

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**



**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN
ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN
ESSALUD LIMA - 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD**

CARMEN SARA LUNA RICALDE

Callao, 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTE |
| • DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARAN | SECRETARIO |
| • MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | VOCAL |
| • DRA. MARY JUANA ABASTOS ABARCA | VOCAL |

ASESORA: Dra. ARGELIA OLGA ROJAS SALAZAR

Nº de Acta: 080

Nº de Libro: 01

Nº de Folio : 209

Fecha de aprobación de Tesis: Callao, 28 de enero 2019

Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado N° 058-2019-
CDUPG-FCS. - del 23 de enero del 2019

DEDICATORIA

A mis padres:

Quienes me supieron inculcar una formación con valores, lo que me ayuda a guiarme por mi vida familiar y profesional

A mi esposo:

Por su apoyo incondicional, para ser mejor cada día; a entender que no hay nada imposible y que solo hay que esmerarse y sacrificarse, para lograr la meta que me he planteado

AGRADECIMIENTO

A Nuestro Hacedor del universo, que me guía y protege con su misericordia y sabiduría, otorgándome la sapiencia necesaria para captar los conocimientos impartidos en este Centro de Estudio.

A mis Asesores, que han volcado en mí sus conocimientos, para lograr elaborar el presente texto

INDICE

	Págs.:
TABLAS DE CONTENIDO	3
GRÁFICOS DE CONTENIDO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	10
1.1 Identificación del problema	10
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.4 Limitantes de la Investigación	13
II. MARCO TEORICO	15
2.1 Antecedentes del estudio	15
2.2 Bases Teóricas	20
2.3 Definición de términos	53
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	55
3.1 Hipótesis	55
3.2 Definición de variables	55
3.3 Operacionalización de variables	57
IV. DISEÑO DE LA METODOLOGIA	59
4.1 Tipo y diseño de la investigación	59
4.2 Método de la investigación	60
4.3 Población y muestra	60
4.4 Lugar del estudio y periodo desarrollado	61
4.5 Técnicas e Instrumentos para la recolección de Información documental	62

4.6	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	62
4.7	Análisis y procesamiento de datos	63
V.	RESULTADOS	64
5.1	Resultados Descriptivos	64
5.2	Resultados Inferenciales	65
VI.	DISCUSION DE RESULTADOS	70
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	70
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	77
6.3	Responsabilidad ética	82
VII.	CONCLUSIONES	83
VIII.	RECOMENDACIONES	84
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
	ANEXOS	94
	Anexo 01: Matriz de consistencia	95
	Anexo 02: Instrumentos válidos	96
	Anexo 03: Guía de Observación	100
	Anexo 04: Fiabilidad de instrumentos	102
	Anexo 05: Base de datos	103
	Otros anexos	105

TABLAS DE CONTENIDO

		Págs.
TABLA 5.1.1	DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD, LIMA 2018	64
TABLA 5.2.1	CONOCIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	65
TABLA 5.2.2.	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	66
TABLA 5.2.3	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN ENTRADA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	67
TABLA 5.2.4	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN PAUSA CIRUGÍA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	68
TABLA 5.2.5	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN SALIDA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	69

TABLA 6.1.1	PRUEBA CHI CUADRADO: CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA	71
TABLA 6.1.2	PRUEBA CHI CUADRADO: CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA: DIMENSIÓN ENTRADA	73
TABLA 6.1.3	PRUEBA CHI CUADRADO: CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA: DIMENSIÓN PAUSA QUIRÚRGICA	75
TABLA 6.1.4	PRUEBA CHI CUADRADO: CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA: DIMENSIÓN SALIDA	77

GRÁFICOS DE CONTENIDO

		Págs.
GRÁFICO 5.2.1	CONOCIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	65
GRÁFICO 5.2.2	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	66
GRÁFICO 5.2.3	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN ENTRADA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	67
GRÁFICO 5.2.4	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN PAUSA CIRUGÍA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	68
GRÁFICO 5.2.5	APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA DIMENSIÓN SALIDA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018	69

RESUMEN

Este estudio de investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

Es un estudio con orientación cuantitativo, descriptivo correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal, con una muestra probabilística de 56 profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico I del referida centro hospitalario, a quienes se les aplicó un cuestionario y una Guía de observación para medir las variables de estudio.

Los resultados obtenidos, demostraron que el 82.1% de enfermeras presentaron un nivel medio de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, el 53.6% de enfermeras aplicaron inadecuadamente la lista de verificación de cirugía segura y el 46.4% lo aplicaron de forma adecuada. Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba Chi cuadrado, como $p\text{-valor} = 0.004 > \alpha = 0,05$, se rechazó H_0 .

Con lo cual se estableció que existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, a un nivel de significancia del 5%.

Está demostrado la asociación conocimiento - aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, según dimensión Salida, en enfermería del Centro Quirúrgico I, del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, de EsSalud. Lima 2018, a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor} = 0.046 < \alpha = 0.05$).

Palabras clave: Discernimiento, cuidado, lista de verificación, cirugía segura.

ABSTRACT

This research study aimed to determine the relationship between knowledge and application of the safe surgery checklist in nursing of Surgical Center I of Guillermo Almenara Irigoyen Hospital in EsSalud, Lima 2018.

It is a study with quantitative orientation, correlational descriptive, non-experimental design, cross-section, with a probabilistic sample of 56 nursing professionals from The Surgical Center I of the aforementioned hospital center, who were applied a questionnaire and an observation guide to measure study variables.

The results showed that 82.1% of nurses had an average level of knowledge of the safe surgery checklist, 53.6% of nurses improperly applied the safe surgery checklist, and 46.4% applied it adequately. For the hypothesis test, the chi square test was used, as $p\text{-value} = 0.004 > 0.05$, H_0 was rejected.

Thus it was established that there is a relationship between the knowledge and the application of the safe surgery checklist in nursing of surgical center I of Guillermo Almenara Irigoyen Hospital in EsSalud, Lima, at a significance level of 5%.

Keywords: Discernment, care, checklist, safe surgery.

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente Tesis se ha delimitado bajo el título de “CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA ” y su problemática está enfocada por la constancia en la utilización de la Lista de Verificación de cirugía segura en pacientes atendidos en el Centro Quirúrgico de la referida Institución Hospitalaria.

En los diferentes campos de la actividad humana la seguridad es un tema recurrente que cobra vigencia cada vez que ocurren accidentes o eventos que ponen en riesgo la vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud recomendó a los países a que prestasen mayor atención al problema de la seguridad del paciente y estableciesen programas para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, en particular en áreas como medicamentos, equipos médicos y tecnología. En ese sentido la Lista de Verificación de cirugía segura es una herramienta vital en los centros quirúrgicos.

La seguridad es importante en todos los quehaceres de la actividad humana, consentido, cuando se aprecia que los riesgos son reducidos a la mínima expresión; lo cual permite alcanzar los objetivos trazados.

Cuando esto no se da, se presentan accidentes y/o riesgos que pueden desencadenar en poner en riesgo la vida de las personas; este concepto, se traslada a los Centros Hospitalarios, donde se ejercen acciones concomitantes con curar a los pacientes de males que los aquejan; dentro de este diseño actoral se encuentra los Centros Quirúrgicos, cuyos protocolos deben ser estandarizados, para ofrecer una mejor atención al paciente, garantizándole un servicio óptimo que les garantice la mejoría de salud, por ello existen organismos internacionales que se avocan a

universalizar los procedimientos, a fin de que estén homogenizadas las atenciones.

En la presente investigación se plantea como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima.

Para ello, se establecieron objetivos específicos en torno al análisis del conocimiento y la aplicación de las fases que comprende la cirugía segura: Entrada, pausa quirúrgica y salida.

El desarrollo de la investigación se organizó en seis capítulos: el primer capítulo corresponde al planteamiento del problema, que comprende: la determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación de la investigación. El segundo capítulo corresponde al Marco Teórico y abarca los antecedentes y las bases teóricas conceptuales. En el tercer capítulo, denominado Variables e Hipótesis, se establecen las variables y la operacionalización de las mismas, la hipótesis general y las específicas, mientras que el cuarto capítulo está referido a la metodología en la cual se determina el tipo y diseño de investigación, los métodos, la población y muestra del estudio, así como las técnicas e instrumentos de recolección de información, en el quinto capítulo se evidencia los resultados y en el sexto capítulo se realiza la discusión de los mismos.

Por último las conclusiones y recomendaciones surgidas en base a la presente investigación. Así como la bibliografía, referencias electrónicas, referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Es vital la seguridad del paciente en los servicios de salud. Se registran un alto índice de mortalidad, en los países donde no se aplican protocolos de seguridad en pacientes, conllevados por riesgos que se pueden evitar, aplicando básicamente mecanismos de seguridad a los pacientes que son atendidos.

Si esta problemática los trasladamos a los Centros Quirúrgicos, podremos inferir que los riesgos de muerte, por inseguridad, se sumarán alarmantemente a los que se propicien de los procedimientos quirúrgicos.

“Según Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organización privada de los EE.UU. cuya finalidad es mejorar la la calidad y seguridad de los pacientes, “afirma que las soluciones más constructivas y el éxito se debe a la seguridad los pacientes, el trabajo grupal y la participación de los profesionales, como también, las estrategias de seguridad”.(1)

“El 2004 la Asamblea número 57 de la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, es la primera vez que Directores de entidades sanitarias, políticos, grupos de pacientes y la OMS avanzan juntos hacia la meta de seguridad “Evitar dañar” y reducir los efectos riesgos y las consecuencias sociales de un cuidado de salud no seguro, y se establecieron criterios para reducir los riesgos en la atención en salud. En ese marco de acción, en junio de 2008, la Alianza lanzó su otro objetivo de seguridad: la campaña «**Cirugía segura salva vidas**», cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo

definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país”. (2)

“El 2008, la OMS publicó unas guías con un conjunto de recomendaciones para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos (World Alliance for patient Safety, 2008). Dentro de esas recomendaciones se incluía un listado de verificación quirúrgica (check-list) con 19 ítems para que los profesionales revisasen en el quirófano en tres momentos diferentes”.(3)

“El Perú, dio seguimiento con el lanzamiento de la campaña sectorial “Cirugía segura salva vidas” y en vinculación con el Programa OMS-Seguridad del Paciente, el Ministerio de Salud con la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA publicaron los criterios mínimos de la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura” con la finalidad de cumplir los estándares de calidad y seguridad para el pacientes visto por la Dirección de Calidad en Salud el 20 de abril del 2010, Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA resuelve aprobar la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía “. Por la Dirección General de Salud con fecha Lima 30 de diciembre del 2010”(3)

ESSALUD, en el 2012 con carta curricular N° 13-DA-PE-ESSALUD-20125 con referencia a la Directiva N°01-PE-ESSALUD-2011 “Directiva de la Organización del Sistema de Calidad y Seguridad del Paciente en EsSalud” plan contempla el monitoreo del cumplimiento de la aplicación de la Lista para Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC, en adelante).

El Hospital Guillermo Almenara aplica la lista de verificación, herramienta que garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita las buenas prácticas por parte de los profesionales salud. Aun así, se aprecia la falta de conocimiento de las enfermeras sobre la lista de verificación de cirugía segura y su influencia en la seguridad quirúrgica.

Al no practicar correctamente la lista de verificación, se podría producir eventos adversos, por no tener en cuenta que se deben programar los equipos biomédicos, instrumental, insumos, en la entrada, antes de la anestesia.

El prevenir eventos adversos en el área quirúrgica, no sólo disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales (segundas víctimas), constituyendo una herramienta de seguridad jurídica, en la medida en que a menos EAs, es por ello que este trabajo de investigación no ha dudado al responsabilizarse de la aplicación de la LVSC, sabiendo la importancia que tiene, ya que puede reducir los EAs de las intervenciones quirúrgicas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I, del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la asociación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la asociación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.
- Identificar la asociación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.
- Identificar la asociación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

1.4 Limitantes de la Investigación

Teórico: En nuestro Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el Servicio de Enfermería N° 9 Centro Quirúrgico I, se llevó a cabo el desafío de implementar el LVSC desde el cuarto trimestre del año 2010 como plan piloto, en el año 2013, después de instalar un programa de capacitación dirigido a los profesionales involucrados en cumplir los procedimientos y un periodo de medición

Temporal: En el 2018 se ha demostrado que el llenado del registro no se realiza desde que el paciente llega a sala de operaciones, y la pausa quirúrgica se omite en realizarlo en forma verbal y se anota las respuestas en forma mecánica, algunos médicos cirujanos son renuentes en contestar las preguntas al realizar la pausa quirúrgica.

Después de un quinquenio de la implementación, en la estrategia desarrollada no se ha tenido en cuenta un proceso de feed back, de la herramienta utilizada y de los resultados percibidos de la práctica profesional.

La ejecución de la LVSC no debe considerarse una meta en si misma si no el punto de partida, que contribuya en forma objetiva en mejores resultados en la seguridad, mejora para el paciente quirúrgico y una gestión más eficiente de los cuidados.

