

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA
SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN PROFESIONALES DE LA SALUD
DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA, 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

REYNA ROSA CHOQUEMALLCO TICONA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, 2017

TESIS PRESENTADA POR:

REYNA ROSA CHOQUEMALLCO TICONA

Fecha de Sustentación: 19 - Julio - 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DEL JURADO : M.Sc. CHRISTIAN WILLIAM JARA ZEVALLOS

PRIMER JURADO : M.Sc. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

SEGUNDO JURADO : M.Sc. YANETH ROSARIO ZEGARRA PALOMINO

TERCER JURADO/ ASESOR : Mg. NURY GLORIA RAMOS CALISAYA

PUNO - PERU

2017

Área : Adulto
Línea : Salud del Adulto
Tema : Seguridad del paciente

DEDICATORIA

*A mis padres, Lucía y Martín,
por apoyarme en todo momento
a pesar de las adversidades.*

*A mis hermanos, Juan Carlos y Rubén que,
a pesar de la distancia, siempre estuvieron
motivándome; a mi hermana Jovana que
siempre me apoyó en cada momento.*

A mis amigas y amigos, por estar a mi lado.

R. Rosa

AGRADECIMIENTO

Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano, a la Oficina de Capacitación y al Departamento de Enfermería, quienes me apoyaron para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional del Altiplano, y a la Facultad de Enfermería por prepararme con ímpetu, valores y sabiduría, para la vida.

A mi directora M.Sc. Nury Gloria Ramos Calizaya que me guió con tolerancia en la realización del Presente Proyecto.

A los miembros del jurado, M.Sc. Chrintian Willian Jara Zevallos, M.Sc. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda y M.Sc. Yaneth Rosario Zegarra Palomino; quienes me apoyaron formulando preguntas y correcciones que sirvieron como aportes para la realización del presente proyecto.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	6
ACRÓNIMOS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	20
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL AREA DE INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II	23
REVISIÓN DE LA LITERATURA	23
2.1. MARCO TEÓRICO	23
2.2. MARCO CONCEPTUAL	40
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	41
CAPÍTULO III	42
MATERIALES Y MÉTODOS	42
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46
CAPÍTULO IV	48
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1. RESULTADOS	48
4.2. DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: CONOCIMIENTOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2017	48
TABLA 2: CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, SEGÚN LOS TRES MOMENTOS QUE BRINDA: ENTRADA, PAUSA QUIRÚRGICA Y SALIDA.....	49
TABLA 3: COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN PROFESIONALES DE LA SALUD: CIRUJANOS, ANESTESIÓLOGOS Y ENFERMERAS.....	50

ACRÓNIMOS

HCMM	: Hospital Carlos Monge Medrano.
LVCS	: Lista de Verificación de la Cirugía Segura.
LVSC	: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
LVQ	: Lista de Verificación Quirúrgica.
MINSA	: Ministerio de Salud.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar el Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2017; fue un estudio de tipo descriptivo - comparativo con diseño no experimental de corte transversal, la muestra fue de 46 profesionales que cumplieron los criterios de inclusión; entre Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento, un Cuestionario para la Evaluación del Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, establecida por la Organización Mundial de la Salud, adoptada por el Ministerio de salud, para el procesamiento de datos se utilizó el análisis estadístico porcentual. Se llegaron a los siguientes resultados: el 19% de Cirujanos, 0% de Anestesiólogos y el 38% de Enfermeras poseen conocimiento **deficiente** sobre la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, el 55% de Cirujanos, 14% de anestesiólogos 50% de Enfermeras poseen conocimiento **regular** y finalmente, 23% de cirujanos, 86% de anestesiólogos y 50% de enfermeras, poseen un nivel de conocimiento **bueno**. El momento del proceso quirúrgico que mayor conocimiento poseen, es el de la **SALIDA**. Además, el 100% de profesionales está de acuerdo con la implementación de la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía y se determinaron que los principales inconvenientes para la correcta ejecución de la lista fueron la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad en el equipo quirúrgico.

Palabras clave: Evaluación, Conocimiento, Lista de Verificación, quirófano.

ABSTRACT

The present study was conducted with the objective of determining the knowledge on the checklist in the safety of the Surgery, in Health Care Professionals in the service of Operating Room of the Hospital Carlos Monge Medrano of Juliaca, 2017; it was a descriptive study - a non-experimental design with a comparative cross-sectional study, the sample was composed of 46 professionals who met the inclusion criteria; among surgeons, anesthesiologists and nurses. The technique was the survey and the instrument, a questionnaire for the assessment of knowledge on the List of Surgical Safety Checklist, which was established by the World Health Organization, adopted by the Ministry of Health. They arrived at the following results: 19% of surgeons, 0% of anesthesiologists and 38% of nurses have **inadequate knowledge** on the List of Surgical Safety Checklist (LVSC), the 55% of surgeons, 14% of anesthesiologists 50% of nurses have **regular knowledge** and finally, 23% of surgeons, 86% of anesthesiologists and 50% of nurses, possess a level of knowledge **well**. The time of the surgical process that greater knowledge they possess, it is the **output**. In addition, the 100% of professionals is in accordance with the implementation of the LVSC and determined that the main drawbacks for the proper implementation of the list were the lack of awareness of its importance and the lack of unity in the surgical team.

KEYWORDS: Evaluation, Knowledge, Checklist, OR

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes, es entendida como la dimensión de la calidad asistencial, busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención de salud, es por ello, un aspecto clave del ámbito asistencial.⁽²⁶⁾

Es así, que la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocida en todo el mundo, donde estudios realizados en varios países confirman la magnitud y omnipresencia del problema. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial.⁽²³⁾

El propósito de la cirugía es salvar vidas, no obstante, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En muchos países se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente.⁽²³⁾ Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.⁽²⁴⁾

Es así que, no es raro leer o escuchar noticias como: “se amputa pierna equivocada”, “entra vivo y nunca más despierta de la cirugía”, “se opera para ser bella y muere”, situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de cirugía segura, desistiendo del propósito de la cirugía que es salvar vidas; la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, y causar repercusiones importantes en la salud. El Perú no es ajeno a esta problemática, a nivel nacional alrededor de 0.24% - 0.38% de pacientes intervenidos quirúrgicamente, tienen algún tipo de infección asociada a la intervención de salud. ⁽⁴⁹⁾

Es por esta razón que el presente trabajo de Investigación es imprescindible, debido que actualmente, existe carencia de estudios relacionados al presente tema, tanto a nivel nacional y regional, siendo el presente estudio el primero en llevarse a cabo dentro de la región de Puno. Los resultados de este trabajo beneficiaran a un significativo número de personas que diariamente son tratados, con algún tipo de intervención quirúrgica; siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar innecesariamente a la muerte; además permitirá determinar el conocimiento de los profesionales de la salud, respecto a la LVSC, siendo los conocimientos, un punto de partida para evitar los daños que se puedan ocasionar en el acto quirúrgico. Por lo expuesto, se ha formulado la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud que laboran en el Servicio de Quirófano en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?.

