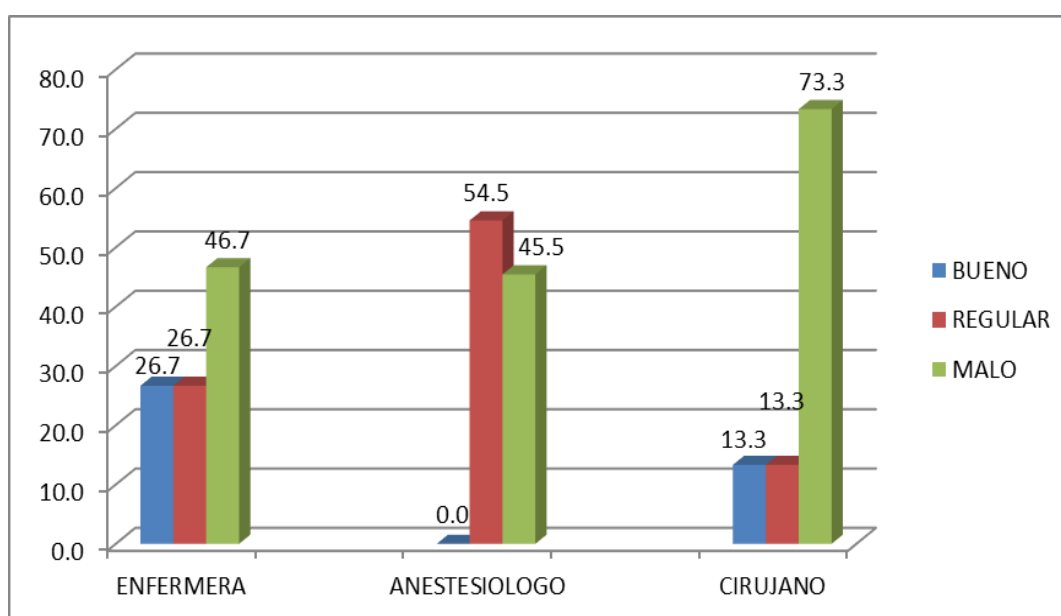


FIGURA 5:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA FASE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. 2017.

Fuente: cuestionario de “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”.

Según el gráfico N° 5, podemos determinar que el nivel de conocimiento sobre las actividades de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico no son los esperados resaltando en mayor porcentaje por los tres grupos profesionales la escala de puntaje malo que significa menor de 15 puntos. En primer lugar, están los cirujanos con porcentaje de 73,3% malo, 13,3% regular y 13,3 % bueno; en segundo lugar, los anestesiólogos con porcentaje de 45,5 % malo y el 54,5% regular y el 0,0% bueno; y por último enfermeras (os) con porcentaje de 46,7% malo, 26,7 % regular haciendo una similitud de 26,7% bueno.

Durante años la atención quirúrgica ha sido un componente esencial en la administración sanitaria a nivel mundial, pero debido al desarrollo numérico que ha sufrido la población, y por ende el aumento de la tasa de patologías que requieren resolución quirúrgica, ha llevado lamentablemente a que la atención se enfoque en cantidad y no calidad, y se predispone a que se produzcan complicaciones que perjudican y ponen en riesgo la vida del paciente. Debido a la alta demanda de pacientes y procedimiento a realizar en un mismo día el equipo quirúrgico ha perdido una cualidad fundamental como ser humano, la comunicación, tanto con el paciente como entre ellos, y esto ha permitido que se presenten errores, que pueden ser evitados simplemente al dialogar sobre el caso el momento antes de iniciar el acto quirúrgico.⁶

El nivel de conocimiento de regular a malo que se refleja en la investigación, es preocupante, genera varias interrogantes ¿qué es lo que está pasando?, ¿conocen la lista de verificación de cirugía segura?, ¿cuáles son las actividades que se deben

realizar durante el acto quirúrgico? ; si se sabe que más de 200 millones de pacientes son intervenidos quirúrgicamente cada año en el mundo, millones de ellos presentan serias complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y, como resultado, cientos fallecen; actualmente existen evidencias en la literatura de que muchas de estas complicaciones y muertes pudieran ser prevenidas.

Sin embargo, con el implemento de la lista de verificación se pretende el incremento de la seguridad del paciente, disminuir las incidencias de morbilidad y mortalidad y de esta manera obtener mejores resultados en la calidad de los procesos quirúrgicos. Conocer las actividades de la lista de verificación es fundamental para el equipo quirúrgico: ejemplo en la fase de entrada, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente 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 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.¹⁴

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. 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 las actividades 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. 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.

