

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA”**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE  
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO  
QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD.  
AYACUCHO, 2021”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**Bachiller en Ciencias de Enfermería:**

**KELY LILIANA CURIHUAMAN DEL PINO  
TANYA LUZ VALVERDE ESPINOZA**

**ASESOR:**

**Prof. HUGO AYALA PRADO**

**AYACUCHO-PERÚ**

**2022**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

### RESOLUCIÓN DECANAL N°105-2022-UNSCH-FCSA-D

**BACHILLERES:** Kely Liliana CURIHUAMAN DEL PINO  
Tanya Luz VALVERDE ESPINOZA

En la ciudad de Ayacucho siendo las diez de la mañana del día veintiocho de enero de los dos mil veintidós, se reunieron a través de la plataforma virtual los docentes miembros jurados de la Escuela Profesional de Enfermería, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado “**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA-ESSALUD DE AYACUCHO, 2021**”, presentado por las bachilleras: Kely Liliana CURIHUAMAN DEL PINO y Tanya Luz VALVERDE ESPINOZA, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería y, los miembros del Jurado de Sustentación conformados por:

Presidente : Profesora Julia Cristina Salcedo Cancho (Representante de la Decana)

Miembros : Profesor Edward Eusebio Barboza Palomino

Profesor Indalecio Tenorio Acosta

Profesora Julia María Ochatoma Palomino

Asesor : Profesor Hugo Ayala Prado

Secretaria Docente: Jhoanna Elya Córdova Cruzatt

Con el quorum de reglamento, se dio por inicio la sustentación de tesis, la presidenta de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por las recurrentes y, da algunas indicaciones a las sustentantes.

Acto seguido, dan inicio a la exposición las Bachilleras Tanya Luz VALVERDE ESPINOZA y seguida por Kely Liliana CURIHUAMAN DEL PINO. Una vez concluida, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, las cuales fueron absueltas adecuadamente por las sustentantes.

La presidente invita a las sustentantes abandonar el espacio virtual para que los jurados evaluadores puedan proceder con la calificación.

### RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: **Kely Liliana CURIHUAMAN DEL PINO**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Julia Cristina Salcedo Cancho	17	17	17	17
Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino	17	16	17	17
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	16	17	17
Prof. Julia María Ochatoma Palomino	17	16	16	16
Prof. Hugo Ayala Prado	17	16	17	17
<b>PROMEDIO FINAL:</b>	<b>17</b>			

Bachiller: **Tanya Luz VALVERDE ESPINOZA**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Julia Cristina Salcedo Cancho	17	18	18	<b>18</b>
Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino	17	16	17	<b>17</b>
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	16	17	<b>17</b>
Prof. Julia María Ochatoma Palomino	17	17	17	<b>17</b>
Prof. Hugo Ayala Prado	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
<b>PROMEDIO FINAL:</b>	<b>17</b>			

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a las Bachilleres: Kely Liliana CURIHUAMAN DEL PINO, y Tanya Luz VALVERDE ESPINOZA, quienes obtuvieron la nota final de Diecisiete (17) en ambos casos, para lo cual, los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 11:40 de la mañana se da por concluido el presente acto académico virtual.



Prof. Julia Cristina Salcedo Cancho  
(Presidente)



UNIVERSIDAD NACIONAL  
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MG. INDALECIO TENORIO ACOSTA

Prof. Indalecio Tenorio Acosta  
(Miembro)



Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino  
(Miembro)



Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga  
facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Enfermería



Mg. JULIA OCHATOMA PALOMINO  
Docente

Prof. Julia María Ochatoma Palomino  
(Miembro)



Uc. HUGO AYALA PRADO  
Departamento ATC - UGSESAI

Prof. Hugo Ayala Prado  
(Miembro asesor)



Prof. Jhoanna Elya Córdova Cruzatt  
(Secretaria)

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD SIN DEPOSITO DE TRABAJO DE TESIS

Recibido la solicitud vía correo institucional, los que suscriben docentes instructores responsables de verificar y controlar la originalidad de los trabajos de tesis en primera instancia de la Escuela profesional de Enfermería, deja constancia que el trabajo de tesis titulado:

**“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO, 2021”**

Autor(es):

BACH. KELLY LILIANA CURIHUAMAN DEL PINO

BACH. TANYA LUZ VALVERDE ESPINOZA

Asesor(a): Mg. Hugo Ayala Prado

Presidente Jurado Evaluador: Dr. Edward E. Barboza Palomino

Ha sido **verificado y sometido** al análisis SIN DEPOSITO mediante el sistema **TURNITIN** concluyendo que presenta un porcentaje de **16% de similitud**.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga **es procedente** conceder la Constancia de Originalidad con Deposito.

Ayacucho, 28 de diciembre de 2021.



Firmado digitalmente  
por DR. EDWARD  
EUSEBIO BARBOZA  
PALOMINO  
Fecha: 2021.12.28  
07:16:33 -05'00'

Firmado  
digitalmente por  
MORALES  
SILVESTRE  
ARTURO  
Fecha: 2021.12.29  
09:11:50 -05'00'

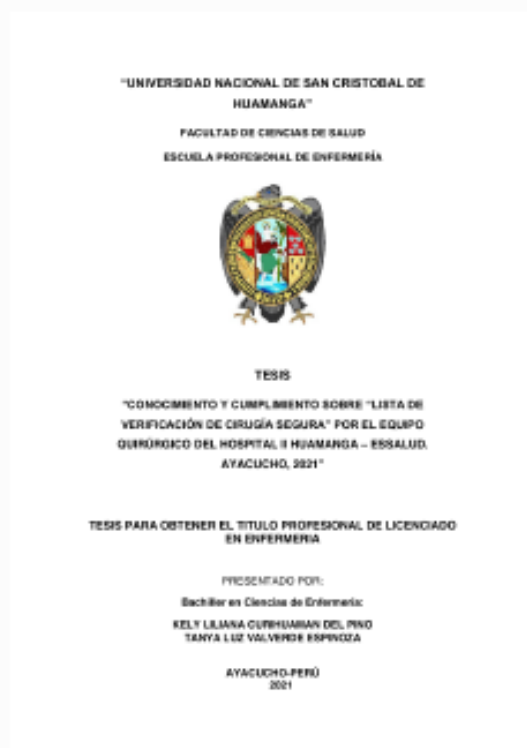


## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Kely Curihuaman Y Tanya Valverde  
Título del ejercicio: PRIMERA COMISIÓN  
Título de la entrega: PRIMERA REVISIÓN  
Nombre del archivo: Tesis\_sustentaci\_n.docx  
Tamaño del archivo: 232.43K  
Total páginas: 70  
Total de palabras: 15,740  
Total de caracteres: 86,330  
Fecha de entrega: 24-dic.-2021 09:25a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 1735504018



## PRIMERA REVISIÓN

### INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="http://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unan.edu.ni">repositorio.unan.edu.ni</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://ateneo.unmsm.edu.pe">ateneo.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://repositorio.unsch.edu.pe">repositorio.unsch.edu.pe</a> Fuente de Internet	



**UNSCH**

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS CON DEPOSITO

LA QUE SUSCRIBE, DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA; (segunda instancia de verificación de la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución N.º 039-2021-UNSCH-CU),

### DEJA CONSTANCIA:

que:

KELY LILIANA CURIHUAMAN DEL PINO  
TANYA LUZ VALVERDE ESPINOZA

con el informe de tesis titulado: "CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE "LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA" POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA - ESSALUD. AYACUCHO, 2021", ha sido verificado y sometido al sistema de análisis **TURNITIN CON DEPOSITO** mediante el cual se concluye que presenta un porcentaje de **16% de similitud**.

Por lo que, se concede la Constancia de Originalidad con Deposito.

Ayacucho, 04 de enero de 2021.

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
Dra. Marizabel Llamocca Machuca  
DIRECTORA

Firmado digitalmente  
por LLAMOCCA  
MACHUCA MARIZABEL  
Fecha: 2022.01.05  
14:25:15 -05'00'

Escuela Profesional ENFERMERÍA  
Av. Independencia S/N. Ayacucho  
Ciudad Universitaria - Pab. "U"  
Telf. 066-780992  
Correo: [ep.enfermeria@unsch.edu.pe](mailto:ep.enfermeria@unsch.edu.pe)

# CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD.

## AYACUCHO, 2021

*por* Kely Liliana Curihuaman Del Pino

---

**Fecha de entrega:** 05-ene-2022 10:41a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1737780167

**Nombre del archivo:** Tesis\_sustentaci\_n.docx (230.3K)

**Total de palabras:** 15740

**Total de caracteres:** 86329



# CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO, 2021

## INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1 [repositorio.unap.edu.pe](https://repositorio.unap.edu.pe) 6%  
Fuente de Internet

2 [repositorio.upch.edu.pe](https://repositorio.upch.edu.pe) 3%  
Fuente de Internet

3 Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga 1%  
Trabajo del estudiante

4 [repositorio.unac.edu.pe](https://repositorio.unac.edu.pe) 1%  
Fuente de Internet

5 [repositorio.unan.edu.ni](https://repositorio.unan.edu.ni) 1%  
Fuente de Internet

6 [hdl.handle.net](https://hdl.handle.net) 1%  
Fuente de Internet

7 [ateneo.unmsm.edu.pe](https://ateneo.unmsm.edu.pe) 1%  
Fuente de Internet

[repositorio.unprg.edu.pe](https://repositorio.unprg.edu.pe)

8

Fuente de Internet

1 %

9

[repositorio.unsch.edu.pe](https://repositorio.unsch.edu.pe)

Fuente de Internet

1 %

10

[tesis.ucsm.edu.pe](https://tesis.ucsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1 %

11

Submitted to Universidad Continental

Trabajo del estudiante

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo

## DEDICATORIA

A Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno de mis propósitos profesionales,

A mis padres Vidal y Magdalena, por creer en mí, por ser mi ejemplo de vida, por ser mi guía y mi fortaleza para continuar porque sin su ayuda no lo hubiese logrado, gracias por tanto amor.