El estudio está dirigido, con el objetivo de Determinar el conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del servicio de quirófano en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2017, la metodología utilizada fue de tipo descriptivo comparativo, con diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 46 profesionales de la salud, entre cirujanos, anestesiólogos y enfermeras. Para hallar los resultados se aplicó, el cuestionario para la evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consta de 10 preguntas. Los profesionales que participaron cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para tal caso, el

instrumento fue sometido a la prueba de confiabilidad.

El presente Estudio de Investigación está organizado en siete capítulos, los cuales son respectivamente: Capítulo I: Introducción; conformado por el problema de investigación, los antecedentes de la investigación, la formulación del problema, importancia y utilidad del estudio, objetivo general como los específicos y la caracterización del área de investigación. Capítulo II: Revisión de Literatura; constituida por el marco teórico y conceptual e hipótesis de la investigación. Capítulo III: Materiales y Métodos; en donde se detalla el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos junto con la validez y confiabilidad, el procesamiento y análisis de datos. Capítulo IV: Resultados y Discusión de la investigación. Finalmente los en los dos últimos capítulos se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Puede estimarse que anualmente se realizan 234 millones de cirugías mayores en los países más desarrollados del mundo. Este aumento de los actos quirúrgicos ha llevado consigo, un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado en un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. ⁽¹⁾ Algunos autores concluyen en que la tasa de complicaciones en cirugía en general sería del 36%, pero que los efectos adversos ocurridos en los quirófanos podrían ser la causa de hasta un 18%. ⁽²⁾

El estudio realizado en México en el año 2011, se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina el área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación. Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente. ⁽³⁾

Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas de Salud. ⁽²⁸⁾ Además de las infecciones relacionadas con la atención de salud que son un problema cada vez mayor. Los pacientes se hacen cada vez más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan cada vez enfermedades más graves. Se calcula que entre el 5 % y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales modernos del mundo desarrollado contraen una o más infecciones; en países en desarrollo, el riesgo de contraer

infecciones nosocomiales es entre 2 y 20 veces superior al del mundo desarrollado; en algunos de ellos la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%.⁽²⁹⁾

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

En Perú como en muchos países, el año 2010 según resolución ministerial N° 308 – 2010/MINSA (Ministerio de Salud) se aprobó la “lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía”, esta lista se decreta como una herramienta imprescindible para mejorar la atención hospitalaria, por lo que su implementación es necesaria legalmente, el MINSA implemento la Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, con la finalidad de “disminuirlos eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud”.⁽⁴⁾

En el Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, donde se realizan en promedio 10 intervenciones quirúrgicas diariamente, en el 2014 se implementó la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía “LVSC”, (bajo resoluciones Directorales que se elaboran anualmente) con el fin de reducir las complicaciones quirúrgicas, según la Guía Técnica de Implementación de la LVSC del MINSA. Sin embargo se observó durante las practicas pre – profesionales que la LVSC no estaba siendo aplicada según la Guía Técnica, y muchas veces los cirujanos y anestesiólogos se mostraban renuentes a participar; además se logró percibir que muchos de los formatos de la LVSC, no se encontraban completamente llenados, algunos formatos se encontraban llenados incorrectamente, y no todos los miembros del equipo quirúrgico firmaban al final

del formato, como lo indica la guía técnica y la Organización Mundial de la Salud.

Ante ésta problemática, la investigación planteada, contribuirá a generar un modelo para entender el nivel de conocimiento de los profesionales que laboran en el servicio de quirófano, y de esta manera buscar una solución ante la problemática encontrada. Así mismo, los resultados contribuirán a definir estrategias para mejorar la calidad de atención durante el acto quirúrgico, reducir el número de complicaciones y evitar la morbimortalidad operatoria del paciente. Por otro lado, la investigación será fuente bibliográfica para docentes y estudiantes, debido a que el tema es el primero en investigarse dentro de nuestra región; y será de utilidad para definir nuevos esquemas de investigación.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A) A NIVEL INTERNACIONAL

Un estudio realizado en Chile en el año 2011, bajo el título de “Percepción de los Profesionales de Salud del uso de Listas de Chequeo para la Seguridad de la Atención del Paciente”, con el objetivo de conocer la percepción que los profesionales de salud tienen del uso de listas de chequeo. El estudio fue de tipo cualitativo de tipo fenomenológico, donde se entrevistó a 15 profesionales de la salud pertenecientes a diversos sub departamentos del Hospital Base Valdivia donde deberían usarlas. Se obtuvo como resultado que los profesionales conocen las listas de chequeo como instrumentos que sirven para corroborar información necesaria del paciente para algún tipo de procedimiento que se realiza, considerándolas importantes dentro sus labores diarias. Además reconocen que disminuyen en gran parte los errores médicos mejorando la calidad de atención y seguridad del paciente, lo que otorga a la institución de salud un reconocimiento por su confiabilidad.⁽⁵⁾

Por otro lado, el mismo año en Medellín, Colombia un estudio titulado como “Evaluación de la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Hospital General de Medellín. Febrero a Marzo de 2011”, con el objetivo de Analizar el comportamiento de eventos adversos antes y después de

implementar la lista de chequeo para seguridad en cirugía de la OMS en el Hospital General de Medellín, Colombia. El estudio fue de tipo transversal se encuestaron 220 pacientes con cirugía mayor entre Febrero y Marzo de 2011 en el Hospital General de Medellín. Como resultado se obtuvo que los ítems de la lista de verificación se cumplan correctamente en porcentajes mayores al 90%. El ítem de menor cumplimiento es el de la presentación completa de todos los miembros del equipo quirúrgico, incluidas las funciones que desempeñan, que se realizó en el 86% de los casos. El 97% de los pacientes recomiendan este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción significativa de los eventos adversos en cirugía después de la implementación de la lista de chequeo 7.26% en el 2009 y el 3.29% en el 2010.⁽⁶⁾

En Ecuador, en el año 2014, el estudio titulado “Verificación de la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014”, con el objetivo de Verificar la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, Abril a Septiembre, 2014, de tipo descriptivo con un universo de 452 cirugías, cuya técnica usada fue la del cuestionario elaborado con base de datos de la OMS; obteniendo como resultados, el llenado del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente.⁽⁷⁾