Espacial: Lo valedero de este estudio, está, en hacerle un seguimiento evaluativo a este instrumento, manteniendo constancia en la preparación, capacitación y entrenamiento de los profesionales de la salud, que laboran en los Centros Quirúrgicos. Las mediciones de resultados nos darán conceptos para comprobar el nivel de capacitación y el establecimiento de posibles medidas de mejora, tanto a nivel formativo y clínico.

En la actividad que desarrolla la enfermera en los Centros Quirúrgicos, para garantizar la permanencia de los pacientes, se mantendrá estándares permanentes que garanticen el éxito de la evolución del paciente en quirófano a nivel seguridad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacionales

AMAYA M, Hernández M, en Nicaragua, en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el II semestre del año 2014”, dicho estudio tuvo como objetivo describir las posibles dificultades que se presentan en el llenado de la hoja de verificación de cirugía en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Fonseca. Metodología de enfoque cuantitativo. Concluyendo que solo en un 40% se está realizando un buen manejo de la hoja, lo que nos muestra que hay un déficit en el llenado de la hoja de verificación que la principal dificultad esta al momento de hacer cumplir la lista de verificación de cirugía segura de manera verbal a como lo establece la organización mundial de la salud y que en la mayoría de los casos se observó que esta dificultad se da porque el personal da por hecho alguno de los ítems por la razón de tener el expediente en sus manos. (4)

POZO C, en Ecuador, en el año 2015, realizó un estudio titulado “Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de Quito en el año 2015”, dicho estudio fue descriptivo, tuvo como objetivo verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, desde la perspectiva del paciente; se concluyó: La aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente en el Hospital Metropolitano de Quito, según la

percepción de los pacientes. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el 79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre y función fueron el instrumentador quirúrgico (52%) y la enfermera circulante (32%).
(5)

ASTUDILLO CAMPOVERDE J, ESPINOSA MUÑOZ K, en Cuenca-Ecuador, en el año 2015, realizaron un 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, septiembre, 2014”, dicho estudio fue descriptivo, tuvo como objetivo verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014. Los resultados mostraron que la aplicación del manual de cirugía segura se realiza de manera óptima en la mayoría de los casos con el 91.9%, con respecto al cumplimiento de las 3 fases: en el preoperatorio se cumple en el 91.05%, sin embargo, el marcado del sitio quirúrgico no se cumple en el 54.9% de casos, en el intraoperatorio se cumple en un 92.19% y no se administra antibioticoterapia profiláctica adecuada en el 52.7% de casos, el postquirúrgico se cumple en el 92.53% y no se verifica el instrumental en 71% de casos. Se concluyó que el manual fue fácilmente aplicable, nos permitió detectar las falencias para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos por lo que recomendamos su utilización. Los conocimientos de personal sanitario sobre el listado de cirugía segura de la OMS son medio para los especialistas y bajo para el resto del personal evaluado. Hay desconocimiento sobre: manejo correcto de hemorragias, profilaxis antibiótica, sobre eventos críticos y falta de criterios sobre recuperación.(6)

MORETA D, en Ecuador, en el año 2015, realizaron un estudio titulado “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.” dicho estudio fue descriptivo , tuvo como objetivo determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud, en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2015 a través de una encuesta directa. Se concluyó que el principal problema para su implementación es la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad del equipo quirúrgico. Existe un bajo porcentaje de cumplimiento completo de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Las enfermeras son las que mayormente la cumplen. 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. (7)

ANDRADE S, ESCALA C, en Ecuador, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasierrores en colecistectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, de Septiembre 1, 2015 a Enero 31, 2016” dicho estudio fue tipo descriptivo y de diseño observacional transversal retrospectivo, tuvo como objetivo 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, se concluyó: Se demostró que los pacientes a los que no se les realizó el checklist completo

tienen 16.64 veces más probabilidades de presentar un efecto adverso que aquellos a los que si se les completó. (8)

A nivel Nacional

BECERRA K, en Chiclayo, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012.” Dicho estudio fue de tipo cualitativo, teniendo como objetivo describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura; se concluyó: Para la enfermera quirúrgica, la Lista de Chequeo es un instrumento indispensable que garantiza el éxito de la Cirugía Segura y por ende el principal objetivo que es la Seguridad del Paciente, evita las complicaciones previsibles y promueve la seguridad de ambos; ya que avala el trabajo de los profesionales. Las limitaciones que existen para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: falta de responsabilidad y conciencia en los miembros del equipo quirúrgico (principalmente médicos); incomodidad por la aplicación, superficialidad con la que realizan la verificación de datos del paciente, el olvido de la firma, historia clínica con datos incompletos, procesos mecanizados, entre otros. La encargada de liderar el proceso de la verificación de la Lista de Chequeo es la Enfermera; quien considera está capacitada, reúne los conocimientos, cualidades y virtudes necesarias para garantizar que se lleve a cabalidad y con éxito el desempeño de esta importante función, esta delegación está especificada en el MOF del servicio. Reconocen que para la correcta aplicación y verificación de la lista de chequeo es necesario e indispensable la participación activa de todo el equipo quirúrgico, los cuales deben tener minuciosidad, compromiso y responsabilidad en su ejecución. (9)

IZQUIERDO F, en Lima, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015” dicho estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, tuvo como 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, se concluyó: 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. (10)

VILLOGAS A, BRICEÑO L, MOQUILLAZA K, en Lima, realizaron la tesis “Conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital Nacional”, teniendo como objetivo determinar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de Centro Quirúrgico del hospital Santa Rosa 2017. El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, se utilizó una encuesta y se aplicó dos instrumentos, para la primera variable se aplicó un cuestionario la que permitió determinar el conocimiento sobre la lista de

verificación de cirugía segura, la segunda variable una guía de observación para verificar la aplicación correcta de la lista de verificación de cirugía segura. (11)

COSSIO S, MARTICORENA S, en Huancayo, en el año 2017, desarrollaron la tesis titulada “Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo”, con el objetivo de determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico. Estudio cuantitativo, cuyo diseño de investigación fue no experimental, transversal de tipo descriptivo. La población está formada por un total de 25 licenciados en enfermería que laboran en sala de operaciones, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de la entrevista y como instrumento la lista de verificación de la cirugía segura. Los hallazgos se presentarán en tablas y gráficos estadísticos. Concluyendo que la mayoría de enfermeras aplica adecuadamente la lista de verificación de cirugía segura. (12)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Filosófico

El principio fundamental que ha resaltado el presente estudio es la relación existente entre la enfermera y el paciente, ya que se debe asumir profesionalmente una seguridad extrema, para garantizar una evolución positiva de la salud del paciente; por ello se hace mención algunas teorías que han prevalecido a través del tiempo, como sustento de una filosofía:

Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau

Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar

respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.³

Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.

Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.

Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.

Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera.

También Peplau determinó los aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente como son:

Objetivos e intereses totalmente distintos. Son extraños para ambos.

Juicios individuales sobre el significado del diagnóstico médico, el rol de cada uno en la situación de enfermería.

Comprensión en parte mutua y en parte individual de la naturaleza del diagnóstico médico.

Comprensión mutua de la naturaleza del problema, los roles de enfermera y paciente y las necesidades de enfermera y paciente en la solución del problema. Objetivos de salud comunes, compartidos.

Esfuerzos colaboradores dirigidos a resolver el problema juntos y de forma productiva.

Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe seis roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente. ²

- Rol del extraño: teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. La enfermera no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario.

- Rol de la persona recurso: la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria, y explica al paciente el tratamiento. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.

- Rol docente: es una combinación de todos los restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.

- Rol de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.

- Rol de sustituto: el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera, con su actitud, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la

persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.

- Rol de asesoramiento: se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la enfermería psiquiátrica.

La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales.⁴

El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.

Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

De modo que la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, que transita por cuatro fases, se evidencia en los cambios de la relación y los roles que desempeña la enfermera, hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema.

Teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando Pelletier

La teoría de Orlando resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera, concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Identifica y resalta los elementos del proceso de enfermería y le

da particular importancia a la participación del paciente en el mismo. Esta teoría se centra en cómo mejorar la conducta del paciente mediante el alivio de su angustia, produciendo un cambio positivo.³

Para Orlando, la acción de la enfermera en contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería, este puede ser automático o deliberado. Las acciones de enfermería deliberadas son aquellas donde las percepciones, pensamientos y sentimientos resultan evidentes para el paciente y la enfermera, estas son las que han sido diseñadas para identificar y satisfacer las necesidades inmediatas del paciente y por tanto para cumplir su función profesional. Esta teoría hace hincapié en la inmediatez, para lo cual propone una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia.⁴

De ahí que la teoría del proceso de enfermería se centre en el contacto inmediato entre la enfermera y el paciente. La observación de las expresiones verbales y no verbales del paciente con las que manifiesta sus necesidades. Con estos datos la enfermera promueve acciones destinadas a satisfacer la necesidad de ayuda del paciente.⁴

Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee

El modelo de Travelbee propone que la enfermería se lleva a cabo a través de la relación persona-persona, donde una se refiere a la enfermera y la otra al paciente, dado que considera que la relación persona-persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que vive la enfermera y el receptor de sus cuidados (paciente), según Travelbee se refiere a seres humanos que necesitan asistencia. La principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los pacientes y sus familiares.⁴

Esta teoría considera que, en las situaciones de enfermería, la relación enfermera-paciente constituye el modo de lograr el objetivo de la enfermería. La relación se establece cuando la enfermera y el paciente alcanzan una fase máxima de relación después de haber pasado primero por la fase de encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y posteriormente simpatía, compasión, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la compenetración en la última fase.³

Encuentro original: se caracteriza por las primeras impresiones que recibe la enfermera del paciente, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados

Revelación de identidades: la enfermera y el paciente empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación.

Empatía: Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación.

Simpatía: Esta va más allá de la empatía y se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces, lo que conlleva a utilizar la propia personalidad de forma consciente, para tratar de establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería.

Compenetración: Esta fase se determina por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento del enfermo. La enfermera y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza, su fe en aquél. Para ello cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para

ayudar a los pacientes, además de tener la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad del paciente.

El modelo de relaciones entre seres humanos amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, la diferencia fundamental se revela en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compenetración y los aspectos emocionales de la enfermería.³

Teoría intermedia de la consecución de objetivos de Imogene M. King

La teoría de King se centra en el sistema interpersonal y en las relaciones que tienen lugar entre la enfermera y el paciente. En el proceso de enfermería cada miembro de la díada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones, por lo que estas actividades culminan en la reacción. En consecuencia, se produce una relación de modo que en caso de que exista una coherencia perceptiva y se subsanen los trastornos, se producen las transacciones. El sistema está abierto a recibir una retroalimentación, porque cada una de las fases de la actividad puede influir en la percepción.³

Los planteamientos de King, parten de cuatro conceptos fundamentales como centro en los seres humanos: salud, relaciones interpersonales, percepciones y sistemas sociales, considerando que estas ideas universales eran importantes en todas las situaciones de enfermería, a partir de las cuales desarrolla su teoría y describe la naturaleza de la relación enfermera-paciente, que lleva al logro de los objetivos del modo siguiente:³

Las enfermeras establecen relaciones de modo intencional con los pacientes, para determinar, de conjunto, objetivos y acordar medios para lograrlos, a partir de la valoración, por parte de la enfermera, de las preocupaciones y problemas de salud de los pacientes, su forma de percibir

los problemas y el hecho de compartir información que permita la consecución objetivos.

De modo que la teoría ofrece un enfoque de sistemas, está orientada hacia la consecución de una meta, centrado en la comunicación y la relación, con una perspectiva sistémica que va desde las relaciones personales e interpersonales hasta sociales. La enfermera, desde su percepción, valora al paciente, se crea un juicio y determina acciones, mientras el paciente, en el sentido de su forma de visualizar el problema, también se constituye un juicio que conduce a acciones, que en su conjunto conllevan al desarrollo de la reacción, las relaciones y finalmente la transacción. Este permite, como sistema al fin, la posibilidad de retroalimentación.

Las teorías de relación interpersonal lideradas por teóricas como Peplau H., Orlando I., Travelbe J. y King I. definen enfermería, su enfoque, objetivo e intervenciones en el contexto de las relaciones interpersonales enfermera-paciente.²

Definición de Enfermería por las teorías de la relación interpersonal

Peplau: proceso terapéutico de relación interpersonal, cuyo objetivo está orientado con un enfoque de relaciones humanas saludables.

Orlando: interacción con pacientes que necesitan ayuda o reaccionan ante sentimientos y sufrimientos individuales.

Trabelvee: proceso de relación interpersonal para prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y darle sentido.

King: acción, reacción y relación enfermera-paciente donde se obtiene información y se pactan los objetivos a lograr.

Enfoque de la enfermería por las teorías de la relación interpersonal

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución.

Orlando: cuidado o satisfacción de la necesidad del paciente mediante acciones deliberadas de enfermería.

Trabelvee: la relación enfermera-paciente da sentido al sufrimiento, dolor y enfermedad.

King: la relación enfermera-paciente permite alcanzar metas y objetivos en un ambiente natural.

El objetivo de la enfermería para las teorías de la relación interpersonal

Peplau: desarrollar una personalidad creativa, constructiva y productiva en los individuos y la comunidad.

Orlando: disminuir el desorden físico y mental que ocasiona malestar y promover una sensación de bienestar.