A mis hermanos que fueron mi mejor compañía y la voz de aliento para no rendirme, porque siempre se alegran de mis logros, los amo.

Tanya Luz Valverde Espinoza.

Se la dedico a los forjadores de mi camino que son mis padres, por su apoyo incondicional y haber formado la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me inculcaron con reglas y libertades, pero al final de todo, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y lograr mis metas que en la vida me esperan.

Gracias madre y padre.

Kely Liliana Curihuaman del Pino

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por abrirnos las puertas de las aulas para un nuevo comienzo y por la oportunidad de formarnos como profesionales en esta noble profesión.

A los docentes de la Escuela de Enfermería, por enseñarnos a amar la profesión y buscar el bienestar de los demás, por ser importantes docentes con experiencia y trayectoria.

A nuestro asesor Hugo Ayala Prado, por su dedicación y apoyo constante en el desarrollo de la tesis.

A la dirección y responsables del Hospital II huamanga EsSalud-Ayacucho, por las facilidades para acceder al servicio del centro quirúrgico.

A los médicos, anestesiólogos y enfermeros(as) del EsSalud de dicha área, por aceptar con el llenado de las encuestas y así concretar el presente estudio.

**“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO, 2021”**

**KELY LILIANA CURIHUAMAN DEL PINO  
TANYA LUZ VALVERDE ESPINOZA**

**RESUMEN**

El **Objetivo** fue determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento sobre “Lista de verificación de cirugía segura” por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga – EsSalud. Ayacucho, 2021. Respecto a los **materiales y métodos**, la investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, relacional, la población estuvo constituida por 32 participantes del equipo quirúrgico (médicos, anestesiólogos y enfermeros) y los instrumentos de recolección de datos fue un Test de conocimiento y hoja de cotejo (checklist de cirugía segura). Los **resultados** nos muestran que el 46.9% de participantes tienen 45 a 55 años, el 53.1% son de sexo masculino, el 68.8% son contratados, el 43.8% son profesionales de enfermería, seguido de cirujanos y anestesiólogos en 28.1% respectivamente; y el 53.1% presenta más de 5 años de labor en el equipo quirúrgico. Se **concluye** que; el conocimiento del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura presenta nivel Bueno en un 65.7% y el 71.9% del personal cumple con el llenado de la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico, del Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga-EsSalud de Ayacucho.

**Palabras clave:** Cirugía segura, Conocimiento y cumplimiento de Cirugía segura.

**"KNOWLEDGE AND COMPLIANCE ON "SAFE SURGERY CHECKLIST" BY  
THE SURGICAL TEAM OF HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD.  
AYACUCHO, 2021"**

**KELY LILIANA CURIHUAMAN DEL PINO  
TANYA LUZ VALVERDE ESPINOZA**

**ABSTRACT**

The Objective was to determine the level of knowledge and compliance on "Safe Surgery Checklist" by the surgical team of Hospital II Huamanga – EsSalud. Ayacucho, 2021. Regarding the materials and methods, the research was quantitative, descriptive level, non-experimental cross-sectional design, relational, the population was constituted by 32 participants of the surgical team (doctors, anesthesiologists and nurses) and the data collection instruments were a Knowledge Test and comparison sheet (checklist of safe surgery). The results show us that 46.9% of participants are 45 to 55 years old, 53.1% are male, 68.8% are hired, 43.8% are nursing professionals, followed by surgeons and anesthesiologists in 28.1% respectively; and 53.1% have more than 5 years of work in the surgical team. It is concluded that; the surgical team's knowledge of the safe surgery checklist of the Surgical Center of the Hospital II Huamanga-EsSalud of Ayacucho.

**Keywords:** Safe surgery, Knowledge and compliance with Safe surgery.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

“En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que los daños por eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas fueron problemas de salud pública en un 40%, se estima que de 234 millones de cirugías que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen complicaciones incapacitantes en un 70% y 1 millón terminan en muertes, en un 14% ocasionada mayormente por la identificación incorrecta del paciente, sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas e infección de la herida operatoria”. (1)

“El estudio realizado en México en el año 2011, se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina el área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación. Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores pacientes incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y

post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente”. (2)

“Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas de Salud (MINISTERIO DE SANIDAD , 2016). Además de las infecciones relacionadas con la atención de salud que son un problema cada vez mayor. Los pacientes se hacen cada vez más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan cada vez enfermedades más graves. Se calcula que entre el 5 % y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales modernos del mundo desarrollado contraen una o más infecciones; en países en desarrollo, el riesgo de contraer infecciones nosocomiales es entre 2 y 20 veces superior al del mundo desarrollado; en algunos de ellos la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%”. (4)

“A razón de lo que viene aconteciendo, la Organización Mundial de la Salud, en octubre del 2005 se lanzó el primer desafío destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones intranosocomiales bajo el lema una atención limpia es una atención más segura, en junio de 2008 la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña Cirugía segura salva vidas, cuyo propósito fue mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. Tras el lanzamiento de la campaña por la OMS, se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos”. (1)

“Un estudio preliminar en el Perú, muestra que de 60 millones de consultas y los casi seis millones de procedimientos quirúrgicos efectuados en un año, los



reclamos, quejas y denuncias sumados todos no llegan al 0,001% (Acto Médico, 2011). Si bien es cierto estos casos no son estadísticamente significativos, pero generan mucha desconfianza de la población en los servicios de salud, afectando gravemente al prestigio del personal de salud". (5)

"En Perú como en muchos países, el año 2010 según resolución ministerial N°308 – 2010/MINSA (Ministerio de Salud) se aprobó la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía, esta lista se decreta como una herramienta imprescindible para mejorar la atención hospitalaria, por lo que su implementación es necesaria legalmente, el MINSA implemento la Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, con la finalidad de disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud". (6)

A través de los medios de comunicación se difunden casos que alarman a toda la población, "se amputa pierna equivocada", "entra vivo y nunca más despierta de la cirugía", "se opera para ser bella y muere"; etc; es decir, con frecuencia se producen los efectos adversos, que están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con la presencia de complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica

"En el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de EsSalud, donde se realizan diariamente en promedio 5 cirugías cardíacas de alta complejidad a pacientes adultos y pediátricos, se implementó la aplicación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura (LVCS) con el fin de reducir complicaciones quirúrgicas y mejorar los resultados de las cirugías cardíacas. El proceso de implementación consistió en la formación de un Equipo Conductor de Cirugía

“Segura quien con asesoría de la Oficina de Calidad del INCOR re-estructuro la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS, Posteriormente se realizaron pruebas pilotos en cirugías reales en las cuales la Enfermera Circulante de manera hablada lidera la aplicación de la LVCS con la participación de Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista y Perfusionista; luego los videos de las pruebas piloto fueron transmitidas en reuniones de capacitación a todo el Equipo Quirúrgico (cirujanos, anestesiólogos, enfermeras de Centro Quirúrgico y perfusionistas ) con el fin de sensibilizarlos y capacitarlos en el uso correcto de la LVCS. Sin embargo, se observa que la LVCS no está siendo aplicada según la guía instructiva y muchas veces los cirujanos y anestesiólogos se muestran renuentes a participar, argumentando que la LVCS no es necesaria y que su aplicación toma mucho tiempo, además se observa que muchas de los formatos de la LVCS no están completamente llenados, y no todos los miembros del equipo firman el formato al final de la cirugía como está estipulado en la guía. Por todo ello se deduce que el llenado de la lista no refleja el real cumplimiento de normas de seguridad y la real preparación de un entorno seguro para el paciente quirúrgico por consecuencia no se podría señalar que la Lista cumple su función de: Prevenir complicaciones quirúrgicas y que el proceso de implementación de la LVCS no se ha completado en la Institución”. (7)

En el Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga - EsSalud se ha observado durante las prácticas que la enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico; así como del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura; en caso de imposibilidad realiza otro personal sanitario que participe en la cirugía. Sin embargo, aún persiste el llenado incompleto de la lista de verificación de cirugía segura, falta de firma en la hoja de verificación,

marcado incompleto de las casillas de la hoja, anestesiólogos y cirujanos omiten la firma considerándola una pérdida de tiempo o interrupción y otros lo hacen por imposición. Conforme se ve, aparentemente se nota desinterés con el cumplimiento con “lista de verificación de cirugía segura” por los miembros del equipo quirurgo.

Por otro lado, se escuchan quejas de los usuarios por los diferentes medios de comunicación de los eventos adversos ocurridos como resultado de las intervenciones quirúrgicas en este establecimiento de salud; frente a esta situación surge las siguientes interrogantes: ¿Se cumple la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?, ¿el equipo quirúrgico tiene dominio de los beneficios de esta estrategia?

Las referencias señaladas y la observación durante las prácticas motivan la realización del presente estudio, titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO SOBRE “LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO, 2021

Los resultados permitirán reorientar y mejorar el trabajo del equipo quirúrgico, teniendo como Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento sobre “lista de verificación de cirugía segura” por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga-EsSalud de Ayacucho, 2021; y como objetivos específicos:

- Identificar al equipo quirúrgico del Hospital II de Huamanga EsSalud de Ayacucho, según sexo, edad, grupo ocupacional, tiempo de servicio, condición laboral.

- Evaluar el nivel de conocimiento del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura en Centro Quirúrgico del Hospital II de Huamanga EsSalud de Ayacucho, 2021
- Identificar el cumplimiento en el llenado de la lista de verificación de cirugía segura” en Centro Quirúrgico del Hospital II de Huamanga EsSalud de Ayacucho, 2021.