En Ecuador en el año 2015, el 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.” Con el objetivo de Determinar el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS, en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2015 a través de una encuesta directa;

el estudio fue de tipo descriptivo, comparando a tres grupos profesionales; anestesiólogos, enfermeras y cirujanos; se aplicó una encuesta directa a 61 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión, obteniéndose como conclusiones: El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. ⁽⁸⁾

Otro estudio en Ecuador en el año 2015, el 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”. Con el objetivo de Verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, a partir de ítems verificables por el paciente. El estudio fue de tipo y diseño descriptivo, en donde se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía electiva o de emergencia, bajo anestesia general o regional, de todas las especialidades y que se encontraban en el periodo postoperatorio mediato, en el mes de marzo 2015. Llegando a los siguientes resultados: 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%. Un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores en la cirugía, el 89% de pacientes respondió haberse sentido seguro en quirófano, y un 99% de pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. ⁽⁹⁾

En Guayaquil, Ecuador, en el año 2016, un estudio titulado como “Impacto de la Aplicación del Checklist de Cirugía Segura como Modificador de la Incidencia de Eventos Adversos, Centinelas y Cuasi-Errores en Colectectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil, de Septiembre 1, 2015 a Enero 31, 2016”, con el objetivo de Determinar el impacto de la Aplicación del Checklist de Cirugía Segura como Modificador de la Incidencia de Eventos Adversos, Centinelas y Cuasi-errores en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. El estudio fue

de tipo descriptivo y de diseño observacional transversal retrospectivo, donde se evaluó a un total de 209 pacientes, llegando a las siguientes conclusiones: durante el periodo de septiembre 2015 a enero del 2016 se realizaron 207 colecistectomías tanto por laparotómicas como por laparoscópicas en pacientes. De estos 207 tan solo en 148 de estas tenían los checklist de cirugía segura completos lo cual representa el 71.5%, los 59 restantes se encontraban incompletos lo cual representa el 28.5% esto indica un alto incumplimiento de la norma de seguridad.⁽¹⁰⁾

B) A NIVEL NACIONAL

El estudio de investigación realizado en Chiclayo en el año 2014, bajo el título “Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas en el Proceso de Implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSa, Chiclayo Perú, 2014”, con el objetivo de describir y analizar las Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque, el estudio tuvo como muestra once enfermeras quirúrgicas; los datos se obtuvieron mediante la entrevista semi estructurada. El estudio concluyó dando tres categorías y subcategorías: Categoría I: La experiencia de implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura: beneficios y dificultades; Categoría II: Lista de Verificación: Cirugía Segura, una responsabilidad compartida Categoría III: El costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.⁽¹¹⁾

Posteriormente en el año 2015 en Lima, el proyecto 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” con el objetivo de 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. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 57 historias clínicas, la técnica empleada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. Llegando a los siguientes resultados; el 100% 57 Historias clínicas, un 68% no cumple la lista de verificación de

cirugía segura (LVCS), y un 32% cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% y un 9% No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% y un 23% No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% y un 42% No Cumple.⁽¹²⁾

En otro estudio realizado en Lima en el mismo año, el estudio titulado “Percepción del Equipo Quirúrgico Sobre la Utilidad y Aplicación de la Lista de Verificación para una Cirugía Cardiovascular Segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de ESSALUD - 2014 “ con el objetivo de Determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular - EsSalud. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 41 profesionales de la salud entre enfermeras del centro quirúrgico, enfermeras perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares, se usó la técnica de la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que: En relación a la **utilidad** de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable. En relación a la **aplicación** de la LVCS, se incluyó que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una **percepción favorable**.⁽¹³⁾

En Lima, en el 2017, el estudio titulado “Cumplimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Especialidad de Traumatología en un Hospital Nacional de Lima, 2017”, con el objetivo de determinar el Cumplimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental. El estudio se realizará con una población constituida por un total de 540 listas de verificación de cirugía segura durante el primer trimestre del 2017, para la recolección de datos se aplicará la técnica de la observación.⁽¹⁴⁾

C) A NIVEL LOCAL

No se encontraron estudios relacionados al tema de investigación.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud que laboran en el Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio reside gran importancia porque permitirá que los resultados del estudio de investigación se constituyan en información significativa para los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano (Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras) del Hospital Carlos Monge Medrano (HCMM) de la Ciudad de Juliaca, permitiendo determinar el conocimiento de los profesionales de la salud, respecto a la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía según su opinión, además de identificar las posibles dificultades al momento de su aplicación; con la finalidad de reducir el número de errores y complicaciones de origen quirúrgico; además de que los profesionales, se comprometan en su labor actuando en forma responsable y dedicada, para de esta manera, garantizar una cirugía segura en el paciente. Así mismo contribuirá en mejorar la seguridad de sus operaciones, para un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Los resultados serán de gran utilidad al Servicio de Quirófano y el Departamento de Capacitación del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca, para que determinen estrategias que permitan que los profesionales se capaciten sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía. Además contribuirá a que las enfermeras (profesional encargado de la ejecución del checklist en el HCMM) se empoderen para llevar a cabo la correcta aplicación de la misma. Así mismo, será fuente bibliográfica y referencial, para los docentes y estudiantes que deseen realizar proyectos de investigación.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