Trabelvee: afrontar y dar sentido a la experiencia de la enfermedad.

King: ayudar al paciente al mantenimiento de su salud, para que pueda cumplir su función y jugar su rol.

La intervención de enfermería para las teorías de la relación interpersonal

Peplau: desarrollar la solución de problemas de salud de los pacientes a través del proceso interpersonal terapéutico.

Orlando: proceso deliberativo de enfermería, donde la enfermera emplea la relación interpersonal encaminada a la satisfacción de las necesidades del paciente

Trabelvee: la enfermera aprovecha la empatía, el apoyo y la simpatía, para entender el dolor del paciente.

De forma general, la crítica hacia este grupo de teorías está centrada en el hecho de que ellas dependen de que exista una relación interpersonal, se adaptan solo ante la posibilidad de la comunicación entre la enfermera y el paciente. Por lo tanto, su aplicación se limita en situaciones de enfermería donde se brinda atención a pacientes en coma, recién nacidos, ancianos con alguna condición de demencia o longevos.

Otra de las autoras de la teoría de la relación interpersonal es Riechl-Sisca, cuya teoría se deriva del interaccionismo simbólico, en el cual la comunicación es un elemento esencial y principal fuente de intercambio entre los seres humanos.

Riechl-Sisca considera que la enfermera y el paciente intercambian información de forma activa y recopilan conocimientos, siempre a través de la adopción mutua de roles y la selección y empleo conjunto por parte de la enfermera de los métodos teóricos. En esencia, la enfermera elige entre diversas teorías, terapias y disciplinas de salud afines para planificar e implementar intervenciones de enfermería eficaces.⁴

El Modelo de interaccionismo simbólico de Riechl-Sisca, cuyo componente fundamental es la comunicación, hace hincapié en la relación enfermera-paciente-familia del paciente, lo que permite mayor contribución al desarrollo de la enfermería, desde el punto en que amplía su aplicación, llegando incluso a pacientes en coma, a través de la comunicación no verbal.⁴

Por lo que respecta la relación enfermera-paciente, es esencialmente comunicativa, sobre todo cuando el cuidado está dotado, también, de una sobrecarga emocional. La capacidad de comunicación se puede relacionar con la experiencia del cuidar, desde el punto en que la enfermera en su función de ofrecer cuidados no solo trasmite información, sino que también brinda comprensión, apoyo, simpatía, compasión. Además, escuchará los problemas, emociones e inquietudes del paciente, intentará ponerse en su lugar y compartirá con este las posibilidades de alivio y solución del problema.

La comunicación en enfermería propone la modificación del comportamiento humano y de factores relacionados con el que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protegen a los pacientes del daño. Una buena comunicación enfermera-paciente tiene

resultados positivos, tanto para el paciente como para la enfermera. La confianza del paciente en los planes de cuidados y la toma de decisiones mejora los resultados del tratamiento. Es por ello que la comunicación enfermera-paciente es una condición necesaria para la práctica de enfermería.⁵

El estado emocional de un paciente es diferente al momento del ingreso, pero cuando la enfermera intercambia experiencias con él, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, coopera con el tratamiento y su estadía hospitalaria será mejor comprendida. La comunicación es una necesidad del paciente y de la familia, le permite conocer sobre su estado de salud y estar actualizado sobre la enfermedad.⁶

De ahí que la función en enfermería incluya el desarrollo de competencias comunicativas a partir de la potencialidad que tiene la enfermera de lograr una adecuada comunicación con el paciente, teniendo en cuenta el dominio e integración en la práctica de enfermería de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, emociones, principios, valores, actitudes para desempeñarse eficientemente y tomar decisiones oportunas que conduzcan al logro de los objetivos en la situación de enfermería.¹

Asimismo, *Aguirre*,¹ en su trabajo sobre el desarrollo de habilidades comunicativas en el enfermero planteó:

El desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional de enfermería, mediante acciones como escuchar empáticamente, con interés y una actitud acorde con la situación individual del enfermo. De esta manera, el enfermo percibe que se comprende sus sentimientos, capta y recibe información y, así, el profesional de enfermería verifica y formula nuevamente el mensaje elaborado y emitido por él mismo. Todo ello transforma la relación

terapéutica en un ideal de interés personal y atención hacia lo que se está desarrollando.

La literatura reporta varios tipos de comunicación. La enfermera debe elegir el modo en que esta se establece, teniendo en cuenta el tipo de paciente, el problema de salud y la situación de enfermería. El proceso de comunicación no solo se realiza en un sentido, sino que también expresamos sentimientos y emociones cuando hacemos esta actividad. Lo importante es desarrollar una buena comunicación según sus posibilidades de salud, que permita una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último se pone en contacto con la enfermera.⁶

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.⁶

Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.⁷

Por otra parte Peplau define la relación enfermera-paciente, como un tipo particular de relación, en la cual la enfermera entrega todo su conocimiento y experticia en función del cuidado.²

Del mismo modo, Morce, cuando identifica los tipos de cuidados, considera que el cuidado como relación interpersonal incluye comunicación, confianza, respeto y compromiso del uno con el otro. Cuando esto ocurre ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la relación enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la relación enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación.⁸

Asimismo, se interpreta la enfermería como la relación que se establece entre el paciente y la enfermera, dotada de un fundamento de conocimientos que le permiten resolver los problemas de la práctica clínica y proporcionar cuidados.

“Tesis Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales

Autora: Yenny Elers Mastrapa; María del Pilar Gibert Lamadrid

Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad Ciencias Médicas. La Habana, Cuba”

2.2.2 Epistemológico

Evolución de las Teorías

La teoría de esta investigación, se fundamenta en los principios sostenidos, aplicados y enseñados por la considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, Florence Nightingale, en su Teoría “La Enfermería Moderna“. Estas investigaciones realizadas por la enfermera Nightingale, le demostró a la corona Inglesa las condiciones de riesgo de salud que tenía los soldados británicos, en el conflicto con Turquía, que no guardaban los

principios de seguridad sanitaria, para evitar la mortandad que se daba innecesariamente. **Teoría Moderna(WLU Press (Wilfrind Laurier University Press)).**

De fe anglicana, creía que Dios la había inspirado para ser enfermera. Alcanzó fama mundial por sus trabajos precursores de enfermería en la asistencia a los heridos durante la guerra de Crimea. A partir de ese momento fue conocida como «la dama de la lámpara», por su costumbre de realizar rondas nocturnas con una lámpara para atender a sus pacientes.

Su trabajo fue la fuente de inspiración de Henri Dunant, fundador de la CRUZ ROJA y autor de las propuestas humanitarias adoptadas por la convención de Ginebra. (https://es.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)

Cuidados de la salud

Los Indios americanos práctica de brutales métodos de tratamiento médico y quirúrgico sin conocimientos médicos. Era propia medicina popular y mágica; Combinaban religión, magia, medicina, cuidados y farmacia. Actividades de cuidados al cargo de Curanderos (brujos) • Sacerdotes: curación de enfermedades de mente y cuerpo.

La mujer india: tenía una posición social muy alta autoridad total en el hogar + cuidado de niños y ancianos, asistencia en el parto, cuidado de enfermos

Enfermería en la época colonial

Enfermería en época colonial no considerada una profesión médica, enfermeras = sirvientas del hospital o doctor. No recibían entrenamiento formal labores de asistencia.

Funciones: • Preparación de medicinas: • Cataplasma: mezcla de hierbas húmedas que se presiona contra parte dolorida o inflamada • Bolos: gran dosis de medicina parecida a píldora • Vendaje y atención de heridas •

Quema de incienso para fumigar y purificar el hospital • Durante guerras: preparar alimentos, limpiar y hacer camas, vendajes.

Principales utensilios de enfermeras:

- a. Coloniales
- b. Vendajes
- c. Entablillados
- d. Torniquetes
- e. Suturas
- f. Vacuna inicio de medicina preventiva e inmunología.
- g. Posteriormente reemplazadas por vacunas investigadas (método modificado, Edward Jenner, 1789, menos peligroso)

Tribunal del real protomedicato

Tribunal del Real Protomedicato: instalado en la Nueva España entre los años 1620-1622 cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicos, cirujanos y farmacéuticos) y de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales. Jerónimo Herrera fue una figura de la medicina Novo hispana.

Tribunal creado en España en el siglo XV, en el XVI se extendió a las colonias, fundándose los protomedicatos de México y del Perú, y más tarde el del Río de la Plata. Suprimido a principios del siglo XIX.

“Historia de la enfermería en América de Origen Hispano”: Fernanda Gonzales Bazalar, 1er Grado en Enfermería, Fundamentos de Enfermería

Figuras Importantes en la Evolución de la Enfermería

- ❖ Fray Pedro de Gante (1523): Escuela de San José de los Naturales formación académica de enfermeros
- ❖ Pedro Claver: Padre de la Enfermería. Visión integrativa-interactiva o de reciprocidad de la Enfermería: Trabajo: defensa de esclavos, cuidado de enfermos (epidemia de viruela, leproserías) y presos

- ❖ Isabel Flores de Oliva: Partera, Cuidado de enfermos. Ayuda espiritual a pobres y esclavos

Bibliografía θ Historia de la Enfermería. M Patricia Donahue ♦ Historia de la Enfermería: un análisis clínico de los cuidados de Enfermería. Juana Hernández Conesa ♦ Enfermería Fundamental. Masson ♦ Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Catalina García Martín-Caro / M^a Luisa Martínez Martín ♦ La Enfermería en la época colonial (www.ehowenespanol.com/Vida) ♦ Perspectiva disciplinar de la Enfermería en la obra de San Pedro Claver (www.culturacuidados.ua.es) ♦ Colonización y conquista de América – Monografías (www.monografias.com)

Teórico

Según las normas técnica de Ministerio de Salud, la Guía Técnica de Implementación ha sido desarrollada con el objetivo de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud, a fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos durante las intervenciones quirúrgicas. (13)

Con el objetivo de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud.

Para el proceso de implementación de dicha Guía Técnica el Ministerio de Salud propone las siguientes etapas:

Etapas I: Planeamiento y Organización

Tiene como objetivo lograr la organización del equipo humano, logístico y otros necesarios para que la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Centro Quirúrgico tenga éxito; involucrando en el proceso a los directivos, jefes de departamentos, jefes de servicios y personal asistencial.

Etapa II: Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Las actividades a desarrollarse durante esta etapa incluyen:

- Designar a un coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

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.

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.

- Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

En todos los establecimientos de salud, públicos y privados (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y del Sub-Sector privado) en los cuales se realizan intervenciones quirúrgicas, el equipo Conductor debe completar la encuesta semestral y enviarla a la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, para su consolidación y análisis.

Etapa III: Evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

En este paso se procederá con la evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto.

El objetivo de este paso es determinar la repercusión a corto y mediano plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de esta estrategia, esto nos proporcionará información que servirá para la toma de decisiones y acciones de mejora futuras.

Etapa IV: Sostenibilidad

En esta etapa se determinan las estrategias para que la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía sea constante y se convierta en una rutina diaria que facilite el desempeño de los procesos en el centro quirúrgico. El objetivo consiste en formular planes de sostenibilidad y proyectos de mejora y decidir cómo velar para que este mejoramiento se mantenga a largo plazo.

2.2.3 Conceptual

A. Lista de Verificación

Una lista de verificación, en inglés: checklist, es una herramienta que se utiliza en diversos ámbitos de la gestión de las organizaciones para extraer una serie de propiedades de aquello que se somete a estudio. Es una lista donde registramos acciones a llevar a cabo cuando queremos conseguir un propósito determinado. Podemos encontrarlas bajo diferentes nombres: lista de control, Checklist u hoja de verificación. (14)

La lista de verificación es muy importante en acciones en la que un olvido puede tener consecuencias nefastas y en situaciones nuevas o recientes,

El checklist se presenta generalmente en forma de preguntas que se responden de forma binaria: lo tiene o no lo tiene, está presente o no está presente, aunque también se pueden dar más de dos opciones de respuesta, pero siempre de forma cerrada, es decir, salvo que se quiera habilitar un apartado de comentarios, las respuestas son sí o no.

La lista de verificación es una de las formas más objetivas de valorar el estado de aquello que se somete a control. El carácter cerrado de las respuestas proporciona esta objetividad, pero también elimina información que puede ser útil porque no recoge todos los matices, detalles, y singularidades.

Un checklist se puede utilizar con finalidades de evaluación, de control, de análisis, y cómo no, de verificación. Del resultado de un checklist se puede deducir el valor de un indicador, o lo podemos utilizar para comparar entre varias opciones, o establecer una foto fija de la situación actual. (14)

B. Lista de Verificación de Cirugía Segura

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención. (15)

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de

chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades. (15)

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. (15)

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como: Las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas. Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano. (16)

Chequeo de cirugía segura

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de

estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades. (16)

Objetivos del llenado de cirugía segura

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como: Las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas.

Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano. (16)

C. Dimensiones de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía

Cada fase, considera lo siguiente:

La Primera Fase: Antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada)

Antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la

vía aérea y las alergias; así como la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia. (17)

La Segunda Fase: Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica)

El equipo confirmará que todos los miembros se presenten por su nombre y su función, confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, se realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía. (17)

La Tercera Fase: Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida)

El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles.