La Hipótesis propuesta fue: El equipo quirúrgico presenta regular nivel de conocimiento y no cumple con la “lista de verificación de cirugía segura” en Centro Quirúrgico del Hospital II de Huamanga EsSalud de Ayacucho, 2019.

En relación a los materiales y métodos de la investigación, el enfoque es de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, relacional: la población estuvo constituida por el equipo quirúrgico del Centro Quirúrgico del Hospital II de Huamanga-EsSalud de Ayacucho, 2021. Los resultados nos muestran que el 46.9% de participantes del estudio tienen 45 a 55 años de edad, el 53,1% son de sexo masculino y el 46.9% son de sexo femenino, el 68.8% son contratados, el 43.8% son profesionales de Enfermería, mientras que el 28.1% son cirujanos y anestesiólogos respectivamente y el 53.1% presenta más de 5 años de labor en el equipo del centro quirúrgico. Se concluye que, el conocimiento del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía presenta nivel Bueno en un 65.7%; asimismo el 71.9% cumple con el llenado de la lista de verificación de cirugía segura del equipo del Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga EsSalud de Ayacucho.

La presente tesis presenta la siguiente estructura: Introducción; Revisión de la Literatura, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

## **CAPITULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **2.1. Antecedentes de Estudio**

##### **A nivel Internacional:**

En el año 2016 Andrade P. en su investigación titulada:

“Impacto de la Aplicación del Checklist de Cirugía Segura como Modificador de la Incidencia de Eventos Adversos, Centinelas y Cuasi-Errores en Colectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil, de Septiembre 1, 2015 a Enero 31 2016”, con el objetivo de Determinar el impacto de la Aplicación del Checklist de Cirugía Segura como Modificador de la Incidencia de Eventos Adversos, Centinelas y Cuasi - errores en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. El estudio fue de tipo descriptivo y de diseño observacional transversal retrospectivo, donde se evaluó a un total de 209 pacientes, llegando a las siguientes conclusiones: durante el periodo de septiembre 2015 a enero del 2016 se realizaron 207 colectomías tanto por laparotómicas como por laparoscópicas en pacientes. De estos 207 tan solo en 148 de estas tenían los checklist de cirugía segura

completos lo cual representa el 71.5%, los 59 restantes se encontraban incompletos lo cual representa el 28.5% esto indica un alto incumplimiento de la norma de seguridad". (ANDRADE , Setiembre 1, 2015 a Enero 31, 2016.[ tesis de bachiller], Ecuador; Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017)

En el año 2015, Mareta D halló en su estudio:

“Evaluación del conocimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa.” Con el objetivo de Determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS, en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2015 a través de una encuesta directa; el estudio fue de tipo descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos; se aplicó una encuesta directa a 61 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión, obteniéndose como conclusiones: 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. (9)

En el año 2014, Astudillo C en el estudio titulado:

“Verificación de la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014”, con el objetivo de Verificar la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014, de tipo descriptivo con un universo de 452 cirugías, cuya técnica usada fue la del cuestionario elaborado con base de datos de la OMS; obteniendo como resultados, el llenado del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente”.

(10)

En el año 2013, Solor (11) en un estudio titulado:

“El checklist como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico en La Habana: Cuba 2013”. Objetivo profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía para la prevención de daños al paciente quirúrgico. Se concluyó que el checklist es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Sólo con el firme compromiso de las organizaciones sanitarias se pueden trasladar

las herramientas de seguridad del paciente en el quirófano. Es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, lograr el compromiso y convicción de todos los profesionales”.

En el año 2013, Aldeco M. en su investigación titulada:

“Parada de seguridad en salas de cirugía (lista de verificación) sobre la calificación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico de una institución de alta complejidad en Bogotá: Colombia 2013”. Tuvo como objetivo determinar el impacto de la implementación de la Parada de Seguridad sobre la calificación de Cultura de Seguridad en salas de cirugía. Se concluyó que se obtuvo un puntaje deficiente en la primera medición y después de la intervención se encontró un considerable aumento en la aplicación de la lista de chequeo; la implementación de estrategias está orientada a fortalecer la seguridad del paciente, modifican la percepción de seguridad de los profesionales de salud en los procesos de atención”. (12)

En el año 2012, Arribalzaga EB, Lupica en investigación titulada:

“Implementación del listado de verificación de cirugía segura Buenos Aires: Hospital de Clínicas José de San Martín; 2012.  
**Objetivo:** Utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnico-mecánicas. **Lugar:** División Quirófanos de Hospital Universitario Estatal. **Diseño:** Observacional exploratorio prospectivo con análisis retrospectivo. **Población:** Operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12



meses. **Método:** Indicación a viva voz en distintos momentos operatorios de un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anesthesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante. **Resultados:** Hubo 3680 operaciones programadas con implementación del listado de verificación en el 100% de los casos. Hubo 2116 fallas (57,5%): de ellas, atribuibles al factor humano el 98,12% y técnico-mecánicas sólo el 0,18%. En el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intraoperatorio, la falta de previsión de eventos críticos y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gasas. .

**Conclusión:** La incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante". (13)

En el año 2012, Collazos C et al. hallaron en su estudio :

“Evaluación de la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Hospital General de Medellín. Febrero a Marzo de 2011”, con el objetivo de Analizar el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de chequeo para seguridad en cirugía de la OMS en el Hospital General de Medellín, Colombia. El estudio fue de tipo transversal se encuestaron 220 pacientes con cirugía mayor entre Febrero y Marzo de 2011 en el Hospital General de Medellín. Como resultado se obtuvo que los ítems de la lista de verificación

se cumplan correctamente en porcentajes mayores al 90%. El ítem de menor cumplimiento es el de la presentación completa de todos los miembros del equipo quirúrgico, incluidas las funciones que desempeñan, que se realizó en el 86% de los casos. El 97% de los pacientes recomiendan este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción significativa de los eventos adversos en cirugía después de la implementación de la lista de chequeo 7.26% en el 2009 y el 3.29% en el 2010". (14)

En el año 2011, Cuq B en su investigación titulada:

“Percepción de los Profesionales de Salud del uso de Listas de Chequeo para la Seguridad de la Atención del Paciente”, con el objetivo de conocer la percepción que los profesionales de salud tienen del uso de listas de chequeo. El estudio fue de tipo cualitativo de tipo fenomenológico, donde se entrevistó a 15 profesionales de la salud pertenecientes a diversos sub departamentos del Hospital Base Valdivia donde deberían usarlas. Se obtuvo como resultado que los profesionales conocen las listas de chequeo como instrumentos que sirven para corroborar información necesaria del paciente para algún tipo de procedimiento que se realiza, considerándolas importantes dentro sus labores diarias. Además, reconocen que disminuyen en gran parte los errores médicos mejorando la calidad de atención y seguridad del paciente, lo que otorga a la institución de salud un reconocimiento por su confiabilidad”. (15)

### **A nivel Nacional:**

En el año 2017, Choquemallco Ticona R en su investigación titulada:

“Conocimiento sobre la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, en profesionales de la salud del servicio de quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliana, 2017”. El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar el Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2017; fue un estudio de tipo descriptivo - comparativo con diseño no experimental de corte transversal, la muestra fue de 46 profesionales que cumplieron los criterios de inclusión; entre Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento, un Cuestionario para la Evaluación del Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, establecida por la Organización Mundial de la Salud, adoptada por el Ministerio de salud, para el procesamiento de datos se utilizó el análisis estadístico porcentual. Se llegaron a los siguientes resultados: el 19% de Cirujanos, 0% de Anestesiólogos y el 38% de Enfermeras poseen conocimiento **deficiente** sobre la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, el 55% de Cirujanos, 14% de anestesiólogos 50% de Enfermeras poseen conocimiento **regular** y finalmente, 23% de cirujanos, 86% de anestesiólogos y 50% de enfermeras, poseen un nivel de conocimiento **bueno**. El momento del proceso quirúrgico que mayor conocimiento posee, es el de la

**salida.** Además, el 100% de profesionales está de acuerdo con la implementación de la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía y se determinaron que los principales inconvenientes para la correcta ejecución de la lista fueron la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad en el equipo quirúrgico”. (16)

En el año 2016, Barrios Arotoma R, et al (17) en investigación titulada:

“Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de lima, 2017. Cuyo objetivo fue objetivo, determinar el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. **Material y métodos:** El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental, se llevará a cabo en la especialidad de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El estudio se realizará con una población constituida por un total de 540 listas de verificación de cirugía segura durante el primer trimestre del 2017, para la recolección de datos se aplicará la técnica de la observación. Para la recolección de la información, se coordinará con la autorización institucional, procediendo a su realización, previo consentimiento informado. La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico SPSS. Los hallazgos se presentarán en tablas y gráficos”.

En el año 2015, Izquierdo Baca F en su investigación titulada:

“Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de

Mayo 2015". **Objetivo.** Determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. **Material y método.** El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes postoperados inmediatos y la muestra fue 57 de las mismas. La técnica utilizada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. **Resultados.** Del 100% (57) Historias clínicas, un 68% (39) no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32%(18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) No Cumple. **Conclusiones.** La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo, un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía

aérea; no obstante, un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista”. (18)

En el año 2015, Pérez Quispe en su investigación titulada:

“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, 2015 ha concluido que el éxito de la aplicación de la LVCS depende en gran medida de la percepción que tiene la enfermera circulante y el resto del equipo quirúrgico sobre la LVCS, la investigadora se ha planteado el siguiente objetivo: Determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular- EsSalud. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 41 profesionales de la salud entre enfermeras del centro quirúrgico, enfermeras perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares, la técnica es la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Las conclusiones a las que se llegaron fueron 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, podemos concluir 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”. (7)

En el año 2014, Figueroa W en su investigación titulado:

“Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas en el Proceso de Implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA, Chiclayo Perú, 2014”, con el objetivo de describir y analizar las Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque, el estudio tuvo como muestra once enfermeras quirúrgicas; los datos se obtuvieron mediante la entrevista semi estructurada. El estudio concluyó dando tres categorías y subcategorías: Categoría I: La experiencia de

implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura: beneficios y dificultades; Categoría II: Lista de Verificación: Cirugía Segura, una responsabilidad compartida Categoría III: El costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura”. (19)

En el año 2012, Becerra K. en investigación titulada:

“Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en Chiclayo Lima: Perú 2012”, tuvo como objetivo identificar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Se concluye que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son la falta de capacitación, responsabilidad y conciencia; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. Es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo responsabilidades, ésta salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna”. (20)

## **A NIVEL LOCAL**

No se encontraron estudios relacionados al tema de investigación.