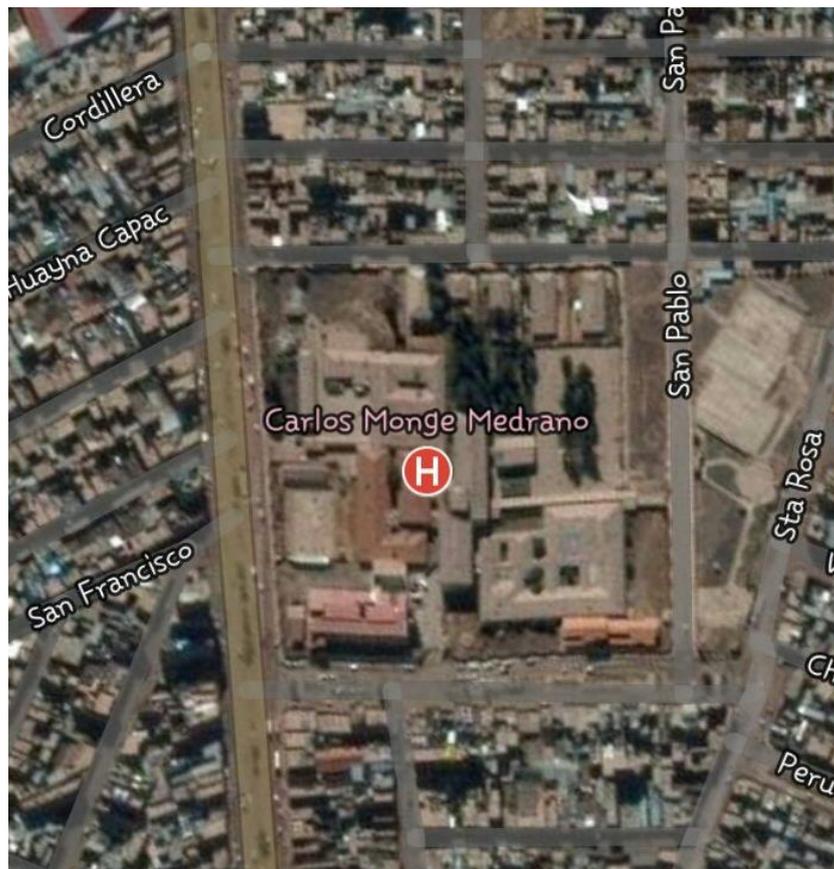
Determinar el conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2017.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre la Lista de verificación en la Seguridad de la Cirugía según los tres momentos que brinda: entrada, pausa quirúrgica y salida.
2. Comparar el conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía entre profesionales de la salud: Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL AREA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en el Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano (HCMM), ubicado en la avenida Huancané, en el km 2 de la salida a la provincia de Huancané, Distrito de Juliaca y Provincia de San Román, dentro de la jurisdicción de la región Puno, en el sur este de Perú. El HCMM, es un hospital de nivel II-2, con capacidad de atender diversos tipos de emergencias, además de realizar intervenciones quirúrgicas de Cirugía mayor y menor, en donde laboran profesionales de salud competentes, para atender la demanda de salud de la población.



Fuente: google maps



Fuente: google

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento es el estado de quien conoce o sabe algo, se adquiere mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza aprendizaje y testimonios de terceros.⁽¹⁵⁾ Es una capacidad humana, y su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza aprendizaje.⁽¹⁶⁾ Del mismo modo el conocimiento permite obtener cambios de conducta obtenidos para la experiencia que admita encarar situaciones futuras en forma diferente.⁽¹⁷⁾

Desde el punto de vista filosófico, el proceso de conocimiento y de sus productos constituye la esencia de la llamada teoría del conocimiento. Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como partes participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo.⁽¹⁸⁾

El primer paso en el conocimiento es la percepción mediante los sentidos de un sujeto que puede conocer, de un objeto que puede ser conocido. Esta percepción por sí misma no establece distinciones entre las diferentes sensaciones percibidas, por lo que el hombre realiza operaciones que le permitan organizar, codificar y reproducir las imágenes sensoriales que se han almacenado en la memoria.⁽²¹⁾

No obstante, conocimiento puede ser de diferentes clases: cotidiano, pre-científico y científico, empírico y teórico. El conocimiento científico y el empírico difieren de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. El primero utiliza esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verifica su coherencia externa y somete a prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis. Los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan a la constancia de los hechos y a su descripción.⁽¹⁸⁾ En cambio los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia.

El conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia convierte en preciso lo que el sentido común conoce de manera nebulosa; la ciencia es más que sentido común organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta mejorar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él.

El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con la finalidad de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. Estas pueden ser todo lo audaces o complejas posibles pero en todos los casos deben ser puestas a prueba. La forma de hacerlo es por medio de la observación y experimentación.

En el conocimiento se hallan frente a frente la conciencia y el objeto, el sujeto y el objeto. El conocimiento se presenta como una relación entre estos dos miembros, que permanecen en ella eternamente separados el uno del otro. El dualismo de sujeto y objeto pertenece a la esencia del conocimiento. La relación entre los dos miembros es a la vez una correlación. El sujeto sólo es sujeto para un objeto y el objeto sólo es objeto para un sujeto. Ambos sólo son lo que son en cuanto son para el otro. Pero esta correlación no es reversible. Ser sujeto es algo completamente distinto que ser objeto. La función del sujeto consiste en aprehender el objeto, la del objeto en ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.⁽²²⁾

2.1.2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

El Dr. Wilfredo Huertas Bazalar y Gomes⁽¹⁹⁾ definen tres niveles de conocimientos, los cuales son:

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

2.1.3. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dentro del proceso de la evaluación, es necesario adjuntar un valor sobre los aprendizajes (medición del aprendizaje), para este propósito generalmente se emplean categorías con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la categorización numérica o sistema vigesimal es objetiva al momento de la calificación.⁽²⁰⁾

Categoría numérica o sistema vigesimal: es un sistema para valorar rasgos de conocimiento subjetivo, a través de categorías que indiquen el grado o intensidad en que un “conocimiento”, que se desarrolla, se estanca o degenera, al que se designa valores de 0 a 20 puntos según como corresponda o al nivel que llegue el conocimiento.

La clasificación dentro de los intervalos de la categoría numérica es un criterio del investigador, previo análisis y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias.⁽²⁰⁾

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

Nivel de conocimientos Bueno	= 16-20
Nivel de conocimientos Regular	= 11-15
Nivel de conocimientos Deficiente	= 0-10

2.1.4.LA CIRUGÍA

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento.⁽²³⁾

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor.⁽²³⁾

En el 2002, el Banco Mundial informó que aproximadamente 11% de la carga total de morbilidad, fueron producidas por condiciones que se podían tratar de manera quirúrgica.⁽²⁴⁾

2.1.5.SEGURIDAD Y LA ANESTESIA

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados.⁽²³⁾

Hace 30 años, el riesgo de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de 1 entre 5000. Con los avances de los conocimientos y de las normas básicas de atención, así como la mejora de la monitorización, la implantación de guías clínicas y protocolos de actuación y el entrenamiento mediante simulación, entre otras medidas, el riesgo se ha reducido en un mundo desarrollado a un riesgo 40 veces menor.⁽²⁵⁾

En algunos países existen Normas Oficiales en donde se explica el proceder del anestesiólogo, tanto en los requerimientos de equipamiento y monitorización como en la autorización previa del paciente y sus familiares; además de que el paciente debe estar acompañado por una persona responsable.⁽²⁵⁾

2.1.6. SEGURIDAD Y EL PACIENTE

La seguridad de los pacientes, entendida como la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, es un aspecto clave del ámbito asistencial. Su relevancia nace del imperativo ético de la no maleficencia “*primun non nocere*” y del convencimiento de que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atención de salud recibida, la cual se espera sea sanadora y proporcione una mejor calidad de vida. Recientemente se ha acuñado el término “cultura de seguridad”: el profesional, los pacientes y el resto de los agentes del sistema han de conocer que, si bien el error humano puede aparecer, hay que adoptar las medidas para que las causas que lo producen sean reducidas de forma sistemática.⁽²⁶⁾