El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gases e instrumental. Mediante la designación de una única persona para confirmar que se cumpla cada ítem de la lista de chequeo, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.

La lista de verificación reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y ayudará a garantizar que el equipo quirúrgico siga de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos. (17)

Es importante el manejo adecuado del check list teniendo en cuenta las tres fases de su proceso para permitir seguridad en el paciente mejorando las intervenciones quirúrgicas y la aparición de eventos adversos.

Parte de introducir y promover la cultura de la seguridad dentro de las unidades hospitalarias, radica en el interés de la propia institución por implementar, promover e incentivar a los equipos de trabajo a desarrollar un pensamiento que permita integrar la calidad de atención y la seguridad del paciente.

El proceso de atención sanitaria, así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio. Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria.

Importancia del check.list.

Son instrumentos que permiten verificar o corroborar ciertos aspectos que son necesarios para realizar un procedimiento o proceso, y con ello prevenir errores médicos y eventos adversos que perjudiquen directamente la salud del paciente, afectando su seguridad y la calidad de la atención de la institución como tal e incluso la confianza que el usuario mantiene en ella.

(18)

El proceso de atención sanitaria, así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio.

Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria, pueden precisar procedimientos diagnósticos o tratamiento

adicional, pueden ser reversibles o no y están relacionadas con éxitos o incapacidad al alta. (18)

La preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria no es un problema nuevo. A partir de los años 90 se empezaron a aportar pruebas científicas en relación con la seguridad del paciente. El estudio Harvard Medical Practice Study 8 en 1991, concluyó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de afectación en el hospital, El 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, y el 14% de los incidentes son mortales. (19)

D. Centro quirúrgico

Es el conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al enfermo. (20)

Función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona el equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficientes y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

La arquitectura del Área Quirúrgica ha de estar pensada para favorecer en lo posible las medidas de asepsia y disciplina encaminadas a prevenir la infección. Al mismo tiempo, tiene que estar sometida a unas reglas determinadas para favorecer estas medidas. Debe estar construida de forma que las zonas limpias estén diferenciadas de las zonas contaminadas sin necesidad de efectuar cruces.

Con relación al resto del Hospital debe:

- Estar aislado del tráfico del Hospital
- Tener acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Urgencias, UCI, Reanimación

- Tener comunicación directa mediante tubo neumático con los Laboratorios, Farmacia,
- RX (Servicio de Radiodiagnóstico), Urgencias
- Tener comunicación directa mediante montacargas con el servicio de esterilización

Con relación al ÁREA QUIRÚRGICA, tres apartados fundamentales:

- Instalaciones
- Dependencias
- Equipamiento

Bloque Quirúrgico

En el Bloque Quirúrgico se distinguen las siguientes zonas:

a.- Zona no restringida:

Comprende los aseos del personal, la zona de recepción de pacientes, el control central de quirófanos, la secretaría del Bloque Quirúrgico, el despacho de la Responsable de Operaciones y Enfermería, el despacho de información de familiares, la sala de trabajo y el estar de personal. El personal que trabaja en el Bloque Quirúrgico viste con pijama verde y zuecos o en su defecto calzas. El resto del personal que acceda directamente desde el exterior del Bloque a alguno de los despachos vestirá ropa de trabajo del hospital. Esta zona está separada de la zona semirrestringida por el control de enfermería de la recepción de pacientes.(20)

En este control se centraliza la petición y recepción de todos los pacientes.

b.- Zona semirrestringida:

Comprende el pasillo de acceso a los quirófanos, los vestuarios y los almacenes. El personal debe ir ataviado con traje quirúrgico, gorro que cubra el pelo completamente y zuecos.

Los pacientes, que son trasladados en su cama o en camilla al quirófano, vestirán camisión abierto y gorro que les cubra el pelo completamente; la ropa de cama será limpia. Dentro de esta zona, se realiza la recepción de material fungible y esterilización, por lo tanto, el personal que hace la entrega, deberá cubrirse con gorro, calzas y bata

Comprende los quirófanos y los pasillos intermedios donde se encuentran los lavabos. Además del traje quirúrgico, el personal utilizará gorro que cubra el pelo completamente y zuecos azules.

Dentro de quirófano y/o cuando en estas dependencias se esté en presencia de personal ya lavado para la cirugía o se vaya a proceder a la apertura de equipo estéril se debe llevar mascarilla que cubra totalmente la boca y la nariz.

No es aconsejable que los pacientes utilicen mascarilla, ya que dificulta el acceso a la vía aérea, pero en quirófano se procurará establecer una barrera entre la zona quirúrgica y la cabecera de la mesa. Serán excepciones a la norma anterior los casos en que así lo indique el protocolo de Medicina Preventiva de manejo de pacientes inmunodeprimidos o portadores de enfermedades transmisibles. (20)

Las puertas de los quirófanos deberán permanecer cerradas salvo para la circulación del personal, los pacientes y el instrumental.

La asignación de los quirófanos a las especialidades la realizarán las Responsables de Operaciones y Enfermería del Bloque Quirúrgico con el objetivo de conseguir la mayor funcionalidad y optimizar la utilización de los recursos.

c.- Zona sucia:

Comprende el pasillo de acceso y las cuatro esclusas de sucio entre quirófanos. Es la zona por donde se evacuan los residuos y los equipos utilizados. En este pasillo el instrumental sucio será depositado por la/el

auxiliar de enfermería en unos contenedores cerrados, que serán recogidos por el personal de esterilización.

Quirófano

El quirófano es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias, que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.(21)

El quirófano es un espacio cerrado que debe ser completamente independiente del resto del hospital; debe pues quedar aislado frente al resto del hospital por una serie de separaciones con las estructuras exteriores. El quirófano permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo inter disciplinario (anestelistas, cirujanos y también radiólogos, gastroenterólogos, neumólogos, enfermeras de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero...) para todos los actos que se hacen bajo anestesia (general o local según el acto que debe efectuarse y el estado de salud del paciente). (21)

Sin embargo, su implantación en el hospital deberá tener en cuenta las relaciones del quirófano con el servicio de las urgencias, el departamento de anestesia-reanimación, la reanimación, los laboratorios, el banco de sangre, la esterilización, la farmacia y los servicios hospitalarios.

El quirófano debe ocupar un lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas estructuras de acogida o de hospitalización así como los servicios médico-técnicos y esto debe guiar su construcción en un nuevo hospital. En el caso de reestructuración o creación de un nuevo quirófano en una estructura arquitectónica antigua, será necesario entonces referirse a dificultades arquitectónicas vinculadas a la existencia de estos edificios, en particular para el tratamiento del aire y la circulación del material y las personas.

El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente. Los principios de la limpieza deben ser codificados por procedimientos escritos discutidos por cada equipo. El preliminar es la evacuación de todos los residuos e instrumentos manchados en sistemas cerrados (contenedores estancos y bolsas herméticamente cerrados). La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente. Para ello, se desinfectan todas las salas de operaciones utilizadas después del final de cada programa operatorio con protocolos de higiene, sin olvidar el resto de las partes del quirófano: oficinas, despachos, vestuarios, etc. (21)

Momentos fundamentales de la cirugía

Preoperatorio

De manera general el preoperatorio se define como el lapso que transcurre desde el momento en que se decide practicar una cirugía hasta que el paciente es trasladado al quirófano; a su vez, se subdivide en mediato e inmediato. (22)

- **Preoperatorio mediato**

Intervalo que acontece desde que el paciente se admite en el hospital, hasta que es trasladado al área quirúrgica. En este periodo la enfermera realiza una serie de acciones para la preparación física y psicológica del paciente que será sometido a cirugía.

- **Preoperatorio inmediato**

Tiempo que pasa desde que el paciente es llevado al área blanca (preoperatorio) hasta que inicia la intervención quirúrgica. La enfermera continúa realizando acciones y cuidados en torno a la preparación del paciente.

Transoperatorio

Es el lapso que transcurre durante la intervención quirúrgica propiamente, en el que se realizan acciones, cuidados y controles, cuyo objetivo es mantener al paciente lo más cercano posible a la homeostasis; también se subdivide en mediato e inmediato. (22)

- Transoperatorio mediato

Lapso que corresponde al momento en que el paciente es recibido en el transfer por la enfermera circulante y concluye hasta que se realiza la incisión.

- Transoperatorio inmediato

Inicia desde que se realiza la incisión, hasta que es dado el último punto de sutura, para el cierre de la herida quirúrgica.

Posoperatorio

Transcurre desde que el paciente sale de la sala y llega a piso u hospitalización. La enfermera realiza una serie de acciones encaminadas a que el paciente recupere su función.

- Posoperatorio mediato

Lapso que va desde que el paciente abandona la sala quirúrgica y permanece en el área blanca (recuperación o posoperatorio) hasta que se decide su traslado a piso u hospitalización, toda vez que sus constantes vitales se encuentren estables.

- Posoperatorio inmediato

Durante este periodo el paciente es trasladado a piso u hospitalización, para de ahí ser dado de alta una vez que se observe franca recuperación. En cualquiera de los tres momentos descritos, la enfermera tiene una trascendental participación para la preparación del paciente que se somete a cirugía. (22)

E. Enfermera quirúrgica

En el hospital moderno la enfermera se ha convertido en un elemento imprescindible debido a que coordina y dirige tiempos y movimientos de toda la estructura hospitalaria. En específico tiene a su cargo no sólo el control de una diversidad de personal profesional, técnico y administrativo con importantes funciones alrededor del paciente; es ella quien interviene respecto de su manejo, ya sea de manera directa o indirecta durante estos tres momentos fundamentales; es la encargada de cuidar de manera continua y permanente al individuo que se somete a cirugía. En consecuencia, son las acciones e intervenciones de la enfermera las que determinan el correcto curso de una intervención quirúrgica y de esta manera se convierte en garante de una atención de calidad. (23)

Es posible entonces definir que una enfermera de la especialidad quirúrgica, forma parte del personal de salud profesional con progresiva exigencia de estudios de especialización, que recibió una instrucción académica concreta del área en cuestión. Es una profesional que tiene como primordial responsabilidad ejercer un criterio analítico y propositivo para poder proyectar las observaciones que considere convenientes al respecto de sus funciones dependientes e interdependientes, mantiene una continua inquietud intelectual, de investigación y participación en diversas actividades científicas; debe estar siempre consciente de que su desempeño, su estricta disciplina y conciencia quirúrgica son la clave del éxito y, sobre todo, de la seguridad en una cirugía. El objetivo común de la enfermera es proporcionar un cuidado eficiente, manteniendo las condiciones asépticas ideales en todo momento. Es un área de la enfermería que comprende la asistencia antes, durante y después de la cirugía (perioperatorio) en la que se aplican y realizan técnicas y procedimientos específicos diferentes especialidades (cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, entre otras). (23)

Características de la enfermera quirúrgica

- Gran resistencia física y mental.
- Buena salud.
- Saber trabajar bajo presión.
- Debe ser abierta y flexible.
- Sólida formación.
- Capacidad de juicio crítico y analítico.
- Habilidad y destreza técnica.
- Alto nivel ético.
- Capaz de brindar buen trato y de estar consciente de las necesidades inmediatas del paciente.
- Conocer a la perfección las normas de seguridad.
- Conocer aspectos legales que implica el trabajo en un quirófano.
- Trabajo en equipo.
- Buenas relaciones interpersonales. (23)

F. Enfermera circulante

La palabra “circular” significa andar o moverse alrededor de, ir, venir, correr o pasar una cosa de unas personas a otras. En este sentido es que el trabajo de la circulante se desarrolla dentro de la sala quirúrgica.

La enfermera circulante es, entonces, la encargada de proveer material y equipo necesario antes, durante y después del acto quirúrgico propiamente, asiste de manera permanente al equipo que se considera “estéril”, llevando y trayendo los suministros necesarios y los que se soliciten, se encarga también de crear y mantener un medio seguro para el desarrollo de la cirugía. Es un nexo de comunicación entre el equipo quirúrgico con el resto de los servicios de la unidad quirúrgica y del mismo hospital. Debe controlar

y coordinar la mayoría de las actividades dentro de la sala; una enfermera circulante efectiva se asegura de disponer, con anticipación, de los artículos, suministros, instrumentos y equipamiento para el acto quirúrgico, además, debe tener la capacidad de obtenerlos con rapidez. (23)

De primera instancia las actividades de la enfermera circulante e instrumentista se llevan a cabo de manera conjunta, así la preparación de la sala antes del ingreso del paciente consiste en las siguientes actividades

- Retirar todo material y equipo que no sean necesarios dentro de la sala quirúrgica.
- Con un paño húmedo, de preferencia con solución desinfectante,
- limpiar el polvo de lámparas, mesas auxiliares, camillas y bancos.
- Verificar que el suelo, paredes y techos se encuentren limpios y libres de suciedad.
- Verificar el correcto funcionamiento de lámparas, tomas de oxígeno y aparatos electromédicos necesarios para la cirugía.
- Confirmar los procedimientos y orden en que los pacientes van a ser intervenidos.
- Verificar que el carro de anestesia cuente con el material y equipo necesarios (cánulas de Rush y Guedel de diferentes calibres, laringoscopios, mascarillas, gasas, micropore). La dotación de los medicamentos anestésicos, en la mayoría de los centros hospitalarios siempre es responsabilidad del médico anesthesiólogo, por ser éstos controlados.
- Tanto la enfermera circulante como la instrumentista se deben encargar de solicitar, en conjunto, el instrumental y equipo requeridos.
- Es muy importante, ya que al final de la cirugía ambas son las responsables del mismo.