## **2.2. BASE TEORICA**

### **2.2.1. CONOCIMIENTO**

“El conocimiento es el estado de quien conoce o sabe algo, se adquiere mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria,



experiencia, razonamiento, enseñanza aprendizaje y testimonios de terceros”.  
(RIGOL & UGALDE, 1999)

“Es una capacidad humana, y su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza aprendizaje”. (22)

“Del mismo modo el conocimiento permite obtener cambios de conducta obtenidos para la experiencia que admita encarar situaciones futuras en forma diferente”. (23)

“Desde el punto de vista filosófico, el proceso de conocimiento y de sus productos constituye la esencia de la llamada teoría del conocimiento. Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como partes participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo”. (24)

“El primer paso en el conocimiento es la percepción mediante los sentidos de un sujeto que puede conocer, de un objeto que puede ser conocido. Esta percepción por sí misma no establece distinciones entre las diferentes sensaciones percibidas, por lo que el hombre realiza operaciones que le permitan organizar, codificar y reproducir las imágenes sensoriales que se han almacenado en la memoria”. (25)

“No obstante, conocimiento puede ser de diferentes clases: cotidiano, pre-científico y científico, empírico y teórico. El conocimiento científico y el empírico difieren de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. El primero utiliza esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verifica su coherencia externa y somete a prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis. Los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan a la constancia de los hechos

y a su descripción”. (18)

“En cambio, los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia”. (19)

“El conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia convierte en preciso lo que el sentido común conoce de manera nebulosa; la ciencia es más que sentido común organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta mejorar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él. El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con la finalidad de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. Estas pueden ser todo lo audaces o complejas posibles pero en todos los casos deben ser puestas a prueba. La forma de hacerlo es por medio de la observación y experimentación”.

“En el conocimiento se hallan frente a frente la conciencia y el objeto, el sujeto y el objeto. El conocimiento se presenta como una relación entre estos dos miembros, que permanecen en ella eternamente separados el uno del otro. El dualismo de sujeto y objeto pertenece a la esencia del conocimiento. La relación entre los dos miembros es a la vez una correlación. El sujeto sólo es sujeto para un objeto y el objeto sólo es objeto para un sujeto. Ambos sólo son lo que son en cuanto son para el otro. Pero esta correlación no es reversible. Ser sujeto es algo completamente distinto que ser objeto. La función del sujeto consiste en aprehender el objeto, la del objeto en ser aprehensible y aprehendido por el sujeto”. (26)

#### **2.2.1.1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

El Dr. Wilfredo Huertas Bazalar y Gomes definen tres niveles de conocimientos, los cuales son:

- a. **BUENO:** “Denominado también como óptimo porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una conexión profunda con las ideas básicas del tema o materia”.
- b. **REGULAR:** “Llamado también medianamente logrado hay una integración parcial; manifiesta conceptos básicos, emite otros eventualmente propone modificaciones por un mejor logro de objetivos y la conexión es esporádica con ideas básicas del tema. El individuo reconoce parcialmente las ideas expresadas y con dificultad hace una relación de estos con la realidad, pretende descubrir nuevos conceptos”.
- c. **DEFICIENTE:** “Considerado como pésimo porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva; en la expresión de conceptos básicos los términos no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica”. (27)

#### **2.2.1.2. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO**

“Dentro del proceso de la evaluación, es necesario adjuntar un valor sobre los aprendizajes (medición del aprendizaje), para este propósito generalmente se emplean categorías con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la categorización numérica o sistema vigesimal es objetiva al momento de la calificación”. (28)

“Categoría numérica o sistema vigesimal: es un sistema para valorar

rasgos de conocimiento subjetivo, a través de categorías que indiquen el grado o intensidad en que un conocimiento, que se desarrolla, se estanca o degenera, al que se designa valores de 0 a 20 puntos según como corresponda o al nivel que llegue el conocimiento”. (28)

“La clasificación dentro de los intervalos de la categoría numérica es un criterio del investigador, previo análisis y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias”. (28)

Por lo tanto, en el estudio se realizó tres categorías en la escala numérica:

Nivel de conocimientos Bueno = 16 a 20

Nivel de conocimientos Regular = 11 a 15

Nivel de conocimientos Deficiente = 0 a 10

### **2.2.2 CUMPLIMIENTO.**

“La palabra cumplimiento refiere a la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien. En tanto, por cumplir, se entiendo hacer aquello que se prometió o convino con alguien previamente que se haría en un determinado tiempo y forma, es decir la realización de un deber o de una obligación”.

“El cumplimiento es una cuestión que se encuentra presente en casi todas las órdenes de la vida, en el laboral, en el personal, en el social, en lo político en el mundo de los negocios, entre otros, porque siempre, independientemente de sujetos, objetos y circunstancias aparecerá este tema”.

“En tanto, en el ámbito, el cumplimiento resulta ser una condición a la hora de querer triunfar o permanecer en un determinado puesto. Si yo falto reiteradamente a mi empleo, cometo errores en mi desempeño los cuales, por supuesto ocasionan serios problemas en la cadena de producción de la empresa, se estaría incurriendo en una falta concreta de cumplimiento de mis deberes laborales”.

### **2.2.3. LA CIRUGÍA**

“La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento”. (29)

“Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor”. (29)

“En el 2002, el Banco Mundial informó que aproximadamente 11% de la carga total de morbilidad, fueron producidas por condiciones que se podían tratar de manera quirúrgica”. (30)

### **2.2.4. SEGURIDAD Y LA ANESTESIA**

“Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados”. (29)

“Hace 30 años, el riesgo de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de 1 entre 5000. Con los avances de los conocimientos y de las normas básicas de atención, así como la mejora de la monitorización, la implantación de guías clínicas y protocolos de actuación y el entrenamiento mediante simulación, entre otras medidas, el riesgo se ha reducido en un mundo desarrollado a un riesgo 40 veces menor”. (31)

“En algunos países existen Normas Oficiales en donde se explica el proceder del anesthesiólogo, tanto en los requerimientos de equipamiento y

monitorización como en la autorización previa del paciente y sus familiares; además de que el paciente debe estar acompañado por una persona responsable”. (31)

### **2.2.5 SEGURIDAD Y EL PACIENTE**

“La seguridad de los pacientes, entendida como la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, es un aspecto clave del ámbito asistencial. Su relevancia nace del imperativo ético de la no maleficencia *primum non nocere* y del convencimiento de que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atención de salud recibida, la cual se espera sea sanadora y proporcione una mejor calidad de vida. Recientemente se ha acuñado el término cultura de seguridad el profesional, los pacientes y el resto de los agentes del sistema han de conocer que, si bien el error humano puede aparecer, hay que adoptar las medidas para que las causas que lo producen sean reducidas de forma sistemática” (32)

“En cualquier sistema de salud, el volumen de cirugías es cada día mayor. Los tratamientos quirúrgicos van en aumento año tras año y, en muchas ocasiones, la cirugía es la única opción para curar una enfermedad; para paliar sus complicaciones evolutivas, y para reducir la mortalidad. Pero no se nos escapa que, de forma paradójica, los procedimientos quirúrgicos pueden ser el origen de complicaciones graves, incluida la muerte. Médicos y cirujanos tratan este tipo de complicaciones cada día. Pero nos referimos aquí a las complicaciones que no son la consecuencia de la enfermedad o de los problemas que pueda tener el paciente, sino de errores que se producen en el tratamiento de su enfermedad. Un estudio publicado por la American Academy of Orthopaedic mostró los siguientes errores frecuentes en la especialidad de cirugía ortopédica

y traumatología: errores técnicos, falta de toma de precauciones, carencias en la utilización de exámenes complementarios, faltas en la actuación frente a estos, medicamentos incorrectos (ya sea en las dosis o en el propio fármaco), inadecuada monitorización y comunicación incorrecta”. (32)

“Uno de los problemas más importantes en los hospitales son las infecciones nosocomiales. Representan el 50% de las complicaciones mayores de un hospital. En relación con la seguridad quirúrgica, los cirujanos deben recordar que el 25% de estas infecciones ocurren sobre la zona intervenida. La infección postoperatoria puede ser una complicación, pero también puede ser la consecuencia de un error. Puede ser un error, por ejemplo, si no se administra el antibiótico requerido en el preoperatorio o en el momento adecuado y a la dosis apropiada. La tasa de este error es alarmantemente elevada”. (32)

“Otro de los problemas quirúrgicos es el olvido de instrumentos o de gasas en el interior del organismo. Gawande reportó que ocurrían aproximadamente 2.700 casos cada año en Estados Unidos, con un coste de unos 36.000 dólares del año 2004 por cada caso”. (32)

“Es por los constantes errores que el objetivo de una atención quirúrgica segura consiste en el desarrollo de sistemas de atención seguros, con una búsqueda de la prevención del error en Cirugía y de los eventos adversos; en síntesis, una atención sin errores. El paciente quirúrgico reúne 3 características distintivas que lo hacen más susceptible a enfrentar los riesgos y el potencial daño causado por un error durante su proceso de atención”:

1. “La ausencia de mecanismos de defensa. La anestesia disminuye el alerta y el dolor, el mecanismo de defensa fundamental y más primitivo”.