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

mostró los siguientes “errores frecuentes” en la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología: errores técnicos, falta de toma de precauciones, carencias en la utilización de exámenes complementarios, faltas en la actuación frente a estos, medicamentos incorrectos (ya sea en las dosis o en el propio fármaco), inadecuada monitorización y comunicación incorrecta.⁽²⁶⁾

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

Otro de los problemas quirúrgicos es el olvido de instrumentos o de gasas en el interior del organismo. Gawande reportó que ocurrían aproximadamente 2.700 casos cada año en Estados Unidos, con un coste de unos 36.000 dólares del año 2004 por cada caso.⁽²⁶⁾

Es por los constantes “errores” que el objetivo de una atención quirúrgica segura consiste en el desarrollo de sistemas de atención seguros, con una búsqueda de la prevención del error en Cirugía y de los eventos adversos; en síntesis, una atención sin errores.⁽²⁷⁾ El paciente quirúrgico reúne 3 características distintivas que lo hacen más susceptible a enfrentar los riesgos y el potencial daño causado por un error durante su proceso de atención:

1. La ausencia de mecanismos de defensa. La anestesia disminuye el alerta y el dolor, el mecanismo de defensa fundamental y más primitivo.
2. Toda intervención quirúrgica representa una agresión traumática o bien una invasividad de envergadura.
3. El paciente quirúrgico transcurre su estadía hospitalaria por diversos sectores: unidad de guardia, sala de internación, quirófano, sala de recuperación, unidad de cuidados

intensivos, servicios de diagnóstico por imágenes, etc., y para cada uno de ellos representa un nuevo paciente y cada sector se encuentra carente de la totalidad de la información detallada del cuadro clínico y de los antecedentes para un correcto manejo.

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

2.1.7. APORTES DE LA OMS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente ha sido desde siempre centro de la atención y del esfuerzo de los profesionales e instituciones sanitarias.⁽²⁸⁾ Aunque su importancia fue puesta especialmente de manifiesto a partir del informe “Errar es humano construyendo un sistema sanitario más seguro”, publicado en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos.⁽²⁹⁾ Este informe orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones sanitarias internacionales al desarrollo de estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la atención sanitaria.

Las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas Sanitarios.⁽³⁰⁾ Además de que, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son un problema cada vez mayor. Los pacientes se hacen cada vez más vulnerables a los procesos infecciosos porque presentan cada vez enfermedades más graves; se calcula que entre el 5 % y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales modernos del mundo desarrollado contraen una o más infecciones; en países en desarrollo, el

riesgo de contraer infecciones nosocomiales es entre 2 y 20 veces superior al del mundo desarrollado; en algunos de ellos la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%.⁽³¹⁾ Sobre la base de los mejores datos disponibles se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1,4 millones de casos de infecciones contraídas en centros de salud.⁽³²⁾

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

En sentido a lo establecido en la 55 Asamblea Mundial de Salud; la 57^a Asamblea Mundial de Salud acogió la propuesta de establecer una alianza internacional que facilitase la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsar el logro de mejoras a escala internacional.⁽³²⁾

En la asamblea mundial del 2004 se acordó organizar una alianza internacional para la seguridad de los pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre del mismo año. La alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.⁽³³⁾

a. RETOS

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

- Una atención limpia es una atención más segura. Su objetivo prioritario es el de asegurar que la mejora de la higiene de las manos esté en la agenda de las

organizaciones sanitarias para promover la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y sus consecuencias.⁽³⁴⁾

- La cirugía segura salva vidas. El centro de este programa es la lista de verificación quirúrgica como herramienta para mejorar la seguridad en cirugía.⁽³⁵⁾
- Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. Tercer reto de la Organización Mundial de la Salud lanzado en 2010 para promover el uso prudente de los antibióticos en humanos, veterinaria y agricultura y promover la investigación en ese campo.⁽³⁷⁾

b. ACCIONES PRINCIPALES

Entre las acciones principales cabe destacar:

- Pacientes por la seguridad del paciente. Orientada a la creación de una Red de Pacientes y Consumidores por la seguridad del paciente.⁽³⁸⁾
- Sistemas de notificación y aprendizaje.⁽³⁹⁾
- Gestión del conocimiento.⁽⁴⁰⁾
- Prácticas clínicas seguras.⁽⁴¹⁾

El primer Reto Mundial que se eligió, es el que plantean las infecciones asociadas a la atención de salud, y en 2005 y 2006 la labor se orientó por el lema «Una atención limpia es una atención más segura», donde la idea fue la de catalizar el compromiso mundial para lograr que la atención limpia sea una realidad cotidiana en todos los lugares en los que se proporciona atención de salud.⁽³²⁾

La higiene de las manos es una acción muy sencilla con la que pueden reducirse considerablemente las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y sus riesgos. El Reto Mundial en pro de la seguridad del paciente el 2005 – 2006 combino las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria con acciones en curso encaminadas a mejorar la seguridad de las transfusiones, de las inyecciones e inmunizaciones de las prácticas clínicas, del agua y saneamiento y la gestión de residuos.⁽³³⁾

El título del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007, en pro de la seguridad del paciente “la cirugía segura salva vidas” sobre la seguridad de prácticas quirúrgicas, cuyo objetivo fue de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.⁽³²⁾

En el 2008 la Alianza lanzó su segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente.⁽⁴²⁾ Este reto pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se consolidó la Lista de verificación de la seguridad en cirugía, compuesta por un conjunto de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención.⁽⁴²⁾

2.1.8. GENERALIDADES DE LA LVSC

Como consecuencia al segundo reto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente “la cirugía segura salva vidas”, se publicaron guías aplicables, dirigidas a reducir eventos adversos, tanto en pacientes que reciben tratamiento médico, como a pacientes que reciben tratamiento quirúrgico.⁽³⁰⁾

El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente compuesto por cirujanos, anestesistas, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificó diez objetivos fundamentales, recogidos en la «Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía»⁽⁴²⁾; a través de estos objetivos se pretende guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos en tres momentos distintos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de la incisión cutánea (PAUSA QUIRURGICA) y antes de que el paciente salga de quirófano (SALIDA). El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la Cirugía, es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. Su implantación puede mejorar la

seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, y olvido de cuerpos extraños.