G. Enfermera instrumentista

La función esencial de la enfermera instrumentista está en el transoperatorio, sin embargo, la realidad es que cumple con funciones conjuntas en los tres momentos fundamentales de la cirugía junto con el resto del equipo de salud. Es importante referir que las actividades de las enfermeras circulante e instrumentista se estructuran de tal forma que una vez que inicia el procedimiento, la parte estéril —aquella que maneja la enfermera instrumentista— y la no estéril —que conduce la circulante— tienen que efectuarse de manera simultánea, pero sin traspasar esa línea imaginaria que debe marcarse entre el trabajo que cada una de ellas cumple. (23)

Si se parte de la definición de que un instrumento es un aparato o máquina de la cual se puede servir para realizar algún trabajo y que instrumentar, cuyo significado es disponer o preparar, entonces es factible definir a la enfermera instrumentista como aquella que instala y acondiciona el instrumental y equipo estéril necesario para la intervención, que tiene como objetivo principal conservar la seguridad, eficiencia e integridad del campo durante toda la cirugía, además de ser también un miembro estéril del equipo.

En base a lo anterior, las características que más deben prevalecer en ella cuando realiza esta actividad son: resistencia física, habilidad manual, tolerancia a trabajar bajo presión, un amplio conocimiento de la técnica aséptica y la quirúrgica (esto último le permite estar siempre un paso adelante de las necesidades del cirujano y, por consecuencia, del propio procedimiento), debe desarrollar su trabajo con precisión, además de mantener una estrecha comunicación con la enfermera circulante. Es importante recordar que durante el preoperatorio mediato e inmediato existe una corresponsabilidad de las enfermeras circulante e instrumentista para solicitar y preparar lo necesario de acuerdo con el tipo de cirugía que se programa. Derivado de la visita preoperatoria que ambas deben realizar

al paciente, organizan y disponen los insumos más adecuados al tipo de procedimiento. Aun cuando las actividades de cada una pueden estar descritas y delimitadas en el manual de procedimientos del centro hospitalario, es necesario enfatizar que el éxito en mucho depende de la coordinación que ambas mantienen.

Una vez que se terminó de equipar la sala, que el paciente está en proceso de preparación (inducción anestésica, lavado y antisepsia), la enfermera instrumentista debe iniciar la preparación del campo estéril (mesas auxiliares), y de esta manera prepararse para la llegada del cirujano y ayudantes.

2.3 Definición de términos básicos

Aplicación: Es la acción y el efecto de emplear o poner algo sobre otra cosa, emplear o ejecutar algo, atribuir

Buenas prácticas: Acciones apropiadas, científicamente aceptadas y con resultados óptimos.

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección

Entrada: Comprende el Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anesthesiologo y del personal de enfermería.

Paciente de centro quirúrgico: Todo aquel individuo que está programado para ser sometido a una intervención quirúrgica electiva o de emergencia cuyos padecimientos solo pueden ser corregidos por medio de intervenciones quirúrgicas.

Pausa quirúrgica: Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Personal de centro quirúrgico: Es aquel personal de salud conformado por anestesiólogo, cirujano y enfermera; y que tiene la responsabilidad de realizar el llenado la lista de chequeo la cual proporciona parámetros de seguridad al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica.

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

Seguridad quirúrgica: Actividades que se realizan antes, durante y después de una intervención quirúrgica, con procesos protocolares, con el fin de prevenir eventos adversos.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Existe asociación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

3.1.2 Hipótesis Específicas

- a) Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.
- b) Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.
- c) Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

3.2 Definición conceptual de variables

3.2.1 Variable independiente:

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la

seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

3.2.2 Variable dependiente

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

3.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición (1-20)
V.I. Conocimiento de la Lista de Verificación	Conocimiento de la Lista de Verificación de cirugía segura, es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el <u>aprendizaje</u> (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	Entrada	Objetivo principal de la Lista de verificación Responsable de la aplicación de la lista Alergias del paciente Vía área difícil/riesgo de aspiración Riesgo de hemorragia Demarcación del sitio de incisión de cirugía	20 13 03 02 15 20
		Pausa quirúrgica	Confirmación de identidad del paciente Profilaxis antibiótica Verificación de esterilidad de instrumentos y equipos, visualización de imágenes diagnósticas Confirmación del cirujano	20 18 20 20
		Salida	Confirmación de nombre de procedimiento, recuento de instrumentos, gasas y agujas Confirmación de etiquetado de muestras	20

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<p align="center">V. I. Aplicación de la lista de verificación</p>	<p>La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables y su aplicación comprende tres fases: la entrada, la pausa quirúrgica y la salida.</p>	<p align="center">La entrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso de paciente • Comprobación de HC • Comprobación de aparatos de anestesia y la medición anestesia • Verificar riesgo de aspiración y sangrado 	<p align="center">Aplicación adecuada= 1</p> <p align="center">Aplicación inadecuada=0</p>
		<p align="center">Pausa quirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo quirúrgico • Confirman identidad , sitio quirúrgico y procedimiento • Eventos críticos • Administrar profilaxis antibiótica • Imágenes diagnosticas • 	
		<p align="center">Salida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El enfermero confirma el nombre del procedimiento realizado • Recuento de instrumentos, gasas y agujas • Etiquetado de las muestra • Confirma si hay Problemas que resolver • Verificar firmas 	

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, porque se describieron las características de las variables conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, según sus dimensiones.

Correlacional porque se determinó la relación existente entre las dos variables.

Consistió en especificar cómo es y cómo se manifestó un fenómeno. Se buscó especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se midió o evaluó diversos aspectos, componentes o dimensiones del fenómeno a investigar. (24)

Investigación correlacional, porque se midió dos o más variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, solo investiga grados de correlación, dimensiona las variables.

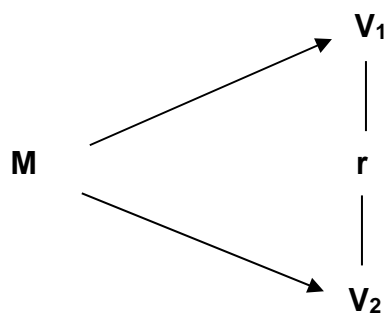
Se midió el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). Los estudios correlacionales miden las dos a más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

4.2 Método de investigación

Esta tesis es resultado de un estudio de tipo cuantitativo porque se utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. (24)

- **Diseño de la investigación**

El presente estudio de investigación fue no experimental porque la variable independiente no se manipula, de corte transversal porque se analizó la relación entre las variables y estudia en un momento determinado adistintos grupos.



En donde:

M = Muestra del estudio (Enfermeras que laboran en el CQ-HGAI, Es Salud)

V₁ = Conocimiento

r = Posible relación entre las variables

V₂ = Aplicación

4.3 Población y muestra

Población:

La población estuvo conformada por 60 enfermeras que laboran en el Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

Muestra:

Para hallar el tamaño de muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño de la población

z = En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{60 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(60 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 55.78$$

$$n=55.78$$

$$n=56$$

Criterios de Inclusión

Las Enfermeras que laboran en el Centro Quirúrgico I del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Criterios de Exclusión

Enfermeras que se desempeñan en el área de apoyo y anestesia

4.4 Lugar del Estudio y período desarrollado:

El estudio evaluativo, se realizó en Septiembre del 2018, a través de ENCUESTAS, entre las enfermeras del Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, cuyos resultados se compararon y evaluaron,

en razón a las normas vigentes para el tratamiento de los pacientes destinados a intervenciones quirúrgicas

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de información documental

- Se aplicaron técnicas de entrevista, se consultó tesis similares, a los que se respetaron la autoría, sirviendo de referencia sus contenidos
- Se revisaron archivos del CQ HGAI, Es Salud

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información se utilizó la técnica de la encuesta y de observación.

Como instrumentos, el cuestionario y la guía de observación.

El cuestionario dirigido a las enfermeras a fin de determinar el conocimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, el cual consta de 12 preguntas dicotómica (si = 1, no = 0), validado mediante juicio de expertos. (Ver Anexo 2).

Se calificó de la siguiente manera:

- Bajo : 12-15 puntos.
- Medio: 16-19puntos.
- Alto : 9-12 puntos

Una guía de observación, que consta de 19 preguntas dicotómica (si = 1, no = 0).

Se calificó de la siguiente manera:

- Adecuada: 0-4 puntos.
- Inadecuada: Medio: 5-8puntos.

El instrumento fue validado mediante juicio de 5 expertos. Y la confiabilidad se realizó utilizando el Alfa de Cronbach, cuyo índice fue 0,7, demostrando que el instrumento es aceptable. (Anexo 3)

La encuesta que se utilizó, fue elaborada con un estricto criterio de alcanzar información sobre la apreciación de la atención que tienen los pacientes que son atendidos en el Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, con relación a la Lista de Verificación de Cirugía Segura en Enfermeras.

Dichas encuestas fueron consultadas en sus resultados con expertos, a quienes se les hizo llegar los contenidos para su orientación correcta.

4.7 Análisis y procesamiento de datos

En la recolección de la información se solicitó permiso a la Dirección del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, a fin de tener facilidades y el número total del personal de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico I. El cuestionario se aplicó al inicio o al final de cada turno según las circunstancias lo permitieron.

En la interpretación de los resultados del estudio, se realizó en base a los objetivos de la investigación. Para el análisis de la información se usó la estadística descriptiva, con tablas de frecuencia con sus respectivos gráficos de barra. El procesamiento estadístico de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows.

En la prueba de hipótesis se utilizó la prueba Chi cuadrado, con un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$).

Se utilizó el Ms Word, Ms Excel, el Ms Power Point, para describir los contenidos

V. RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA 5.1.1
DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I
DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD,
LIMA 2018

		N°	%
Edad	20 - 30	2	3,6%
	31 - 40	18	32,1%
	41 - 50	11	19,6%
	51 - 60	17	30,4%
	60 - 70	8	14,3%
	Total	56	100,0%
Sexo	Masculino	0	0,0%
	Femenino	56	100,0%
	Total	56	100,0%
Estado Civil	Soltero(a)	26	46,4%
	Casado(a)	28	50,0%
	Divorciado(a)	2	3,6%
	Total	56	100,0%
Especialidad en centro quirúrgico	Si	43	76,8%
	No	3	5,4%
	En proceso	8	14,3%
	Estudiando	2	3,6%
	Total	56	100,0%
Labora	Una institución	51	91,1%
	Dos o más instituciones	5	8,9%
	Total	56	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

Se aprecia en la tabla, que la edad predominante que se encuentran dentro del grupo poblacional escogido de 31 a 40 años, 32%(18); el 100% son del sexo femenino, el 50% (28), son casadas, el 76.8%(43), tienen especialidad en Centro Quirúrgico y el 91.1%(51), trabaja en un hospital y el 8.9%(05), lo hace en más de dos Centros de trabajo

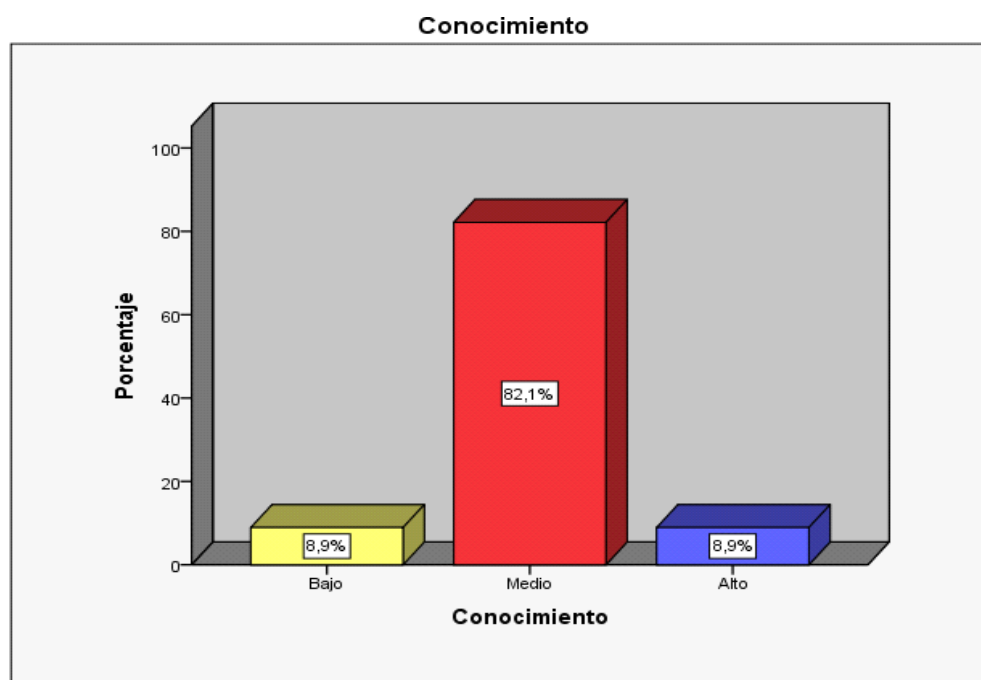
5.2 Resultados Inferenciales

TABLA 5.2.1
CONOCIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN
ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018