2. “Toda intervención quirúrgica representa una agresión traumática o bien una invasividad de envergadura”.
3. “El paciente quirúrgico transcurre su estadía hospitalaria por diversos sectores: unidad de guardia, sala de internación, quirófano, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos, servicios de diagnóstico por imágenes, etc., y para cada uno de ellos representa un nuevo paciente y cada sector se encuentra carente de la totalidad de la información detallada del cuadro clínico y de los antecedentes para un correcto manejo”.

“Cabe destacar como un factor contribuyente de complicaciones en los pacientes, la mala comunicación entre el equipo quirúrgico. Este es un problema común que ocurre y puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y el aumento de la tensión en el quirófano. En el estudio observacional de Lingard L. y colaboradores se clasifican cuatro tipos de fallo en la comunicación: ocasión (tiempo óptimo), contenido (insuficiencias o imprecisiones), el propósito y el grupo. Los fallos de la comunicación se produjeron en aproximadamente el 30% de los intercambios del equipo”.

#### **2.2.6. APORTES DE LA OMS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

“La seguridad del paciente ha sido desde siempre centro de la atención y del esfuerzo de los profesionales e instituciones sanitarias”. (28)

“Aunque su importancia fue puesta especialmente de manifiesto a partir del informe “Errar es humano construyendo un sistema sanitario más seguro”, publicado en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos”.

(29)



“Este informe orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones sanitarias internacionales al desarrollo de estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la atención sanitaria”. (4)

“Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas Sanitarios”.

“Además de que, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son un problema cada vez mayor. Los pacientes se hacen cada vez más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan cada vez enfermedades más graves; se calcula que entre el 5 % y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales modernos del mundo desarrollado contraen una o más infecciones; en países en desarrollo, el riesgo de contraer infecciones nosocomiales es entre 2 y 20 veces superior al del mundo desarrollado; en algunos de ellos la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%”. (33)

“Sobre la base de los mejores datos disponibles se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1,4 millones de casos de infecciones contraídas en centros de salud”. (34)

“La OMS en la 55 Asamblea Mundial de Salud, celebrada en Ginebra en mayo del 2002, aprobó la resolución WHA 55.18 en la que insta a los estados miembros a que prestaran mayor la atención posible al problema de la seguridad del paciente, y que establecieran y consolidaran sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. (1)

“En sentido a lo establecido en la 55 Asamblea Mundial de Salud; la 57ª Asamblea Mundial de Salud acogió la propuesta de establecer una alianza internacional que facilitase la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsar el logro de mejoras a escala internacional”. (34)

“Una alianza internacional para la seguridad de los pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre del mismo año. La alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes”. (35)

#### **a. RETOS**

Programas que abordan riesgos significativos para los pacientes que reciben cuidados y relevantes para todos los países de la Organización Mundial de la Salud:

- “Una atención limpia es una atención más segura. Su objetivo prioritario es el de asegurar que la mejora de la higiene de las manos esté en la agenda de las organizaciones sanitarias para promover la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y sus consecuencias”. (35)
- “La cirugía segura salva vidas. El centro de este programa es la lista de verificación quirúrgica como herramienta para mejorar la seguridad en cirugía”. (35)
- “Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. Tercer reto de la Organización Mundial de la Salud lanzado en 2010 para promover el

uso prudente de los antibióticos en humanos, veterinaria y agricultura y promover la investigación en ese campo”. (35)

## **b. ACCIONES PRINCIPALES**

Entre las acciones principales cabe destacar:

- “Pacientes por la seguridad del paciente. Orientada a la creación de una Red de Pacientes y Consumidores por la seguridad del paciente”.
- “Sistemas de notificación y aprendizaje”.
- “Gestión del conocimiento”.
- “Prácticas clínicas seguras. (CRESSWELL , PANESAR, SALVILLA, & et al , disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/primary-care-priorities.pdf>)”.

En el año 2004, García en su estudio estableció lo siguiente:

“El primer Reto Mundial que se eligió, es el que plantean las infecciones asociadas a la atención de salud, y en 2005 y 2006 la labor se orientó por el lema «Una atención limpia es una atención más segura», donde la idea fue la de catalizar el compromiso mundial para lograr que la atención limpia sea una realidad cotidiana en todos los lugares en los que se proporciona atención de salud”.

“La higiene de las manos es una acción muy sencilla con la que pueden reducirse considerablemente las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y sus riesgos. El Reto Mundial en pro de la seguridad del paciente el 2005 – 2006 combino las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria con acciones en curso encaminadas a mejorar la seguridad de las transfusiones, de las inyecciones e inmunizaciones de las prácticas

clínicas, del agua y saneamiento y la gestión de residuos”. (37)

En el año 2004, García estableció:

“El título del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007, en pro de la seguridad del paciente la cirugía segura salva vidas sobre la seguridad de prácticas quirúrgicas, cuyo objetivo fue de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS”.

En el 2008 la Alianza lanzó el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. Este reto pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se consolidó la Lista de verificación de la seguridad en cirugía, compuesta por un conjunto de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención. (37)

### **2.2.7. GERALIDADES DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.**

“Lista de Verificación de Cirugía Segura. Es un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud en hospitales de la industria de la aviación con excelentes resultados, permite analizar los puntos críticos desde antes de iniciar la intervención quirúrgica por todo el equipo quirúrgico. Esta herramienta sigue siendo una forma rápida de corroborar los puntos centrales del procedimiento quirúrgico, además de reducir significativamente los riesgos”.

“Como consecuencia al segundo reto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente la cirugía segura salva vidas, se publicaron guías aplicables, dirigidas a reducir eventos adversos, tanto en pacientes que reciben tratamiento médico, como a pacientes que reciben tratamiento quirúrgico”. (29)

“El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente compuesto por cirujanos, anestesistas, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificó diez objetivos fundamentales, recogidos en la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía a través de estos objetivos se pretende guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos en tres momentos distintos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de la incisión cutánea (PAUSA QUIRURGICA) y antes de que el paciente salga de quirófano (SALIDA). El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la Cirugía, 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. Su implantación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, y olvido de cuerpos extraños”. (29)

#### **2.2.8. APLICACIÓN**

“Una sola persona por turno quirúrgico debe ser el Coordinador, responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y chequear las casillas del listado, esto es esencial para su éxito. Se

recomienda que sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica”.

(38)

“El coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no ha sido cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente”. (43)

“La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico”:

- “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)
- “El periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior” (Salida).

“En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas: (10)

## **A. ENTRADA**

La Entrada ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista de chequeo puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia.

Los controles en la Entrada son los siguientes:

### **Obtención del consentimiento informado.**

“Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia”. (38)

**Confirmación de la identificación del paciente, 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 de 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 un procedimiento erróneo. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol”.

**Marca del sitio quirúrgico o “No aplica”.**

“El coordinador de la lista de chequeo ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador permanente), fundamentalmente 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”. (38)

**Chequeo de seguridad anestésica completado**

“El coordinador rellenará este paso preguntando al anestesista 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”.

- Airway equipment; un examen del equipo para la vía aérea;
- Breathing system: respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios);

- SuCtion: aspiración; Drugs and Devices drogas y dispositivos; Emergencia
- medications: medicación de emergencias, equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

### **Pulsioximetría en el paciente y funcionando**

“El coordinador de la lista de chequeo confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debería estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno”.

### **¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?**

“El coordinador de la lista de chequeo realizará esta y las siguientes dos preguntas al anestesista: primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así ¿cuál?. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesista está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente”.

### **¿Tiene el paciente alguna dificultad en las vías aéreas?**

“Aquí el coordinador confirmará verbalmente con el anestesista 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, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado, un segundo anestesista, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos. En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla debería marcarse sólo (empezada la



inducción anestésica) una vez que el anestesista confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente”.

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

“Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de un litro de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. 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 con una pérdida de sangre >1000cc (ó 15cc/Kg). 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”. (13)

### **B. PAUSA QUIRÚRGICA**

“Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (Pausa quirúrgica). La Pausa quirúrgica es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales”. (39)

### **Cirujano, enfermera y anestesista confirman verbalmente el paciente, la localización, el procedimiento y la posición**

Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista de chequeo, u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento, y confirma 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 “¿Está todo el mundo 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 anestesista, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo.

### **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 (Time Out) 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 la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis; la casilla debe dejarse en blanco si no se proporciona dosis adicional. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (p.e. en casos en los que no hay incisión de la piel, o en casos de contaminación en los que se da tratamiento antibiótico), puede marcarse la casilla de No aplica una vez que el equipo confirma esto verbalmente”.

### **Anticipación (previsión) de incidentes críticos**

“La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. Para asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la Pausa quirúrgica el coordinador de la lista de chequeo guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los peligros críticos y de planes de la intervención. 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. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de No aplica”. (38)

### **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 (Time Out), el coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso”.

### **B. SALIDA**

“La Salida (Sign out) ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían 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”. (6)

#### **El cirujano repasa con todo el equipo**

- ✓ Qué procedimiento se ha realizado.
- ✓ Los eventos intraoperatorios importantes.
- ✓ El plan previsto a fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente.