Similares son los resultados de Cub D, Rubilar M. y Tapia C.⁷ en su estudio de investigación sobre “Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud ”, Lima 2014 realizado con el objetivo de determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura, concluye que en relación a la utilidad de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. En relación a la aplicación de la LVCS, concluyeron que, aunque casi la mitad de la población

(41%) tiene una percepción favorable, existe un tercio de la población (32%) que tiene una percepción desfavorable; esto pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica y por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos.

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio se concluye que:

- El equipo quirúrgico del Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente las Mercedes tiene un nivel de conocimiento regular sobre la lista de verificación de cirugía segura en un 55.65% y un nivel de conocimiento malo en un 46.54%. Esto pone en riesgo la adherencia de la “LVCS” a la práctica quirúrgica y por ende normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que lamentar.
- Los cirujanos son los profesionales que tienen un menor nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en un 73,3% de conocimiento malo sobre las actividades y las fases de dicho protocolo; 80% de conocimiento malo sobre los objetivos y el 53,3 % malo sobre definiciones operativas.
- El equipo quirúrgico del centro quirúrgico del Hospital Regional Docente las Mercedes, tienen un nivel de conocimiento de 0,0% bueno sobre los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura. Esto implica que la seguridad de la atención al paciente quirúrgico está en riesgo conllevando a complicaciones o errores nocivos prevenibles.
- El nivel de conocimiento del equipo quirúrgico del Hospital Regional Docente las Mercedes sobre las fases de la lista de verificación de cirugía segura, los anestesiólogos tienen un 36,4 % de conocimiento bueno seguido por enfermería

con un 26,7% y por último los cirujanos con el 20,0%. Resultados que ponen en riesgo la salud del paciente durante su atención.

- El 0,0% de conocimiento bueno tienen los anestesiólogos sobre las actividades que se realiza en cada fase de la lista de verificación de cirugía segura, seguido de enfermería con un 26.7% y el 13.3 % de conocimiento bueno de los cirujanos.

RECOMENDACIONES

Al equipo quirúrgico de sala de operaciones del HRDM

- Reflexionar sobre las implicancias que trae la no utilización de la lista de verificación de cirugía segura para las personas intervenidas quirúrgicamente y las implicancias éticas y legales que no conocerla y aplicarla implican ya que esta promueve la seguridad de ambos; ya que avala el trabajo de los profesionales.
- Reconocer que, para una correcta aplicación y verificación de la lista de verificación de cirugía segura, es necesario e indispensable la participación activa de todo el equipo quirúrgico con responsabilidad en su ejecución.

A las autoridades del Hospital Regional Docente las Mercedes

- Asumir el compromiso, como autoridad competente, para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, incorporándose con responsabilidad en la exigencia del cumplimiento de cada miembro del equipo quirúrgico, incorporando dentro de la cultura de calidad, la práctica irrestricta de la lista de verificación de cirugía segura.
- Liderar el cambio organizacional hacia la obtención de una cultura de seguridad. En el desarrollo de esta función la alta dirección debe realizar múltiples y variadas actividades que van desde investigar constantemente, hasta asesorar y

supervisar el trabajo de los profesionales en el adecuado desempeño de sus funciones, en el área quirúrgica.

- Realizar constantes capacitaciones y evaluaciones con pre - tes y pos-tes al equipo quirúrgico del centro quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura y así medir y reforzar su nivel de conocimiento con la finalidad de disminuir las complicaciones en intervenciones quirúrgicas.

A la Facultad de Enfermería

- Se debe incluir en la formación de pre-grado y especialidades de cirugía (médicas y de enfermería) los aspectos teórico-prácticos de la Lista de verificación de cirugía segura, herramienta indispensable que los profesionales de Centro Quirúrgico deben conocer para realizarla con total responsabilidad; ya que las implicancias de su omisión constituyen una problemática que afecta prácticamente todo el ámbito del mundo moderno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lumbreras R. Seguridad en el paciente quirúrgico. Cantabria. 2011. [acceso 10-04-2016. [Internet]. Disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/471>.
2. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ra edición). La cirugía salva vidas. WHO/IER/PSP/2008. [Versión PDF]. [Internet]. [acceso 10-04-2016]. Disponible en:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
3. Gutierrez M, Gutierrez B. Aplicación del programa de cirugía segura por enfermería en pacientes gineco-obstétricas del hospital comunitario. Jerecuaro. URL disponible en:

<https://prezi.com/saw-in73ium3/presentacion-tesis-cirugia-segura/>
4. Pozo C. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano. Quito. [Versión PDF] 2015. [viernes, 15 de abril de 2016 3:23:20 p.m] URL disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4753>.