	N°	%
Bajo	5	8,9
Medio	46	82,1
Alto	5	8,9
Total	56	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

GRÁFICO 5.2.1
CONOCIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN
ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018



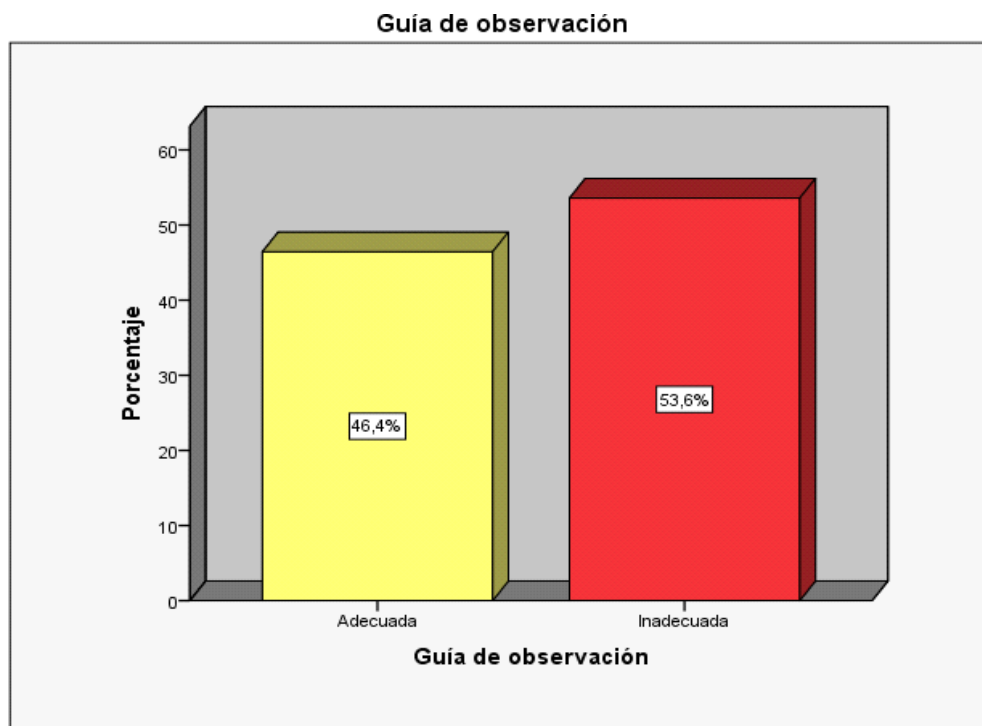
Se demuestra que el 82.1%(46) de enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, presentaron un nivel medio de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, el 8.9%(5) un nivel alto y el 8.9%(5) un nivel bajo de conocimiento.

TABLA 5.2.2
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN
ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018

	N°	%
Adecuada	26	46,4
Inadecuada	30	53,6
Total	56	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

GRÁFICO 5.2.2
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN
ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018



El gráfico demuestra que el 53.6%(30) de enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, aplicaron inadecuadamente lista de verificación de cirugía segura y el 46.4%(26) lo aplicaron de manera correcta.

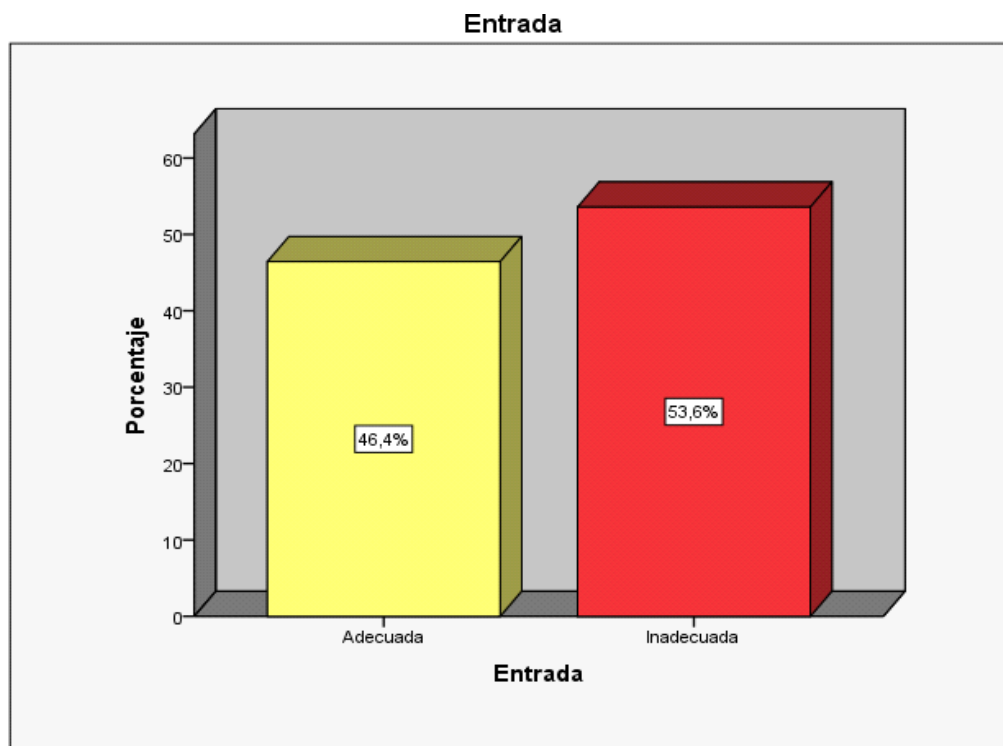
TABLA 5.2.3
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN ENTRADA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I
DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018

	N°	%
Adecuada	26	46,4
Inadecuada	30	53,6
Total	56	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

Demuestra que los rangos de aceptación, están dentro del 5%, que es aceptable

GRÁFICO 5.2.3
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN ENTRADA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I
DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018



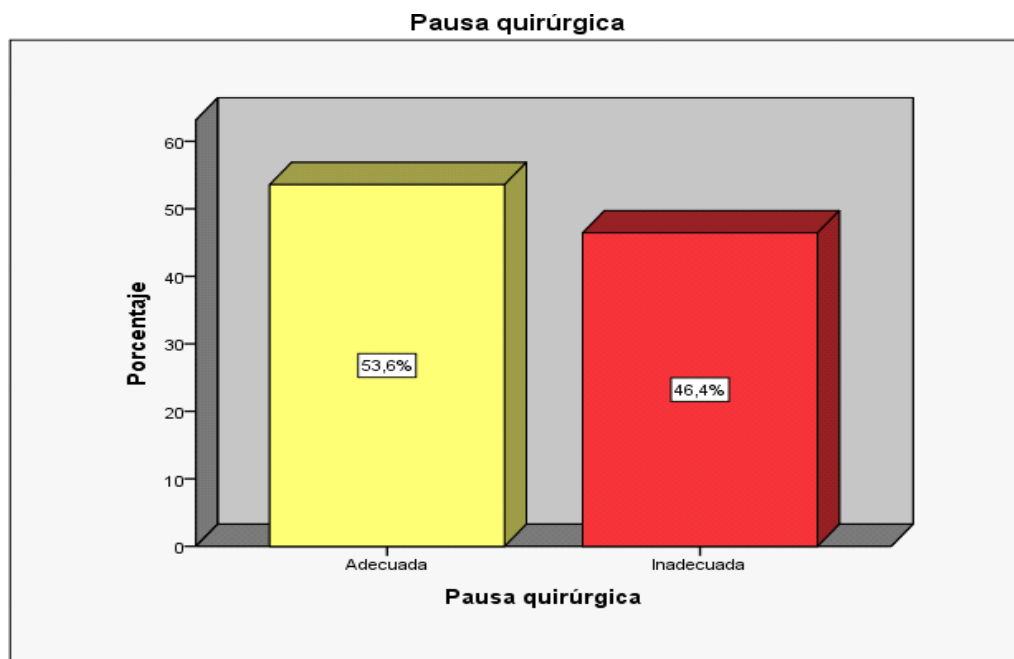
Este cuadro denota, que el 53.6%(30) de enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, asumieron inadecuadamente la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión entrada y el 46.4%(26), lo aplicaron correctamente.

TABLA 5.2.4
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN PAUSA CIRUGÍA EN ENFERMERAS DEL CENTRO
QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018

	N°	%
Adecuada	30	53,6
Inadecuada	26	46,4
Total	56	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

GRÁFICO 5.2.4
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN PAUSA CIRUGÍA EN ENFERMERAS DEL CENTRO
QUIRÚRGICO I DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN EN ESSALUD LIMA 2018



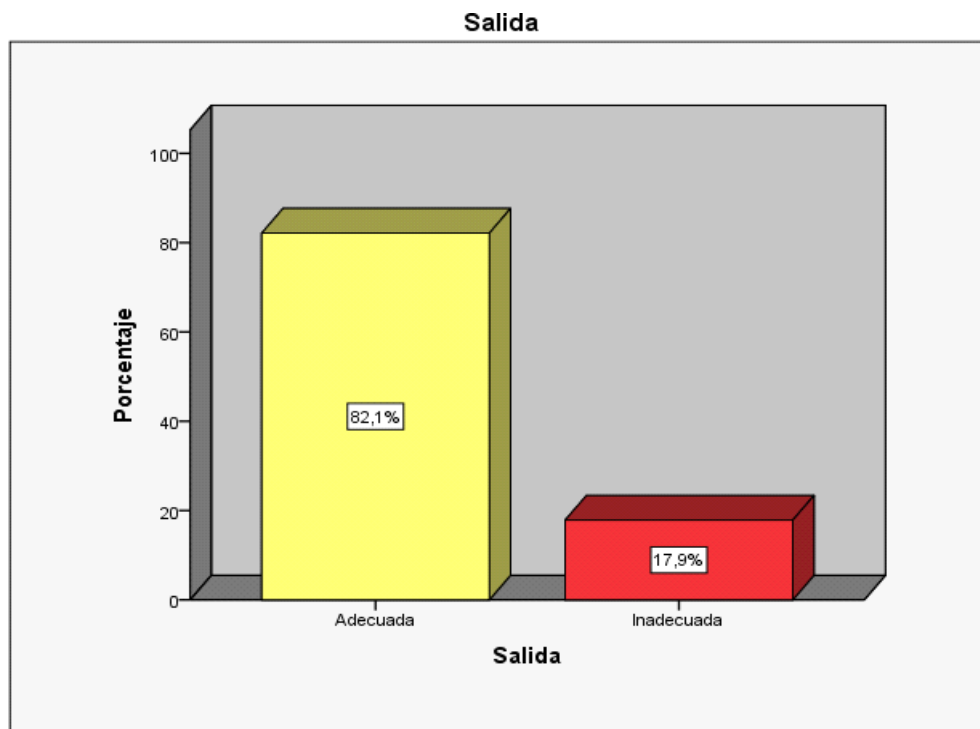
Este gráfico indica que el 53.6%(30), de enfermeras del Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, asumieron adecuadamente lista de verificación de cirugía segura según la dimensión pausa quirúrgica y el 46.4%(26), lo aplicaron de forma correcta.

TABLA 5.2.5
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN SALIDA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018

	N°	%
Adecuada	46	82,1
Inadecuada	10	17,9
Total	56	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras del centro quirúrgico I HGAI EsSalud

GRÁFICO 5.2.5
APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LA
DIMENSIÓN SALIDA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO I DEL
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN ESSALUD
LIMA 2018



Este cuadro refleja que el 82.1%(46), de enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, desempeñaron correctamente la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión salida y el 17.9%(10), lo aplicaron incorrectamente.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación y demostración de la hipótesis con los resultados

- **Prueba de hipótesis general:**

En la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos:

Paso 1 Prueba de hipótesis

Planteo de hipótesis

H: Se aprecia una asociación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima

Paso 2

Nivel de significancia: $\alpha=5\%$

Paso 3: Selección de la prueba estadística

En la contratación de la hipótesis se usó el método estadístico inferencial no paramétrico Chi cuadrado.

El uso del estadístico inferencial no paramétrico chi cuadrado se justifica debido a que se efectuó cruces de variables categóricas con el fin de detectar si existe o no asociación y/o influencia entre dos variables.

Paso 4: Regla de decisión

Si: el valor de probabilidad asociado al chi Cuadrado (p) es menor o igual que 0.05 ($p<0.05$), Entonces: se afirma que la asociación entre las dos

variables es significativa. Si el valor de p mayor que 0.05 ($p > 0.05$), entonces se afirma que la asociación entre las dos variables no es significativa.

- Si el p-valor $<$, entonces se rechaza
- Si el p-valor $>$, entonces no se rechaza
- Siendo $\alpha = 0,05$

Paso 5: Cálculo de la prueba.0

TABLA 6.1.1
PRUEBA CHI CUADRADO CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,810 ^a	2	,004
Razón de verosimilitud	1,930	2	,381
Asociación lineal por lineal	1,579	1	,209
N de casos válidos	56		
a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,32.			