2.1.9. APLICACIÓN

Una sola persona por turno quirúrgico debe ser el Coordinador, responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y chequear las casillas del listado, esto es esencial para su éxito. Se recomienda que sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica.⁽⁴³⁾

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.⁽⁴⁴⁾ La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico:

- El periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada)
- El periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica)
- El periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.⁽⁴⁶⁾

A. ENTRADA

La Entrada ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería.⁽⁴³⁾ El coordinador de la

lista de chequeo puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los controles en la Entrada son los siguientes:

1. Obtención del consentimiento informado.

Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia.⁽⁴³⁾

2. Confirmación de la identificación del paciente, localización quirúrgica y procedimiento.

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y la localización de la cirugía. A pesar de que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o un procedimiento erróneo. Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como niños o pacientes incapacitados, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol.

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

El coordinador de la lista de chequeo ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un rotulador permanente), fundamentalmente en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).⁽⁴³⁾

4. Chequeo de seguridad anestésica completado

El coordinador rellenará este paso preguntando al anestesista sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso.

- Airway equipment; un examen del equipo para la vía aérea;

- Breathing system: respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios);
- SuCtion: aspiración;
- Drugs and Devices drogas y dispositivos;
- Emergency medications: medicación de emergencias, equipamiento, confirmandosu disponibilidad y funcionamiento.

5. Pulsioximetría en el paciente y funcionando

El coordinador de la lista de chequeo confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro, y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debería estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno.⁽⁴³⁾

6. ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?

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

7. ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea?

Aquí el coordinador confirmará verbalmente con el anestesista que ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria, ajustar el abordaje de la anestesia, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado, un segundo anestesista, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos. En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla debería marcarse sólo (empezada la inducción anestésica) una vez que el anestesista confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente.

8. ¿Tiene el paciente riesgo de perder >1000cc de sangre?

Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de un litro de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre. Ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente con una pérdida de sangre >1000cc (ó 15cc/Kg). En el caso de niños, la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre/fluidos.⁽⁴⁵⁾

B. PAUSA QUIRÚRGICA

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (Pausa quirúrgica).⁽⁴³⁾ La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.⁽⁴⁴⁾

1. Cirujano, enfermera y anestesista confirman verbalmente el paciente, la localización, el procedimiento y la posición

Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista de chequeo, u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento, y confirma verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma, y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “Vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina?” Esta casilla no debería marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo.

2. Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador preguntará en voz alta durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out) si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis; la casilla debe dejarse en blanco si no se proporciona dosis adicional. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (p.e. en casos en los que no hay incisión de la piel, o en casos de contaminación en los que se da tratamiento antibiótico), puede marcarse la casilla de “No aplica” una vez que el equipo confirma esto verbalmente.

3. Anticipación (previsión) de incidentes críticos

La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. Para asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente, durante la “Pausa quirúrgica” el coordinador de la lista de chequeo guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los peligros críticos y de planes de la intervención. Si es así, el coordinador deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de “No aplica”.⁽⁴³⁾

4. Visualización de las imágenes esenciales

Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out), el coordinador preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso.

C. SALIDA

La Salida (Sign out) ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse

por la enfermera circulante, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio, y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental.⁽⁴⁶⁾

1. El cirujano repasa con todo el equipo

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

2. El anestesista revisa con todo el equipo

- Los eventos intraoperatorios importantes
- El plan de recuperación

3. La enfermera revisa con todo el equipo

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

La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental. La enfermera debería confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa.⁽⁴⁶⁾

La enfermera circulante y/o la enfermera instrumentista deberían revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo. Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de

drenajes, medicación, y fluidos que no estén claros.⁽⁴⁶⁾ Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.⁽²²⁾

2.1.10. NECESIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Para lograr un cambio en la matriz de enseñanza-aprendizaje de cirugía segura, en Argentina, se ideó un ensayo preliminar donde se insinuaron las dificultades que traería un cambio de organización: había inicialmente más fallas que operaciones, fundamentalmente debidas a factores humanos como, por ejemplo, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la lista de verificación quirúrgica, señalados previamente al ensayo en una instrucción dirigida tanto a médicos como al personal paramédico (instrumentadoras, enfermeras, técnicos) y cuya acción u omisión podían hacer insegura esa cirugía al producir un evento adverso. Estas fallas se debían a la falta de aplicación de la lista de verificación y no a una técnica quirúrgica inadecuada que podía poner en riesgo al paciente quirúrgico. ⁽⁴⁴⁾

La insuficiente comunicación y/o falta de información como así también la sobrecarga de trabajo, y la escasa atención a las responsabilidades de los distintos roles quirúrgicos, revelaron la necesidad de diálogos de instrucción a todo el personal involucrado para poder implementar este programa.⁽⁴⁵⁾

Debido a esto, para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos la organización mundial de la salud dispone “investigación encaminada a promover la seguridad del paciente”.⁽⁴⁷⁾

2.1.11. PERÚ Y LA LISTA DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

En el marco de estos esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones y errores adversos de origen quirúrgico, el Ministerio

de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Calidad), en un trabajo conjunto con el Colegio Médico del Perú, propone la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, pretendiendo abordar cuestiones de seguridad, tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos.⁽⁴⁶⁾

En ese sentido, la Alta Dirección debe fortalecer en los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo del nivel nacional la mejora de la calidad; priorizar la gestión de riesgos; y vigilar la seguridad de las prestaciones, a través de herramientas como la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, cuya implementación disminuiría la ocurrencia de eventos adversos.⁽⁴⁶⁾

Para responder el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “La Cirugía Segura Salva Vidas”, nuestro país mediante la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud.⁽⁴⁾

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

2.2. MARCO CONCEPTUAL

A. LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

El checklist, o LVQ, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad

del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios.⁽⁴⁴⁾

Esta lista de control de cirugía segura (OMS) tiende a promover el desarrollo de prácticas seguras, fácilmente reconocidas, fomentar una mejor comunicación en el trabajo de un equipo multidisciplinario y se debe poner todo el empeño educativo con ese objetivo.⁽⁴⁵⁾

B. INTERDISCIPLINARIEDAD

Es la interacción entre dos disciplinas o más; existe una coordinación efectiva entre disciplinas o profesiones cuyas fronteras se mantienen, adquiriendo sin embargo cierta permeabilidad que permite, por un lado realizar intercambios significativos entre disciplinas facilitando por otro, una cierta integración de la acción final producida.⁽⁴⁸⁾

C. MULTIDISCIPLINARIEDAD

Quiere decir la suma de varias disciplinas; una yuxtaposición o mosaico en que varias disciplinas se reúnen para trabajar juntas de manera coordinada, a veces sin relación aparente entre sí, contribuyendo al desarrollo del conocimiento.⁽⁴⁸⁾

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El conocimiento sobre la Lista de verificación en la Seguridad de la Cirugía de los Profesionales de la Salud, es regular.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO

El presente estudio es de carácter descriptivo porque permitió conocer, identificar y describir el conocimiento de los profesionales de la salud respecto a la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía. Además el estudio fue comparativo porque se estudiaron tres grupos de profesionales de la salud de diferentes especialidades, para explicar el conocimiento de cada uno de los grupos.