5. Moreta D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos.
6. Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo. Quito 2015 [Versión PDF] 2015 URL disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
7. Trejo E. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. Barcelona. 2014-2015. [Versión PDF] URL disponible en:

diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66868/1/66868.pdf.
8. Cuq D. Rubilar M. Percepción de los profesionales de salud del uso de listas de chequeo para la seguridad de la atención del paciente. Chile. [Versión PDF] 2014. [sábado, 23 de abril de 2016 3:23:20 p.m.] URL disponible en:

cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmc974p/doc/fmc974p.pdf
9. Becerra K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura del Hospital Nacional Almenara Asenjo. Chiclayo-Perú 2014. URL disponible en:

tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/.../177/.../TL_Becerra_Eneque_KatherinsMilagros.pdf.

10. La Teoría del Conocimiento de la Edad Antigua: el Idealismo transcendental de Platón. [Versión PDF] abril 2009 [Lunes, 29 de agosto del 2016 10:20:32 a.m.] URL disponible en: [filosofia.laguia2000.com > Filosofía Griega](http://filosofia.laguia2000.com/Filosofia Griega)
<https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chromestant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=definicion+de+platon+sobre+conocimiento pdf>.
11. Augusto Salazar Bondy: Introducción a la filosofía y lógica. 2001 [Lunes, 29 de agosto del 2016 12:10:24 p.m.] URL disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/109409381/Introduccion-a-la-Filosofia-y-Logica-Augusto-Salazar-Bondy-y-Francisco-Miro-Quesada-5to-de-secundaria>.
12. Mario Bunge: la ciencia su método y filosofía. [versión PDF] chile 2010 [Lunes, 29 de agosto del 2016 15:43:21 p.m.] URL disponible en:
https://users.dcc.uchile.cl/~cgutierrez/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf.
13. Immanuel Kant: teoría del conocimiento. [versión PDF] I.KANT (1724-1804) [miércoles 31 de agosto del 2016 10:00:24 a.m.] URL disponible en:
<http://www.corazondejesusza.net/apuntes/filosofia/Inmanuel%20kant.pdf>.
14. Flores. Pedagogía del conocimiento. Santafé de Bogotá. Revista Educación y Pedagogía Nos. 12 y 13 URL disponible en:
<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/viewFile/6227/5743>

15. Segundo reto mundial por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente 1ª Edición. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?ua=1
16. Ministerio de Salud. Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. R.M.-Nº 1021/2010-MINSA.Lima [Versión PDF] [lunes, 03 de octubre del 2016 11:00 am.] URL disponible en URL disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf
17. Norma técnica del Ministerio de Salud. Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico. Lima [Versión PDF] mayo 2000 [lunes, 03 de octubre del 2016 10:20 pm.] URL disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/Normas%20Cirug%C3%ADa%204%20MINSA.pdf
18. Watson: teoría del autocuidado: 2012 [miércoles 31 de agosto del 2016 16:20:12 p.m.] URL disponible en :See more at:

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/#sthash.XWEJsjtS.dpuf>

19. Salud. Ccm. net [internet]. España: salud net; 2000 [actualizado 14 febrero 2012; citado 20 octubre 2016]. Disponible en:

<http://salud.ccm.net/faq/14919-intervencion-quirurgica-definicion>.

20. Juan H. Investigación cuantitativa. Juanherrera. files [Internet].2008 [citado 20 Jun 2016]; 20:11. Disponible en:

<https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>

21. Arquer: fiabilidad humana, métodos de cuantificación y juicio de expertos.1995 [domingo 7 de mayo del 2017 11(1): 1-4] URL disponible en:

http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_401.htm.

22. Bioseguridad. minam. net [Internet]. Madrid: Bioseguridad net; 1998[actualizado 5 septiembre 2011; citado 21 junio 2016]. Disponible en:

bioseguridad.minam.gob.pe/wp-content/uploads/.../Lineamientos-de-Bioética-final.pdf.