Paso 6: Toma de decisión y conclusiones

Así, $p\text{-valor} = 0.004 < \alpha = 0,05$, entonces se rechaza H_0 . Por lo que se concluye, en base a la prueba de hipótesis que utilizó: Chi cuadrado, con un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$); que si guarda relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, 2018, a un nivel significativo del 5%.

- **Prueba de hipótesis específica 1:**

En la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos:

Paso 1 Prueba de hipótesis

Planteo de hipótesis

H: Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión Entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018

Paso 2

Nivel de significancia: $\alpha=5\%$

Paso 3: Selección de la prueba estadística

En la contrastación de la hipótesis usamos el método estadístico inferencial no paramétrico Chi cuadrado.

La utilización del estadístico inferencial no paramétrico chi cuadrado se justifica debido a que se realizó cruces de variables categóricas con el fin de detectar si existe o no asociación y/o influencia entre dos variables.

Paso 4: Regla de decisión

Si: el valor de probabilidad asociado al chi Cuadrado (p) es menor o igual que 0.05 ($p < 0.05$), Entonces: se afirma que la asociación entre las dos variables es significativa. Si el valor de p mayor que 0.05 ($p > 0.05$), entonces se afirmó que la asociación entre las dos variables no es significativa.

- Si el p -valor $<$, entonces se rechaza
- Si el p -valor $>$, entonces no se rechaza
- Siendo $\alpha=0,05$

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.1.2
PRUEBA CHI CUADRADO CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA:
DIMENSIÓN ENTRADA

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,681 ^a	2	,049
Razón de verosimilitud	3,917	2	,141
Asociación lineal por lineal	3,554	1	,059
N de casos válidos	56		

Paso 6: Toma de decisión y conclusiones

Como: $p\text{-valor} = 0.049 < \alpha = 0,05$, Entonces: se rechaza H_0 . Por lo que se concluye que existe asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, a un nivel de significancia del 5%.

- **Prueba de hipótesis específica 2**

Para la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos:

Paso 1 Prueba de hipótesis

Planteo de hipótesis

H: Guarda asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima.

Paso 2

Nivel de significancia: $\alpha=5\%$

Paso 3: Selección de la prueba estadística

Para contrastar la hipótesis usamos el método estadístico inferencial no paramétrico Chi cuadrado.

El uso del estadístico inferencial no paramétrico chi cuadrado se justifica debido a que se realizó cruces de variables categóricas con el fin de detectar si existe o no asociación y/o influencia entre dos variables.

Paso 4: Regla de decisión

En consecuencia, el valor de probabilidad asociado al chi Cuadrado (p) es menor o igual que 0.05 ($p < 0.05$), entonces se afirma que la asociación entre las dos variables es significativa. Si el valor de p mayor que 0.05 ($p > 0.05$), entonces se afirma que la asociación entre las dos variables no es significativa.

- Si el p -valor $<$, entonces se rechaza
- Si el p -valor $>$, entonces no se rechaza

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.1.3
PRUEBA CHI CUADRADO CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA:
DIMENSIÓN PAUSA QUIRÚRGICA

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,047 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	17,906	2	,000
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	56		
a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,32.			

Paso 6: Toma de decisión y conclusiones

De otro lado: $p\text{-valor} = 0.001 < \alpha = 0,05$, Entonces: se rechaza H_0 . Por lo que se concluye que si existe asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión “Pausa Quirúrgica” en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, 2018, a un nivel de significancia del 5%.

- **Prueba de hipótesis específica 3:**

Para la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos:

Paso 1 Prueba de hipótesis

Planteo de hipótesis

H_1 : No guarda asociación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión Salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

H₁: Si guarda asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.

Paso 2

Nivel de significancia: $\alpha=5\%$

Paso 3: Selección de la prueba estadística

Para la contrastación de la hipótesis usamos el método estadístico inferencial no paramétrico Chi Cuadrado.

La utilización del estadístico inferencial no paramétrico Chi Cuadrado se justifica debido a que se realizó cruces de variables categóricas con el fin de detectar si existe o no asociación y/o influencia entre dos variables.

Paso 4: Regla de decisión

Si el valor de probabilidad asociado al chi Cuadrado (p) es menor o igual que 0.05 ($p < 0.05$), entonces se afirma que la asociación entre las dos variables es significativa. Si el valor de p mayor que 0.05 ($p > 0.05$), Entonces: se afirma que la asociación entre las dos variables no es significativa.

- Si el p -valor $<$, entonces se rechaza

Si el p -valor $>$, entonces no se rechaza

$\alpha=5\%$

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.1.4
PRUEBA CHI CUADRADO CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA:
DIMENSIÓN SALIDA

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,647 ^a	2	,046
Razón de verosimilitud	4,383	2	,112
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	56		
a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,89.			

Paso 6: Toma de decisión y conclusiones

Si solo si: $p\text{-valor} = 0.046 < \alpha=0,05$, Entonces: se rechaza H_0 . Porque se concluye que existe significancia entre la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, a un nivel significativo al 5%.

6.2 Contrastación e interpretación de resultados con el Marco Teórico y estudios similares.

En esta investigación se comprobó las hipótesis del estudio, confirmándose que existen relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, según la dimensión Salida en enfermeras del Centro Quirúrgico 1 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyin en EsSalud, Lima 2018, a un nivel de significancia del 5%

Comparando dicho resultado se encontraron coincidencias con VILLOGAS Asanta Rosa, encontraron relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (11)

El Ministerio de Salud, ha establecido Normas para la Guía Técnica de Implementación y ha sido desarrollada con el objetivo de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud, a fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos durante las intervenciones quirúrgicas. (13)

En esta investigación se comprobó las hipótesis de estudio, confirmándose que guarda relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, a un nivel significativo del 5%.

Respecto al conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, en su mayoría (82.1%) de enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018, presentaron un nivel medio de conocimiento. **Comparando** dicho resultado con otros estudios se encontró que **MORETA D, en Ecuador, en el año 2015**, en el Hospital Eugenio Espejo el principal problema para la aplicación de la lista de verificación es la falta de conocimiento de su importancia.

Existe un bajo porcentaje de cumplimiento completo de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. 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. (7)

Así mismo, la aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura, los resultados mostraron que en su mayoría (53.6%) de enfermeras del Centro

Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima lo aplicaron inadecuadamente, coincidiendo con **AMAYA M, HERNÁNDEZ M,** (4) **en Nicaragua, en el año 2015**, quienes en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca encontraron que el 60% de enfermeras están realizando un manejo inadecuado de la lista de verificación, lo que muestra que hay un déficit en el llenado de la lista de verificación.

También **POZO C, en Ecuador, en el año 2015**, en el hospital metropolitano de Quito mostró que la aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente. (5)

Haciendo una contratación con las teorías de “Relación enfermera-Paciente” y la Lista de Verificación de Cirugía Segura en Enfermeras del Centro Quirúrgico I Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018 , se puede concluir que son el sustento de esta última teoría, para marcar el esfuerzo de comunicación y empatía de la Enfermera-Paciente y establecer la preocupación por la seguridad del paciente, dando las condiciones de comunicación a éste y la conducción a un ambiente garantizado para evitar los riesgos pre operatorios, operatorios y pos operatorios y complementar las teorías de Hildegard E. Peplau: Que establece desarrollar una personalidad creativa, constructiva y productiva en los individuos y la comunidad; **de Ida Jean Orlando Pelletier:** que resalta la interacción con pacientes que necesitan ayuda o reaccionan ante sentimientos y sufrimientos individuales; **de Joyce Travelbee:** que orienta al proceso de relación interpersonal para prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y darle sentido; **de Imogene M. King:** que establece la acción, reacción y relación enfermera-paciente donde se obtiene información y se pactan los objetivos a lograr. Estas ópticas sirven de base para el principio de la seguridad del paciente en el Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, para establecer la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que garantice la reducción de los riesgos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente

Aguirre,¹ en su trabajo sobre el desarrollo de habilidades comunicativas en el enfermero planteó:

Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.⁷

El servicio de enfermería a diferencia de otras profesiones, debe tener en su esencia el principio humano de seguridad y atención al paciente en Centros Hospitalarios; pero, de manera resaltante en los Centros Quirúrgicos, por que el paciente es consciente que se someterá a un procedimiento operatorio.

La necesidad de conocer el nivel de conocimiento y aplicación de las enfermeras del Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en relación a la aplicación de la herramienta LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA. Sugerido por la OMS y que se aplica desde 2013 en los Hospitales de EsSalud, que desde la fecha a todo paciente.

Es de prioridad para la organización recibir un aporte a través de un estudio descriptivo de corte transversal, que situé el nivel de conocimiento de la LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA y su aplicación, al cabo de 6 años de aplicación a todos los pacientes en un centro quirúrgico en donde se realizan cirugías de alta complejidad. De este modo realizar un análisis en donde se establece los nudos para el reforzamiento y la capacitación para el personal de reciente ingreso que tiene que aplicar dicha herramienta.

La seguridad del paciente quirúrgico es la razón que nos lleva a analizar el nivel de aplicabilidad de esta herramienta para la prevención de los eventos

adverso, a los que los pacientes tienen como una amenaza constante al ser sometidos al acto de mayor vulnerabilidad que significa la cirugía.

La búsqueda de evaluar el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación, surge de la necesidad que tiene el investigador en conocer el vínculo entre el acierto o desatino del comportamiento de los profesionales de la salud, inmersos en la atención de los pacientes que acuden al Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen; tratándose de salvar contingencias, tanto en la parte profesional y ética, como de infraestructura y logística existentes, debiéndose considerar los riesgos que traerían ciertos comportamientos hostiles, ofrecidos al paciente, sumados a sus condiciones de salud y morfología.

Es importante puntualizar, que lo prioritario en la labor asistencial es la seguridad del paciente, principio fundamental de la labor de las enfermeras del Centro Quirúrgico, buscándole dar confort y bienestar en el nivel que corresponde a esta noble profesión.

Es de entender que el paciente ingresa regularmente, consciente de lo que tiene, sin conocer el ambiente que se desarrolla al interior de los Centros Quirúrgicos, sin conocer los procedimientos a los que será sometido, como se desarrollará la cirugía y/o que le pasará después de la misma.

Es bueno **mirar el trabajo realizado por la Lic.COSSIO S, MARTICORENA S, en Huancayo, en el año 2017**, desarrollaron la tesis titulada “Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura” en un hospital regional de Huancayo”, con el objetivo de determinar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico. Estudio cuantitativo, cuyo diseño de investigación fue no experimental, transversal de tipo descriptivo.. Concluyendo que la mayoría de enfermeras aplica adecuadamente la lista de verificación de cirugía segura.

Esta es una de las razones a considerar, que para desarrollar investigaciones de este perfil, es necesario considerar propuestas brindadas por otros estudiosos que coadyuvarán a comprender la ocurrencia de hechos que atentan contra la seguridad de los pacientes en los Centros Quirúrgicos y se manifiestan de acuerdo al contexto en el cual se encuentra, dando amplitud de criterio al investigador, para confrontar diferentes escenarios y poderse inclinar por una alternativa válida y razonable que lo utilice como conclusión y recomendación al que arribará al terminar su trabajo investigatorio.

6.3 Responsabilidad ética

Este estudio no significó ningún riesgo a la integridad física y/o psicológica de las personas participantes del estudio.

Autonomía: La autonomía implica el derecho del individuo en aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier nivel del estudio. La aplicación de este principio se realizó mediante la firma del consentimiento informado de cada una de las participantes; se consideró la confidencialidad de la información, pues los instrumentos aplicados fueron anónimos, por no emplearse nombre o algún dato.

Favorecimiento: Al terminó del estudio, la información obtenida será de beneficio para este grupo ocupacional como para otros profesionales, a fin de tomar medidas relacionadas a promover mejor calidad de cuidados de enfermería al paciente.

Justicia: Todos los participantes en el estudio tuvieron un trato digno, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada fueron para fines exclusivos de carácter científico.

Los resultados se han obtenido a través de una encuesta, por lo que declaro que son reales

VII. CONCLUSIONES

1. Guarda asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión entrada en enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, 2018, a un nivel de significancia del 5% (p-valor = 0.049 < $\alpha=0,05$).
2. Se estableció, que existe asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión pausa quirúrgica en enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018, a un nivel de significancia del 5% (p-valor = 0.001 < $\alpha=0,05$).
3. Está demostrado la asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión salida en enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, 2018, a un nivel de significancia del 5% (p-valor = 0.046 < $\alpha=0,05$).