3.1.2. DISEÑO

Se utilizó el diseño no experimental de corte transversal; en este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito esencial es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

La población está constituida por:

Profesionales	N°
Cirujanos	35
Anestesiólogos	7
Enfermeras	10
Total	52

Fuente: oficina de planeamiento estratégico del HCMM

3.2.2. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para este trabajo de investigación la muestra estuvo conformada por 46 profesionales de la salud, que cumplieron los criterios de inclusión.

3.2.3. EL TIPO DE MUESTREO

El tamaño de la muestra es no probabilística, obteniéndose la muestra por conveniencia, conformado por profesionales de salud que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, siendo sujetos a esta, 46 profesionales de la Salud, entre Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras que laboran en el Servicio de Quirófano.

a) Criterios de Inclusión

- Profesionales de la salud, que laboran en quirófano (Cirujanos, Anestesiólogos, y enfermeras)

b) Criterios de Exclusión

- Médicos residentes.
- Enfermeras de reemplazo en quirófano.
- Profesionales que laboran en quirófano (Anestesiólogos, Cirujanos y enfermeras)

- que no deseen participar en el estudio.
- Profesional médico de reemplazo en quirófano.
 - Profesionales que se encuentren de vacaciones.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

Se utilizó la encuesta para evaluar el conocimiento, dirigida a los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano.

3.3.2. INSTRUMENTO

Para medir el conocimiento se aplicó un cuestionario, la Encuesta directa para la evaluación del conocimiento de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, establecida por la Organización Mundial de la Salud, que consta de 10 preguntas, elaborado por la Médico MORETA, D. en Ecuador (2015). (VER ANEXO 2)

3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la correcta obtención de datos, el instrumento se sometió a prueba piloto, aplicándose a 10 profesionales de la salud del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, se determinó la confiabilidad con el alfa de cronbach (ANEXO 3), siendo el resultado 0.86, que demuestra que el instrumento es confiable. Los resultados determinaron la reformulación de algunas, para el correcto entendimiento de la ejecución.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a) Se realizaron los trámites administrativos en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Altiplano de Puno para obtener las facilidades en la recolección de datos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, para la cual se obtuvo la autorización y carta de presentación de la Decana de la Facultad de Enfermería.
- b) Se realizaron los trámites en la oficina de Capacitación del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca:
 - Se envió solicitud dirigida al Director del Hospital Carlos Monge Medrano.
 - Se envió solicitud dirigida al Director de la Oficina de Capacitación del HCMM.
- c) Se realizaron los trámites en la Dirección y Jefatura de Enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca.
 - Se presentó el documento de aceptación de la ejecución del Proyecto de investigación y carta de presentación a jefatura de enfermería.
- d) Se presentó el objetivo de la investigación a la jefa del servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano.
 - Se presentó carta de presentación y aceptación de la ejecución del Proyecto de investigación a la Jefa del Servicio de Quirófano.
- e) Se presentó el objetivo de la investigación a cada participante de la investigación.
- f) Se entregó el cuestionario a cada participante en los horarios que faciliten para la prueba.
- g) Se otorgó un tiempo prudente de 10 – 20 minutos para el llenado del cuestionario.
- h) Se verifico el llenado del cuestionario y que todos los ítems estén marcados.
- i) Se agradeció a cada participante por colaborar con la investigación.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de datos se realizó las siguientes acciones:

- Se codifico las encuestas y se verifico las respuestas obtenidas
- Para la cuantificación de cada variable se realizó a través de la base de datos de WORD y EXCEL, para el cálculo de porcentajes y cuadros estadísticos unidimensionales.

$$X = \frac{x}{100}$$

- Se determinó la Escala de Evaluación, se determinó trabajar con la Escala Vigesimal; la consolidación de la calificación de las proposiciones se realizó en tres categorías como: **bueno, regular y deficiente**. Los enunciados N° 4, 5 y 6 fueron preguntas cerradas excluyentes, al ítem acertado se le consigno dos puntos y a la no acertada 0 puntos. Los enunciados N° 9 y 10 fueron consideradas como preguntas cerradas no excluyentes, por lo que a cada ítem se le dio un valor de dos puntos, por respuesta y 0 puntos por no responder el ítem.

Calificación del instrumento para el objetivo general

Nivel de conocimientos BUENO	= 16-20 pts.
Nivel de conocimientos REGULAR	= 11-15 pts.
Nivel de conocimientos DEFICIENTE	= 0-10 pts.

Calificación del instrumento para los objetivos específicos

Para Identificar el conocimiento sobre la Lista de verificación en la seguridad de la cirugía según los momentos de ENTRADA, PAUSA QUIRÚRGICA Y SALIDA

Conoce (acertada)	= 2pts
No conoce (no acertada)	= 0pt

Para Comparar el conocimiento sobre la lista de verificación en la seguridad de la cirugía entre profesionales de la salud: Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras.

Nivel de conocimientos bueno	= 16-20 pts
Nivel de conocimientos regular	= 11-15 pts
Nivel de conocimientos deficiente	= 0-10 pts

Se analizaron e interpretaron los cuadros, identificando datos relevantes.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- a. Para ejecutar el estudio de investigación se tuvo en cuenta la Autorización del Departamento de Capacitación y al Director del HCMM, además de la Jefatura de Enfermería pertinente.
- b. La información obtenida se consideró confidencial, garantizando salvaguardar la privacidad de los profesionales de la salud, respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, para tal fin, la encuesta fue anónima.
- c. Se detalló a los participantes que el uso de los datos sólo tienen fines de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

OG

TABLA 1: CONOCIMIENTOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2017

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES	N°	%
Bueno	17	37%
Regular	20	43%
Deficiente	9	20%
Total	46	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales que laboran Quirófano del HCMM 2017

El presente cuadro refleja el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía. Los resultados muestran que un porcentaje de 43% de profesionales tienen conocimiento **regular** sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, un 37% tiene conocimiento **bueno** y finalmente el 20% de los profesionales poseen conocimiento **deficiente** respecto a la misma.