#### **1. El anestesista revisa con todo el equipo**

- ✓ Los eventos intraoperatorios importantes
- ✓ El plan de recuperación

### **La enfermera revisa con todo el equipo**

- El recuento de gases e instrumental
- La identificación de muestras (incluyendo el nombre del paciente)
- Los eventos intraoperatorios importantes/plan de recuperación

“La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gases e instrumental. La enfermera debería 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”. (6)

“La enfermera circulante y/o la enfermera instrumentista deberían 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. Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación”. (26)

### **2.2.9. NECESIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

“Para lograr un cambio en la matriz de enseñanza-aprendizaje de cirugía segura, en Argentina, se ideó un ensayo preliminar donde se insinuaron las dificultades que traería un cambio de organización: había inicialmente más fallas que operaciones, fundamentalmente debidas a factores humanos como, por ejemplo, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la lista de verificación quirúrgica, señalados previamente al ensayo en una instrucción

dirigida tanto a médicos como al personal paramédico (instrumentadoras, enfermeras, técnicos) y cuya acción u omisión podían hacer insegura esa cirugía al producir un evento adverso. Estas fallas se debían a la falta de aplicación de la lista de verificación y no a una técnica quirúrgica inadecuada que podía poner en riesgo al paciente quirúrgico”. (39)

“La insuficiente comunicación y/o falta de información como así también la sobrecarga de trabajo, y la escasa atención a las responsabilidades de los distintos roles quirúrgicos, revelaron la necesidad de diálogos de instrucción a todo el personal involucrado para poder implementar este programa”. (13)

“Debido a esto, para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos la organización mundial de la salud dispone investigación encaminada a promover la seguridad del paciente”. (29)

#### **2.2.10. PERÚ Y LA LISTA DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**

“En el marco de estos esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones y errores adversos de origen quirúrgico, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Calidad), en un trabajo conjunto con el Colegio Médico del Perú, propone la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, pretendiendo abordar cuestiones de seguridad, tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos”. (6)

“En ese sentido, la Alta Dirección debe fortalecer en los establecimientos de

salud y los servicios médicos de apoyo del nivel nacional la mejora de la calidad; priorizar la gestión de riesgos; y vigilar la seguridad de las prestaciones, a través de herramientas como la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, cuya implementación disminuiría la ocurrencia de eventos adversos”. (6)

Para responder el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “La Cirugía Segura Salva Vidas”, nuestro país mediante la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud. (10)

“En el departamento de Puno, en el Hospital Carlos Monge Medrano, de la Red de Salud San Román bajo Resoluciones Directorales desde el año 2014 viene conformándose los comités de salud relacionados a la Gestión de la Calidad; siendo implementada bajo estas Resoluciones Directorales la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía; siendo encargado de emitir los informes, el departamento de Calidad del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca; en el presente año fueron compilados 154 LVSC en el mes de enero, 132 LVSC en el mes de Febrero y 127 LVSC en el mes de marzo respectivamente, para ser informadas al departamento de Calidad de la Dirección de Salud”.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **A. LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

“La Lista de Verificación de Cirugía Segura, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios”. (39)

“Esta lista de control de cirugía segura (OMS) tiende a promover el desarrollo de prácticas seguras, fácilmente reconocidas, fomentar una mejor comunicación en

el trabajo de un equipo multidisciplinario y se debe poner todo el empeño educativo con ese objetivo.” (13)

## **B. INTERDISCIPLINARIEDAD**

“Es la interacción entre dos disciplinas o más; existe una coordinación efectiva entre disciplinas o profesiones cuyas fronteras se mantienen, adquiriendo sin embargo cierta permeabilidad que permite, por un lado realizar intercambios significativos entre disciplinas facilitando por otro, una cierta integración de la acción final producida”. (40)

## **C. MULTIDISCIPLINARIEDAD**

“Quiere decir la suma de varias disciplinas; una yuxtaposición o mosaico en que varias disciplinas se reúnen para trabajar juntas de manera coordinada, a veces sin relación aparente entre sí, contribuyendo al desarrollo del conocimiento”.

(40)

## **CAPITULO III**

### **MATERIALES Y METODOS**

**3.1 ENFOQUE:** Cuantitativo, debido a que permitió examinar los datos de manera numérica, apoyado por la estadística. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables en estudio.

**3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Aplicada, busca la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básica dependiendo de la investigación que se vaya a realizar.

**3.3 NIVEL DE INVESTIGACION:** Descriptivo – analítico, porque describe el nivel de conocimiento de los integrantes del equipo de cirugía sobre checklist de cirugía segura y su cumplimiento en cada etapa.

**3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** El tipo de diseño es no experimental transversal.

**3.5 ÁREA DE INVESTICACIÓN.** La investigación se desarrolló en el Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga-EsSalud de Ayacucho, ubicado en Av Venezuela S/N, Distrito de San Juan Bautista, provincia de Huamanga y Departamento de Ayacucho.

**3.6 POBLACIÓN:** Estuvo constituida por 32 participantes conformados por el equipo quirúrgico (médicos cirujanos, médico anesthesiologo, enfermera



instrumentista y circulante) y por 40 listas de chequeo de cirugía segura que se observaron durante las cirugías programadas en el centro quirúrgico del Hospital, durante 2 meses.

### **3.7 MUESTRA Y MUESTREO.**

#### **3.7.1 Unidad de análisis.**

Miembros del equipo quirúrgico.

#### **3.7.2 Unidad de Muestreo.**

Centro quirúrgico.

#### **3.7.3 Marco muestral.**

Sala de operaciones.

#### **3.7.4 Tipo de muestreo.**

Censal.

### **3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la ejecución del proyecto, se contó con la autorización de la Dirección del Hospital II Huamanga-EsSalud de Ayacucho.

La técnica utilizada para la variable de conocimiento fue la entrevista estructurada, siendo el instrumento, un cuestionario de 10 preguntas con un puntaje de 2; siendo la calificación final de 20. El nivel de conocimiento se calificó de acuerdo a la siguiente puntuación: bueno de 20 a 16, regular de 12 a 14 y deficiente de 10 a 0; el instrumento fue tomado de Moreta Sanafria Diana Carolina (9).

Para la segunda variable cumplimiento, se utilizó la técnica de la observación y como instrumento una ficha de cotejo: Lista de verificación de la cirugía segura, que cuenta de 19 ítems; este instrumento fue elaborado y validado por la OMS para uso internacional (1,9); se asignó 1 punto a la

respuesta si cumple, y 0 si no cumple, tomando como resultado correcto a un valor de 19 puntos, e incorrecto a un valor de 18 o menos, durante las etapas de la intervención quirúrgica.

<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>VARIABLE</b>
Encuesta	Test de conocimiento	Conocimiento de cirugía segura
Observación	Hoja de cotejo, cuaderno de campo y la Lista de Observación no participante de la aplicación de checklist de cirugía segura.	Cumplimiento en cada etapa.

### **3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.**

Para la presentación de datos, se utilizó la Estadística Descriptiva, que permitió calcular las medidas descriptivas. Se realizó la Estadística Inferencial con la finalidad de hacer inferencias y sacar conclusiones de las relaciones observadas. En el análisis de los resultados se utilizaron pruebas estadísticas de dependencia, relación, asociación, decidiéndose con un nivel de significancia de  $p < 0.05$

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 01. EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA  
ESSALUD DE AYACUCHO, SEGÚN EDAD, SEXO, CONDICIÓN LABORAL,  
GRUPO OCUPACIONAL, TIEMPO DE SERVICIO.**

<b>EQUIPO QUIRUGICO</b>	<b>N = 32</b>	<b>100%</b>
<b>EDAD</b>		
25 - 34 años	6	18.7
35 - 44 años	11	34.4
45 - 55 años	15	46.9
<b>SEXO</b>		
Masculino	17	53.1
Femenino	15	46.9
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>		
Contratado	22	68.8
Nombrado	10	31.2
<b>GRUPO OCUPACIONAL</b>		
Cirujano	9	28.1
Enfermera (o)	14	43.8
Anestesiólogo	9	28.1
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>		
Menor a 5 años	15	46.9
Mayor a 5 años	17	53.1

Fuente: Cuestionario para la evaluación del conocimiento sobre la lista de verificación de seguridad de la cirugía

En la tabla N° 01, se puede apreciar que, los miembros del equipo quirúrgico que presenta mayor porcentaje según edad son los de 45 a 55 años con un 46.9%, en relación al sexo el 53,1% son de sexo masculino, el 68.8% son contratados, el 43.8% son profesionales de enfermería, seguido de cirujanos y anestesiólogos en 28.1% respectivamente y el 53.1% presenta más de 5 años de labor en el equipo.

**TABLA N° 02. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO  
SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO  
QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA ESSALUD DE  
AYACUCHO, 2021**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bueno	21	65.7
Regular	11	34.3
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario para la evaluación del conocimiento sobre la lista de verificación de  
seguridad de la cirugía

En la tabla N° 02, se puede apreciar que, del total de personal miembro del equipo quirúrgico entrevistado, el 65.7% presenta nivel de conocimiento bueno y el 34.3% nivel de conocimiento regular.

**TABLA N° 03. CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA” EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA ESSALUD DE AYACUCHO, 2021**

<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cumple	23	71.9
No cumple	9	28.1
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Lista de cotejo de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

En la tabla N° 03, se puede apreciar que, del total de observaciones respecto al cumplimiento del llenado de la lista de verificación segura; el 71.9% cumple con dicho llenado, mientras que el 9% no cumple

**TABLA N° 04. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA ESSALUD DE AYACUCHO, 2021**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	TIEMPO DE SERVICIO				TOTAL	
	Menor a 5 años		Mayor a 5 años		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<b>Bueno</b>	15	46.9	7	21.9	22	68.7
<b>Regular</b>	2	6.3	8	25.0	10	31.3
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>53.2</b>	<b>15</b>	<b>46.9</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario para la evaluación del conocimiento sobre la lista de verificación de seguridad de la cirugía

En la Tabla N° 04 se puede identificar que del 100 de integrantes del equipo quirúrgico; el 68.7% tiene nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 46.9% tiene menos de 5 años de tiempo de servicio, el 31.3% tiene nivel de conocimiento regular de los cuales el 25% tiene mas de 5 años de tiempo de servicio.