VIII. RECOMENDACIONES

1. En el campo Profesional, se debe inculcar en todos los niveles del uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, de manera que el cumplimiento sea de conocimiento de todo el personal de enfermería involucrada, a través de un programa de capacitación continua, que sea compromiso de la jefa del centro quirúrgico.
2. A los responsables de las jefaturas de los Centros Quirúrgicos de EsSalud, recomendar realizar supervisiones y seguimiento en forma periódica de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, para lograr un nivel de excelencia en la aplicación, reduciendo los riesgos al paciente y de esa manera garantizar la seguridad quirúrgica al 100%.
3. Se debe establecer una cultura de seguridad, incentivando a los profesionales de centro quirúrgico sobre la necesidad de proteger al paciente sometido a un procedimiento quirúrgico.
4. Se debe realizar futuras investigaciones cuasi experimentales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud y hospitales de la red nacional
5. Establecer un mecanismo de control permanente en la red de hospitales de EsSalud, que garantice el cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, en beneficio de los pacientes

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Acreditación Joint Commission International; 2016. Disponible en:
<https://www.clinicaangloamericana.pe/joint-commission-international/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente Versión 1.1. Informe Técnico. Disponible en:
https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA). Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N° 1021-2010/MINSA. Dirección General de Salud de las personas, Lima, Perú; 2011. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf
- AMAYA MURILLO M, HERNÁNDEZ GALÁN M. Dificultades en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en los quirófanos de cirugía general y ortopedia del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el II semestre del año 2014, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/1038/>
- POZO GUTIÉRREZ C. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de Quito en el año 2015. Tesis de posgrado. Universidad Central del Ecuador, Quito; 2015. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>

- ASTUDILLO CAMPOVERDE J, ESPINOSA MUÑOZ K. Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo, abril, septiembre, 2014. Universidad de Cuenca, Ecuador; 2015. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>
- MORETA SANAFRIA D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Tesis de posgrado. Universidad Central del Ecuador, Quito; 2015. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
- ANDRADE PONCE S, Escala Parker C. Impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi errores en colecistectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, de Septiembre 1, 2015 a Enero 31, 2016. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Ecuador; 2016. Disponible en <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6546>
- BECERRA ENEQUE K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura hospital EsSalud. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú; 2014. Disponible en <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/424>
- IZQUIERDO F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. Tesis de maestría. Universidad Nacional

Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2016. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5078>

- VILLOGAS A, BRICEÑO L, MOQUILLAZA K. Conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital Nacional. Tesis de Especialidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; 2017. Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1 HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1 HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" & HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" isAllowed=y" HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" & HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1 HYPERLINK
"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_AlbinoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" & HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_Albinovillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" isAllowed=y" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_Albinovillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y" isAllowed=y

- COSSIO S, MARTICORENA S. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo. Tesis de Especialista. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; 2017. Disponible en http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1 HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y"& HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y" isAllowed=y" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y"& HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1" HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y"&
HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y"isAllowed=y"
HYPERLINK

"http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1372/Aplicacion_CossioPerales_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y"isAllowed=y

- MINISTERIO DE SALUD (MINSA). Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N° 1021-2010/MINSA. Dirección General de Salud de las personas, Lima, Perú; 2011. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf
- Portal calidad. Checklist. Lista de verificación. Disponible en
http://www.portalcalidad.com/etiquetas/240-Checklist._Lista_de_verificacion
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 55° Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1>HYPERLINK
"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"HYPERLINK
"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1>HYPERLINK
"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"&HYPERLINK
"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"isAllowed=y"

HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"&HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1>HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"&HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"isAllowed=y"

HYPERLINK

"<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>"isAllowed=y

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad Manual de Aplicación. Ginebra: Suiza; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1
- OMS. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente; 2008. Disponible en: <https://anestesiario.org/WP/uploads/2010/09/Manual-de-instrucciones-listado-quir%C3%BArgico-HUFA-.pdf>
- PRADO M, RIZO A, FELIPE P, HOYOS A. Seguridad del paciente un compromiso institucional para una atención más segura. Universidad Católica de Manizales. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1>

HYPERLINK

"<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllow>

ed=y"HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y""http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1
HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"&HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"isAllowed=y"HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"&HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1
HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"&HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"isAllowed=y"HYPERLINK

"http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y"isAllowed=y

- MINISTERIO DE SALUD. Magnitud y naturaleza de los eventos adversos. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion_5.pdf
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA. Guía de buenas prácticas para la circulación en el bloque quirúrgico. España; 2014. Disponible en:
http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_bloque_quirurgico.pdf
- BOBIS M, FERNANDEZ R, GONZALES D. Quirófano. Disponible en <https://sistemamid.com/download.php?file=panel/uploads/...El%20quirofano>
- COSSA J. Valoración pre y post operatoria. Departamento Básico de Cirugía. Disponible en:
<http://www.fmed.edu.uy/sites/www.dbc.fmed.edu.uy/files/1.%20Valoraci%C3%B3n%20pre%20y%20post%20operatoria%20-%20J.%20Cossa.pdf>
- RINCÓN SÁNCHEZ S. Manual de enfermería quirúrgica; 2011. Disponible en:
<https://books.google.com.pe>
- HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P. Metodología de la investigación. Sexta edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014.
- “Tesis Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales
Autora: Yenny Elers Mastrapa; María del Pilar Gibert Lamadrid
Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad Ciencias Médicas. La Habana, Cuba”

- Aguirre Raya D. Competencias comunicativas del profesional de Enfermería [tesis]. Universidad de la Habana. Facultad de Comunicación. 2005 [consultado 23 May 2015]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/108/>
- Mckenna HP, Slevishn OD. Nursing Models, Theories and practice. Inglaterra: Blackweel Publishing; 2009.
- Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
- Marriner A, Alligood MR, Modelos y Teorías en Enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
- Van-der CJ, Quiles Y, Quiles MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Consejería de sanidad. Edita Generalitat Valenciana. 2006 [consultado 2 Jun 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/281625924_Tcnicas_de_comunicacin_para_profesionales_de_enfermera
- Leonel AA, Fajardo G, Tixtha, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *EnfNeurol Mex*. 2012 [citado 13 Feb 2015];11(3):138-41. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
- Aguirre Raya D. Fundamentos de la relación enfermera -persona sana o enferma. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [citado 4 Mar 2015];30(4):12-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu10404.htm
- Zalazar AM, Martínez C. Un sobrevuelo de algunas teorías donde la interacción enfermera paciente es el núcleo del cuidado. *Avances de la Enfermería*. 2008 [citado 29 Ene 2015];26(2):107-15. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=528698&>

ANEXOS

ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es la asociación que existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018?</p> <p>¿Cuál es la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018?</p> <p>¿Cuál es la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la asociación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Identificar la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Identificar la asociación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe asociación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p> <p>Existe asociación significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según dimensión salida en enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima 2018.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Conocimiento de la Lista de Verificación cirugía segura</p> <p>Variable 2</p> <p>Aplicación de la Lista de Verificación cirugía segura</p>	<p>Tipo:</p> <p>Investigación Cuantitativa</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptiva correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental De corte transversal</p> <p>Población y muestra</p> <p>56 enfermeras que laboran en el Centro Quirúrgico I del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encuesta - Observación <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario - Guía de observación

ANEXO 02
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE
CIRUGÍA SEGURA**

Introducción

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar los conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud. Agradeciendo su colaboración.

Datos generales

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Estado civil: _____

Tiempo de servicio de enfermería: _____

En Centro Quirúrgico: _____

Labora: En una institución () En dos o más instituciones ()

Instrucciones:

Marque con un aspa (X) la respuesta correcta:

- ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?
 - Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente.
 - Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
 - Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
 - Mejorar la relación médico paciente

- ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de cirugía segura?
 - Enfermero (a).
 - Anestesiólogo (a).

- Cirujano (a).
- Cualquiera puede realizarlo.
- ¿La confirmación de la identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente?
 - Despierto
 - Bajo la anestesia
 - No es necesario
 - Antes que ingrese a quirófano
- Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser aplicada:
 - 24 horas antes de la incisión.
 - 60 minutos antes de la incisión.
 - 30 minutos antes de la incisión.
 - No importa en el momento de administración.
- La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:
 - Antes de la cirugía
 - Durante la cirugía
 - Antes de la inducción de anestesia
 - Después de la salida del paciente del quirófano.
- El riesgo de hemorragia equivale a:
 - Mayor a 200 ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - Mayor a 400 ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - Mayor a 500 ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - Mayor a 1000 ml en adultos y 7ml/kg en niños

- En la pausa de la lista de verificación de cirugía segura
 - Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
 - Es necesario la demarcación del sitio donde se realizará la incisión en cirugías de órganos bilaterales.
 - Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con los demás constantes vitales.
 - El cirujano, enfermera y anestesiólogo no confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.

- En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto:
 - Describir pasos críticos.
 - La duración de la operación.
 - La pérdida de sangre prevista.
 - La técnica quirúrgica.

- En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es incorrecto.
 - Confirmar la esterilidad de equipos
 - Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos.
 - Visualizar imágenes diagnósticas esenciales.
 - Todo es correcto.

- Antes de que el paciente salga del quirófano la enfermera confirma:
 - El recuento de instrumento (gasas y agujas)
 - El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente.
 - Si hay problemas con instrumental y equipos.
 - Todos son correctas.

- Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica.
 - Cirujano
 - Anestesista
 - Enfermera
 - Todos.
- Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía la muestra patológica consta:
 - El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomía patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
 - La rotulación incorrecta de la muestra anatomía patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
 - Las muestras anatomía patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
 - Las muestras anatomía patológicas son de interés únicamente del cirujano.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Introducción:

Esta guía de observación tiene como objetivo comprobar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de enfermeras de Centro Quirúrgico. Se agradece su colaboración.

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Estado civil: _____

Tiempo de servicio de enfermería: _____

En Centro Quirúrgico: _____

Labora: En una institución () En dos o más instituciones ()

Instrucciones:

Marque con un aspa (X) la respuesta observada sobre la aplicación de la lista de verificación por la enfermera circulante, correcto "sí" e incorrecto "no".

N°	Items	Si	No
ENTRADA			
1.	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente.		
2.	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3.	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		
4.	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
5.	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
6.	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
7.	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.		
PAUSA QUIRURGICA			
8.	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.		
9.	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		
10.	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		
11.	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12.	Verifica la confirmación del cirujano: Los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista		
13.	Verifica confirmación de anestesiólogo: Presenta el paciente algún problema específico.		
14.	Verifica la confirmación de la instrumentista: Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
15.	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)		
SALIDA			
16.	Confirma: El nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas.		
17.	Confirma: el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).		
18.	Confirma: si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		
19.	Confirma: Cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente.		

ANEXO 03
FIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,603	19

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	21,50	4,291	,000	,605
VAR00002	20,73	3,327	,503	,531
VAR00003	21,20	3,579	,283	,578
VAR00004	20,77	2,981	,719	,476
VAR00005	21,50	4,291	,000	,605
VAR00006	21,12	3,384	,372	,558
VAR00007	21,25	3,500	,367	,560
VAR00008	21,25	4,082	,010	,631
VAR00009	21,43	4,140	,079	,606
VAR00010	21,50	4,291	,000	,605
VAR00011	21,32	3,640	,340	,567
VAR00012	21,48	4,181	,168	,598
VAR00013	21,50	4,291	,000	,605
VAR00014	21,50	4,291	,000	,605
VAR00015	21,12	3,675	,201	,598
VAR00016	21,50	4,291	,000	,605
VAR00017	21,32	3,968	,113	,608
VAR00018	21,50	4,291	,000	,605
VAR00019	21,50	4,291	,000	,605

ANEXO 04
BASE DE DATOS DEL CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1
3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
6	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
7	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1
8	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
9	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
10	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
11	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
12	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
13	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
14	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1
17	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
18	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1
19	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
20	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
21	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
23	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1
24	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
25	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1
27	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
28	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
29	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1
30	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
31	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1
32	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0
33	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1
34	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1
35	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
36	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
37	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
38	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
39	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
40	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1
41	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
42	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
43	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
44	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
45	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1
46	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
47	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
48	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
49	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
50	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
51	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
52	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1
54	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
55	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
56	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1

ANEXO 05
BASE DE DATOS DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
7	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
8	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
11	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
12	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
13	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
14	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
15	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
16	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
20	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
21	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
22	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
23	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1
24	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
25	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
27	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
46	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
47	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
48	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
49	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
50	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
51	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
52	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
53	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1
54	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
55	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO 06
RESULTADOS ITEMS POR ITEMS

	Incorrecto		Correcto	
	N°	%	N°	%
ITEM1	0	0,0%	56	100,0%
ITEM2	5	8,9%	51	91,1%
ITEM3	20	35,7%	36	64,3%
ITEM4	16	28,6%	40	71,4%
ITEM5	36	64,3%	20	35,7%
ITEM6	29	51,8%	27	48,2%
ITEM7	16	28,6%	40	71,4%
ITEM8	25	44,6%	31	55,4%
ITEM9	34	60,7%	22	39,3%
ITEM10	10	17,9%	46	82,1%
ITEM11	33	58,9%	23	41,1%
ITEM12	8	14,3%	48	85,7%

	No		Si		Total	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
VAR00001	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00002	43	76,8%	13	23,2%	56	100,0%
VAR00003	17	30,4%	39	69,6%	56	100,0%
VAR00004	41	73,2%	15	26,8%	56	100,0%
VAR00005	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00006	21	37,5%	35	62,5%	56	100,0%
VAR00007	14	25,0%	42	75,0%	56	100,0%
VAR00008	14	25,0%	42	75,0%	56	100,0%
VAR00009	4	7,1%	52	92,9%	56	100,0%
VAR00010	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00011	10	17,9%	46	82,1%	56	100,0%
VAR00012	1	1,8%	55	98,2%	56	100,0%
VAR00013	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00014	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00015	21	37,5%	35	62,5%	56	100,0%
VAR00016	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00017	10	17,9%	46	82,1%	56	100,0%
VAR00018	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%
VAR00019	0	0,0%	56	100,0%	56	100,0%