APÉNDICE

ANEXO N° 01: CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO” FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información sobre el nivel del conocimiento de las Enfermeras, Cirujano y Anestesiólogos que laboran en centro quirúrgico sobre la lista de verificación de Cirugía Segura. Por ello se le solicita responder las siguientes preguntas con veracidad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario es anónimo y sólo se utilizarán los datos para fines de investigación. El cual consta de 2 partes, en la primera es de Datos generales, en la cual debe marcar con un aspa en el recuadro que considere conveniente, Asimismo en la siguiente parte de datos específicos siga las instrucciones que se le indican.

I.- DATOS GENERALES

1. Sexo:

Femenino ☐ Masculino ☐

Años de experiencia que labora en el servicio de Centro quirúrgico.

2. Profesión y especialidad:

Cirujano ☐ Primer ayudante ☐ Anestesiólogo ☐

Enfermera instrumentista ☐ Enfermera Circulante ☐

3. Situación laboral:

Nombrado ☐ Contratado ☐

II.- DATOS ESPECÍFICOS

A continuación, se presentarán una serie de preguntas sobre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura. A las cuales usted debe responder marcando con un aspa de acuerdo a lo que considere conveniente:

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

(a) Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.

(b) Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.

(c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.

(d) Todas son correctas.

2.- ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía según el MINSA?

(a) Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.

(b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.

(c) Mejorar la relación médico paciente.

(d) Reforzar las practicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo.

3.- Según la OMS los objetivos para una cirugía segura son:

1. Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.

2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor al paciente.

3. Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.

4. Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.

5. Prevenir la retención inadvertida de gasas o instrumental.

Son ciertas:

a) 1,2 y 3 b) 1,3 y 5 c) solo 1,5 d) todas las anteriores

4.- A qué se refiere el periodo en que se toma el equipo quirúrgico antes de realizarse la incisión y donde se confirma los controles de seguridad esenciales.

- (a) Barrera de seguridad.
- (b) Estrategia de anestesia segura.
- (c) Estrategia de profesionales seguros.
- (d) Pausa quirúrgica.

5.- ¿Cuántas son las fases de la lista de verificación de cirugía segura?

- (a) Una fase.
- (b) Dos fases.
- (c) Tres fases.
- (d) Cuatro fases.

6.- ¿Cuáles son las fases de la lista de verificación de cirugía segura?

- (a) Entra.

(b) Salida.

(c) Entrada, pausa quirúrgica y salida.

(d) Entrada, pausa quirúrgica, acto quirúrgico y salida.

7.- Para el control de la seguridad de la cirugía segura quien es el responsable de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación y responsable de inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea y el sistema de ventilación incluido oxígeno y fármacos inhalados y que los equipos estén en condiciones de funcionamiento

(a) Enfermera.

(b) Anestesiólogo.

(c) Cirujano.

(d) Anestesiólogo y enfermera.

8.- ¿Cuáles son las actividades que se realizan en la fase de entrada de la lista de verificación de la cirugía segura? Marque la respuesta correcta.

1. Confirmación con el paciente su identidad, localización quirúrgica y procedimiento.

2. Confirman el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia.

3. Confirman que se haya marcado el sitio quirúrgico.

4. El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente la identificación del paciente, procedimiento y localización.

Son ciertas

- a) 1,2 y 4 b) solo 2 c) 1,2 y 3 d) todas son ciertas

9.- ¿Quiénes del equipo quirúrgico deben estar presente mínimamente en el llenado de datos de la fase de entrada?

- (a) Anestesiólogo y enfermera.
- (b) Cirujano y enfermera.
- (c) Solo Enfermera.
- (d) Solo a y b.

10.- ¿En qué momento se realiza la pausa quirúrgica?

- (a) Antes de la inducción de la anestesia.
- (b) Antes de la incisión cutánea.
- (c) Antes de que paciente salga del quirófano.
- (d) Terminando el conteo de gasas.

11.- ¿Dentro del equipo quirúrgico quien debe ser la persona o el responsable que aplique la lista de verificación de la cirugía segura?

(a) Enfermero (a) porque es la persona que lidera el equipo quirúrgico y conoce la lista de verificación de la cirugía segura.

(b) Anestesiólogo (a) porque es la persona que más dispone de tiempo libre durante el acto quirúrgico.

(c) Cirujano (a) porque es la persona quien da el diagnóstico médico para la intervención quirúrgica.

(d) Cualquiera puede realizarlo que este dentro del acto quirúrgico.