## DISCUSIÓN

“El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública, 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”.

“En razón a ello, para mejorar esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) (SALUD, 2014), 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”.

Como se puede apreciar en la tabla N° 01, los miembros del equipo quirúrgico que presenta mayor porcentaje según edad son los de 45 a 55 años, en relación al sexo el 53,1% son de sexo masculino, el 68.8% son contratados, el 43.8% son profesionales de enfermería, seguido de cirujanos y anesthesiólogos en 28.1% respectivamente y el 53.1% presenta más de 5 años de labor en el equipo.



Estos datos concuerdan con los mencionados por Rocio Marcely Perez Quispe, 2014 en Lima Perú en su investigación titulada: “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 – 2014”, donde encontró que la mayoría de los encuestados eran de 45 años y más; y entre el personal eran más enfermeras, también en ese mismo estudio obtuvo que la mayoría del personal encuestado tenía más de 15 años de tiempo de servicio.

“La lista de verificación de la cirugía segura (LVCS) tienen la intención de garantizar la consistencia en la seguridad peri operatoria del paciente e introducir o mantener una cultura que lo valore. El uso de estas listas de verificación está asociado con una mayor conciencia de la seguridad del paciente, una mejor comunicación, una reducción de las reclamaciones quirúrgicas y una reducción en el número de las complicaciones postoperatorias, incluida la mortalidad. Sin embargo, no se puede suponer que la mera aplicación de LVCS dará lugar automáticamente a una mayor seguridad. Se asume que el cumplimiento informado con los elementos de la lista de verificación está correlacionado con el impacto de las listas de verificación de seguridad quirúrgica. En consecuencia, la eficacia clínica de la lista de verificación variará con el éxito de la implementación. La implementación de nuevas pautas e intervenciones de seguridad ha demostrado ser difícil en varios sectores de la salud, lo que destaca la importancia del proceso de implementación. La implementación de una lista de verificación de seguridad quirúrgica es una intervención social compleja. Los factores que influyen en la difusión y la adopción de intervenciones basadas en la evidencia o la innovación tecnológica pueden, por lo tanto, no aplicar con el

fin de aumentar la comprensión de las barreras relacionadas con el usuario y los facilitadores de la implementación de las listas de verificación de seguridad quirúrgica". En la tabla N° 02, se puede apreciar que, del total de personal miembro del equipo quirúrgico entrevistado, el 65.7% presenta nivel de conocimiento bueno y el 34.3% nivel de conocimiento regular.

Estos datos son similares a los encontrados por Art Wilson Correa Sánchez en su tesis: Conocimientos, actitudes y aplicación práctica de la lista de verificación de cirugía segura, donde los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia en un hospital general de Lima Perú 2018, donde concluyo que el 50% de los médicos encuestados tenían un nivel alto sobre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura.

Con respecto a la lista de verificación de la cirugía segura (LVCS); cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración e implicación de los facultativos (cirujanos y anestesiastas), lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la institución y adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo, algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

Nuestros resultados, muestran en la tabla N° 03 que, del total de observaciones respecto al cumplimiento del llenado de la lista de verificación segura; el 71.9% cumple con dicho llenado, mientras que el 9% no cumple.

Pérez, Quispe (Lima- 2015), en su investigación titulado "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, 2015" ha concluido que el éxito de la

aplicación de la “LVCS” depende en gran medida de la percepción que tiene la enfermera circulante y el resto del equipo quirúrgico sobre la “LVCS”.

En el año 2017, Torres A. en su estudio:

“Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Huancayo, determino el cumplimiento de la aplicación de la lista, obteniendo como resultado que solo el 0.7% cumple de forma 12 excelente, el 0.7% de forma parcial, el 2.2% mínimamente y el 96.4% no cumple con la Lista” (42)

En el año 2018, Coronel Y, Ore J. en su estudio:

“Nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura del profesional de enfermería en centro quirúrgico del Hospital de Huancayo”, determinaron la relación que existe entre el nivel de conocimientos con el cumplimiento del checklist por parte del profesional de enfermería, donde obtuvieron como resultado el 56% tiene un nivel medio de conocimiento y que solo el 44% cumplen algunas veces con la realización de la Lista de chequeo”. (34)

“Según Izquierdo Baca, la mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de mayo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante, un porcentaje significativo no

cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista". (18)

Con respecto a la tabla N° 04, se puede identificar que del 100 de integrantes del equipo quirúrgico; el 68.7% tiene nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 46.9% tiene menos de 5 años de tiempo de servicio, el 31.3% tiene nivel de conocimiento regular de los cuales el 25% tiene más de 5 años de tiempo de servicio.

Según estudios existen personas que si conocen que deben realizar la lista de chequeo, pero no la realizan porque simplemente la consideran una imposición, una pérdida de tiempo, o un incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

## CONCLUSIONES

- El equipo quirúrgico que labora en el Hospital II de Huamanga EsSalud de Ayacucho, presenta las siguientes características: el 46.9%, tienen entre 45 a 55 años, mayoritariamente (53,1%), son de sexo masculino, respecto a la condición laboral el 68.8% son contratados, respecto al grupo ocupacional el 43.8% son profesionales de enfermería, mientras que el 28.1% son cirujanos y anestesiólogos respectivamente y en relación al tiempo de servicio, el 53.1% presenta más de 5 años de labor en el equipo
- El conocimiento del equipo quirúrgico, sobre la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga-EsSalud de Ayacucho, presenta un nivel de conocimiento bueno en un 65.7% y un nivel de conocimiento regular en un 34.3%.
- El cumplimiento en el llenado de la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico, del Centro Quirúrgico del Hospital II Huamanga EsSalud de Ayacucho, es del 71.9%; mientras que el 28.1% no cumple adecuadamente con dicho llenado.

## **RECOMENDACIONES**

- Al equipo quirúrgico que labora en el Hospital II de Huamanga-EsSalud de Ayacucho, promover actividades de capacitación en servicio, en relación a la adecuada utilización de la “Lista de verificación de cirugía segura”; con la finalidad de garantizar la calidad del servicio en dicho centro.
- A la Escuela profesional de Enfermería, desarrollar en las asignaturas de médico quirúrgico, tópicos relacionados a la importancia de la “Lista de verificación de cirugía segura”, en el proceso de intervenciones quirúrgicas, para que el futuro profesional tenga las herramientas de calidad en Sala de Operaciones.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Implementacion de una lista de chequeo o verificacion de seguridad de la cirugia. Ginebra. 2008.
2. GUIA TECNICA. Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 20. Available from:  
<http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciete+Quir%C3%BArgico+v4.pdf>.
3. MINISTERIO DE SANIDAD SSEI. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. [Online].; 2016 [cited 2017 diciembre 24. Available from:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.
4. MORENO A. Seguridad del paciente en el Area Quirurgica: Aspectos Juridico Positivos de la Implantacion del Cheklist o lista de verificación Quirurgica. [Online].; 2013 [cited 2017 diciembre 21. Available from:  
<http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2011-investigaciones/evaluacion-de-la-aplicacion-de-la-lista-de-chequeo-para-seguridad.pdf>.
5. LAZO VALER HF, TORRES PAUCAR YS. Experiencias en la aplicacion de la hoja de cirugia segura en enfermeras del hospital regional Honorio Delgado Arquipa, 2017[Tesis de especialidad]. Arquipa ,Universidad nacional de San Agustin de Arquipa Facultad de Enfermeria Unidad de segunda. especialidad en enfermeria; 2017 enero.
6. MINISTERIO DE SALUD. Guia de Implementación de la lista de verificacion de la seguridad de la cirugia. [Online].; 2010 [cited 2017 diciembre 12. Available from:  
<http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1827.pdf>.
7. PEREZ QR. Percepción del equipo quirurgico sobre la utilidad y aplicación de lista de verificacion para una cirugia cardiovascular segura en el servicio de centro quirurgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud, Lima. 2015..
8. ANDRADE P. Impacto de la aplicacion del checklist de cirugia segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi - errores en colecistectomias, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Setiembre 1, 2015 a Enero 31, 2016.[ tesis de bachiller], Ecuador; Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
9. MORETA D. Evaluacion del conocimiento de la aplicacion de la lista de verificacion de la cirugia segura, establecida por OMS en anesthesiólogos, cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015[tesis de especialidad], Ecuador Universidad. Central de Ecuador; 2016. Recuperado a partir de:  
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/504/1/TL\\_FigueroaCustodioWendy\\_Ino%C3%B1anLlauceSonia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/504/1/TL_FigueroaCustodioWendy_Ino%C3%B1anLlauceSonia.pdf)  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE->.