12.- En la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:

(a) 24 horas antes de la incisión.

(b) 60 minutos antes de la incisión.

(c) 30 minutos antes de la incisión.

(d) No importa en el momento de administración.

13.- En qué fase la enfermera instrumentista y circulante revisan en voz alta con el equipo quirúrgico cualquier suceso intraoperatorio o importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas para los otros miembros del equipo.

- (a) Fase de salida.
- (b) Fase de entrada.
- (c) Pausa quirúrgica.
- (d) Solo a y b.

14.- ¿Quién del equipo quirúrgico es el encargado de confirmar verbalmente la identificación del paciente, el procedimiento y la localización?

- (a) Cirujano-enfermero –anestesiólogo.
- (b) Solo cirujano.
- (c) Cirujano y anestesiólogo.
- (d) Solo enfermera

15.- En qué fase de la cirugía la enfermera instrumentista revisa y confirmado la esterilidad o resultado de indicadores de los instrumentos quirúrgicos y equipos:

- (a) Fase de entrada.
- (b) Fase de salida.
- (c) Pausa quirúrgica.
- (d) Solo a y b.

16.- A qué fase pertenece la siguiente actividad de la lista de verificación de cirugía segura:

El cirujano, el anestesiólogo y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

- (a) Pausa quirúrgica.
- (b) Primera fase.
- (c) Tercera fase.
- (d) b y c.

17.- La previsión de eventos críticos entre el equipo quirúrgico se realiza:

- (a) Antes de la incisión cutánea.
- (b) Después de la incisión cutánea.
- (c) Solo a y b.
- (d) Pausa quirúrgica.

18.- En qué fase se realiza el conteo de gasas

- (a) Tercera fase.
- (b) Primera fase.
- (c) Segunda fase.

(d) No se realiza.

19.- Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta:

a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatómico patológica obtenida en la intervención quirúrgica.

b) La rotulación incorrecta de la muestra anatómico patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.

c) Las muestras anatómico patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

d) Las muestras anatómico patológicas son de interés únicamente del cirujano.

20.- Marque la respuesta correcta

a) En la fase de entrada, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo y realizarán el recuento de gasas e instrumentos.

b) Para que la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona.

c) Se considera un evento crítico dentro de la lista de verificación de cirugía segura si el paciente tiene riesgo de hemorragia mayor a 500 ml.

d) solo b y c.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, bajo
firmante, acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada:
“CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA
EN EL EQUIPO QUIRURGICO DE SALA DE OPERACIONES. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. CHICLAYO, 2017” realizada por las
licenciadas en enfermería de la especialidad de Centro Quirúrgico - UNPRG, que tiene
por objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre la lista de verificación de
cirugía Segura en el equipo quirúrgico.

Acepto participar de las entrevistas que sean necesarias en relación al
“conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de
enfermería, anestesiólogo y cirujano de centro quirúrgico del Hospital Regional
Docente las Mercedes. Chiclayo, 2017”, entiendo que las informaciones dadas serán
solo de su consentimiento estando garantizado el secreto y respetando mi privacidad.
Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto sigilo,
anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras. También podré retirarme del
estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto. Si tengo dudas entonces las señoritas
licenciadas me aclaran dudas respecto a ello. Finalmente declaro que después de las
aclaraciones convenientemente realizadas por las investigadoras considero participar
de la investigación.

Confianto plenamente, que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta
confidencialidad entre encuestado y los investigadores.

Lambayeque, junio 2017

Firma del entrevistador

Firma del entrevistado

ANEXO N° 03: PRUEBA DE VALIDEZ

(APÉNDICE C)

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ITMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es el adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUGERENCIAS:

.....

.....

Fecha: Mayo 2017


Lic. Belgica Ruiz Medina
CEP 67438
PE: 16108

Nombre y Firma del Experto

(APÉNDICE C)

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ITMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es el adecuado	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis	✓	

SUGERENCIAS:

...El instrumento está adecuadamente ordenado, pero es extenso,
...sugeriría hacerlo más conciso y así facilitar la evaluación.

Fecha: Mayo 2017

Dr. Edinson Aldana Ortega
Médico Anestesiólogo
RNE 29398
CMP 56502

Nombre y Firma del Experto

(APÉNDICE C)

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ITMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es el adecuado	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis	✓	

SUGERENCIAS:

Fecha: Mayo 2012

Nombre y Firma del Experto