10. ASTUDILLO C, ESPINOSA M. Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vasquez, Gualaceo, Abril a setiembre, 2014 [tesis de especialidad] Universidad de Cuenca. (citado el 28 de diciembre del 2017). Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>.
11. SOLOR A. El checklist como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. La Habana: Centro de Investigación Médico Quirúrgicas. 2013.
12. ALDECO M. Parada de seguridad en salas de cirugía (lista de verificación) sobre la calificación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico de una institución de alta complejidad. Bogotá: Hospital de IV de Bogotá. 2013.
13. ARRIBALZAGA EB, LUPICA L, STELLA MARIS D, Et al. Implementación del listado de verificación de cirugía segura en Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina, 2012. Rev. argent. cir. 2012 enero; 102(nº. 1 cap. Fed).
14. COLLAZOS C, BERMUDEZ L, QUINTERO A, et al. Evaluación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Hospital General de Medellín. 2011 [Citado el 28 de diciembre del 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2011-investigaciones/evaluacion-de-la-aplicacion-de-la-lista-de-chequeo-para-seguridad.pdf>.
15. CUQ B, RUNILAR R, TAPIA V. Percepción de los profesionales de salud del uso de lista de chequeo para la seguridad de la atención del paciente [tesis de bachiller]. Chile, Universidad Austral de Chile; 2011.
16. CHOQUEMALLCO TICONA R. Conocimiento sobre la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, en profesionales de la salud del servicio de quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2017 [tesis de especialidad en centro quirúrgico]. Puno: Universidad Nacional del Antiplano Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería; 2017.
17. BARRIOS AROTOMA R, LITANO TORRES M, MOISES GOMEZ MY. Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, 2017 [tesis de especialidad en centro quirúrgico], Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Enfermería; 2017.
18. IZQUIERDO BACA F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015 [Tesis de especialidad en Centro Quirúrgico], Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Unidad de Posgrado, 2016.
19. FIGUEROA W. Experiencias de las enfermeras Quirúrgicas en el proceso de implementación de la lista de verificación cirugía segura, Hospital III-1 Minsa Chiclayo, 2014. [tesis de grado de especialidad]. Chiclayo: Universidad Católica de Santo Toribio de Mongrovejo. 2015.
20. BECERRA K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura Chiclayo: Hospital de EsSalud de Chiclayo. 2012.



21. RIGOL A, UGALDE M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 1st ed. ARCE , SA , editors. España: Masson; 1999.
22. ANDREU R, SIEBER S. La gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje. 2nd ed. ciencias medicas S.A , editor. España: grseon; 2000.
23. ENTEL A. Escuela y conocimiento 1º edición Buenos Aires,. 1998. Pag 31.
24. MOURIÑO R, ESPINOSA P, MORENO L. El conocimiento científico. [Online].; 2010 [cited 2017 diciembre 21. Available from: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento- investigacion.pdf>.
25. SEGARRA M, ILUSAR J. Conceptos tipos y dimensiones del conocimiento estrategico. Universidad Jaime I, Castellon [ citado el 23 diciembre 2017]. recuperado a partir de: sers/TM/Downloads/Dialnet- ConceptoTipos y Dimensiones Del Conocimiento-2274043.pdf.
26. HESSEN J, GAOS J. Teoría del conocimiento. [Online].; 2010 [cited 2017 noviembre 20. Available from: <https://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/teoria-del-conocimiento1.pdf>.
27. MOCHICA E. Conocimiento y practica sobre saneamiento básico en las familias de la comunidad Yapuscachi, Cababa - 2014[ tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Antiplano, Facultad de enfermería. 2015.
28. MINISTERIO DE EDUCACION. Evaluacion de los Aprendizajes 2002. Un cumplimiento de competencias. Lima - Peru. pag. 28.
29. ALIANZA MUNDIAL PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial para la seguridad del paciente. [Online].; 2011 [cited 2017 noviembre 20. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf).
30. EVOLUCION DE LA CIRUGIA. La meta es lograr procedimientos quirúrgicos. [Internet] Dirección General de Cómputo y de Tecnologías de Información y Comunicación - UNAM septiembre del 2012. [Online].; 2012 [cited 2017 Noviembre 06. Available from: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art92/art92.pdf>.
31. SERVICIO CANTABRO DE SALUD. Manual de seguridad del paciente quirúrgico. [Online].; 2014 [cited 2017 noviembre 03. Available from: <http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%BArgico+v4.pdf>.
32. INSTITUTO CLINICA DE ESPECIALIDADES. Servicio de cirugías ortopédicas y traumatología. [Online].; 2010 [cited 2017 setiembre 12. Available from: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1777/63/1v00n1777a90090766.pdf001.pdf>.
33. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente.[ Internet] Asambela Mundial de la Salud 2006[ citado el 23 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir del. [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)..
34. GARCIA B. La alianza Mundial para la seguridad del paciente. 2004.

35. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La atencion limpia es un cuidado mas seguro La atención limpia es un cuidado más seguro. Recuperado a partir de. <http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html>.
36. CRESSWELL KM, PANESAR SS, SALVILLA SA, et al. Prioridades globales de investigacion para comprender mejor la carga del daño yatrógenos en la atencion primaria. disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/primary-care-prioirties.pdf>.
37. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Reto mundial por la seguridad del paciente. [Online].; 2011 [cited 2017 Octubre 16. Available from: <https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/retomundialpRoseguridadpaciente.pdf>.
38. WHO IER. Lista de verificacion de la seguridad de la cirugia, 2008 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_Checklist\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_Checklist_spa.pdf).
39. GRANDEL L. Mojarar la seguridad en los quirófanos reduce la mortalidad hospitalaria. Cir. España. 2009; 86: 329-30.
40. ROMERO E. La etica de la responsabilidad en los cuidados de enfermeria.revista de Seapa. 2013.
41. PEREZ Quispe, Rocio Marceley. 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 - 2014. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, 2015. 78 h.
42. Torres A. Cumplimiento de Lista de Verificación de Cirugía Segura, servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad San Martin De Porres; 2017.
43. Coronel Y. y Ore M. Nivel de Conocimientos y Cumplimiento de la Lista d Chequeo de Cirugia Segura del Profesional de Enfermeria en Centro Quirurgico del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Del Callao; 2018

# **A N E X O S**

**ANEXO "A"**  
**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE  
LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-UNSCH  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Instrucciones:**

Con el debido respeto que se merece, le presento el siguiente cuestionario que presenta 10 ítems relacionados a la lista de verificación en la seguridad en la cirugía (check list); donde deberá marcar con un **círculo** la alternativa de la respuesta que usted considere correcta, le ruego sea cuidadoso y minucioso en la lectura de cada ítem.

RECUERDE, ESTA ENCUESTA ES ANÓNIMA. Agradezco por su participación y apoyo.

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M( ) F( ) **Condición:** Contratado ( ) Nombrado ( )

**Tiempo de servicio:** <5 años ( ) > 5 años ( )

- Cirujano (a) ( )

- Anestesiólogo (a) ( )

- Enfermero (a) ( )

Por cada pregunta solo elija una respuesta

**1. ¿A qué se refiere la lista de verificación en la seguridad en 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.

**2. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?**

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

b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.

c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.

d) Mejorar la relación médico paciente.

**3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?**

a) Enfermero (a).

b) Anestesiólogo (a)

c) Cirujano (a)

d) Cualquiera puede realizarlo.

**4. Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía señale verdadero o falso:**

a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función. **V**  
**F**

b) Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión. **V**  
**F**

c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. **V** **F**

**5. Dentro de la lista de verificación en 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 el momento de la administración.

**6. Dentro de la lista de verificación en 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 anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.

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

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

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

**7. En nuestro medio la lista de verificación en la seguridad de la cirugía:**

a) Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.

b) Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.

c) Aumentaría el tiempo quirúrgico.

d) Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.

**8. ¿Qué lograría la implementación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?**

a) Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.

b) Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.

c) Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.

d) Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

**9. ¿Está de acuerdo con la implementación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?**

a) Estoy de acuerdo.

b) No estoy de acuerdo.

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

a) Falta de conocimiento de su importancia

b) Falta de tiempo para realizarlo

c) Falta de unidad en el equipo quirúrgico

d) Falta de material para realizarlo

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

**ANEXO “B”**  
**CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN**  
**DE CIRUGÍA SEGURA**

La presente guía de observación tiene como objetivo comprobar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico. Agradecemos su colaboración:

**Edad:**                      **Sexo:** M ( )    F ( )

**Especialidad en centro quirúrgico:** Si ( )    No ( )    **En proceso/estudiando** ( )

**Tipo de cirugía:**

**Servicio:**

**Hora de inicio:**                      **Hora de término:**

**Turno:**

N°	ITEMS	Cumple	No cumple
<b>Entrada quirúrgica (antes de la administración de la anestesia)</b>			
1	Con el enfermero y anesthesiólogo como mínimo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha confirmado el paciente su identidad</li> <li>• sitio quirúrgico</li> <li>• procedimiento o consentimiento</li> </ul>		
2	Se ha demarcado el sitio quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No procede</li> </ul>		
3	Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica.		
4	Confirma si se ha colocado el pulsioxímetro y funciona		
5	Averigua si tiene el paciente alergias conocidas		
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil/riesgo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Si hay equipos y materiales disponibles</li> </ul>		
7	Paciente con riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/kg en niños) <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV y centrales</li> </ul>		
<b>Pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea)</b>			
8	Con la Enfermera, anesthesiólogo y el Cirujano <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</li> </ul>		
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirma la identidad del paciente</li> <li>• Procedimiento</li> <li>• Sitio de la incisión</li> </ul>		
10	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No procede</li> </ul>		
11	Previsión de eventos críticos El cirujano revisa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pasos críticos o ni sistematizados</li> <li>• La duración de la operación</li> <li>• La pérdida de sangre prevista</li> </ul>		
12	Anesthesiólogo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algún problema específico</li> </ul>		
13	Equipo de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A confirmado la esterilidad (con resultados de sus indicadores)</li> <li>• Verifica si existe duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos</li> </ul>		

14	Neonatólogo: Confirma que dispone de equipo y materiales para la atención del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si.</li> <li>• No procede</li> </ul>		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No procede</li> </ul>		
<b>Salida quirúrgica (antes de que el paciente salga del quirófano)</b>			
16	Con el Enfermero, anesesiólogo y Cirujano (el equipo Confirma verbalmente): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del procedimiento realizado</li> <li>• recuento de instrumentos, gasas y agujas</li> </ul>		
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procede con el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</li> </ul>		
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
19	El cirujano, el anesesiólogo y el enfermero Revisarán aspectos críticos de recuperación y el tratamiento del paciente		
OBSERVACIONES:			