OE – 01.-

TABLA 2: CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, SEGÚN LOS TRES MOMENTOS QUE BRINDA: ENTRADA, PAUSA QUIRÚRGICA Y SALIDA

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SEGÚN MOMENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION	ENTRADA		PAUSA		SALIDA	
	N°	%	N°	%	N°	%
CONOCE	19	41%	16	35%	37	80%
NO CONOCE	27	59%	30	65%	9	20%
TOTAL	46	100%	46	100%	46	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales que laboran Quirófano del HCMM 2017

En el cuadro se observa que el 41% de profesionales de la salud **conocen** los procedimientos del momento de la ENTRADA, y el 59 % de Profesionales, **no conoce**. El 35% de profesionales de la salud, encuestados **conocen** los procedimientos del momento de la PAUSA QUIRURGICA, el 65% restante **no conoce**. Finalmente, el 80% (la mayor parte de encuestados) **conocen** los procedimientos y solo un 20% de encuestados **no conocen** sobre el momento de la SALIDA del acto quirúrgico. (VER ANEXO 5)

OE – 02.-

TABLA 3: COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN PROFESIONALES DE LA SALUD: CIRUJANOS, ANESTESIÓLOGOS Y ENFERMERAS

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujanos		Anestesiólogos		Enfermeras	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	7	23%	6	86%	4	50%
Regular	18	58%	1	14%	1	12%
Deficiente	6	19%	0	0%	3	38%
Total	31	100%	7	100%	8	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales que laboran Quirófano del HCMM 2017

El cuadro muestra que del 100% de profesionales encuestados, el 86% de profesionales anestesiólogos tienen conocimiento **bueno**, a comparación del 50% de las profesionales enfermeras y un 23% de profesionales cirujanos, que también tienen conocimiento **bueno**. Además, el 58 % de profesionales cirujanos tienen conocimiento **regular** a comparación del 14% de profesionales anestesiólogos y el 12% de profesionales enfermeros que de igual manera, tienen conocimiento **regular**. Finalmente el 19% de profesionales cirujanos tienen conocimiento **deficiente** a comparación del 38% de profesionales enfermeros que de igual manera poseen conocimiento **deficiente**.

4.2. DISCUSIÓN

- A) Debido a que existe un gran número de morbi-mortalidad operatoria en todo el mundo, en el presente estudio se determinó el nivel de conocimiento sobre la lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía, en Profesionales de la Salud del servicio de quirófano en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca; puesto que, los conocimientos científicos en el profesional de la Salud permiten obtener cambios de conducta obtenidos para la experiencia que admitirá encarar situaciones futuras en forma diferente.⁽¹⁷⁾ y de este modo suplir frente a adversidades que pudieran ocasionarse dentro del proceso quirúrgico.

Es así que, el conocimiento científico descarta conocimientos o hechos, produce nuevos y los explica. Es decir no se limita a los hechos observados; sino que analiza la realidad con el fin de ir más allá, rechazando algunos hechos, selecciona los que se consideran relevantes, los contrasta y en la medida de las posibilidades los reproduce.⁽¹⁸⁾ En tanto para medir los conocimientos de los profesionales, se tuvo que encuestarlos, tomando en cuenta la noción de que: La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico.⁽²²⁾

Los resultados obtenidos en el Presente estudio, muestran que la gran mayoría de profesionales, entre Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras tienen un nivel de conocimientos **regular**, donde los profesionales reconocen parcialmente los conocimientos y los relacionan con dificultad en el cuestionario que se les brindó. Los resultados, se asemejan parcialmente con los hallados por Moreta D. que concluye que, El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura son regulares, debido a 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.⁽⁸⁾ Del mismo modo, Astudillo C.⁽⁷⁾ en su estudio concluye que la LVSC se cumple (en el Hospital donde realizó el estudio) de manera óptima en un 91.9%, no obstante es óptima relativamente en distintos momentos de la LVSC, el preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se

cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente; lo que indica, que el conocimiento de los Profesionales podría llegar a ser BUENO Y REGULAR, parcialmente; evidenciándonos por el porcentaje de llenado de la LVSC, en distintos momentos.

Así mismo, los resultados hallados por Cuq B.⁽⁵⁾ en su estudio, concluye en que los profesionales conocen las listas de chequeo como instrumentos que sirven para corroborar información necesaria del paciente para algún tipo de procedimiento que se realiza, considerándolas importantes dentro sus labores diarias. Además reconocen que disminuyen en gran parte los errores médicos mejorando la calidad de atención y seguridad del paciente, lo que otorga a la institución de salud un reconocimiento por su confiabilidad. A Diferencia de los resultados que se encontraron en el presente estudio, los resultados son opuestos. Debido a que los profesionales encuestados tienen dificultades en reconocer parte de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, evidenciando con un nivel de conocimientos **regular**.

En Guayaquil, Andrade P.⁽¹⁰⁾ concluye que el impacto de la Aplicación de la LVSC, es positivo en la muestra que estudio, lo que lleva a emitir el juicio crítico, de que, para haber un resultado positivo, el conocimiento de los profesionales, debe ser óptimo. El conocimiento del profesional de la Salud se evidencia en la correcta aplicación de la LVSC, con la finalidad de reducir los errores y complicaciones de origen quirúrgico. En países industrializados se registraron complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor.⁽²⁵⁾ Las complicaciones anestésicas son una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo⁽²³⁾ además de los problemas más importantes en los hospitales son las infecciones nosocomiales, olvido de instrumentos o de gases en el interior del organismo⁽²⁵⁾; siendo estos casos, los que repercuten en la Seguridad del Paciente durante el Proceso Quirúrgico.

- B) Respecto al conocimiento sobre la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía según los tres momentos que brinda la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: entrada, pausa quirúrgica y salida. La OMS, en sus proyectos por salvaguardar la Seguridad del Paciente, Velando por su Salud, crea las iniciativas de: Una atención limpia es una atención más segura.⁽³⁴⁾ Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos⁽³⁷⁾ y la cirugía segura salva vidas⁽³⁵⁾, en donde nace la LVSC, la misma que posee tres momentos, además, es una herramienta con la que, adicionalmente de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios.⁽⁴³⁾

En el presente estudio se encontró que el los profesionales de la salud, **no conoce** los momentos de la ENTRADA y PAUSA, no obstante **conocen** el momento de la SALIDA del proceso quirúrgico, cabe aclarar que el checklist, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales de la salud.⁽⁴⁴⁾ Los resultados encontrados en el presente estudio revelan que solo conocen el procedimiento final de los momentos quirúrgicos, lo que posiblemente, tenga repercusiones en la seguridad del paciente o usuario que se someta a un proceso quirúrgico.

Los resultados de este estudio, se asemeja al estudio concluido por Pozo C.⁽⁹⁾ quien llego a los siguientes resultados, 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%). Podemos concluir que existen dos puntos del primer momento (ENTRADA) que no se cumplen a cabalidad, posiblemente por diversos factores que tenga el profesional de la salud, uno de estos, sería la falta de conocimientos, lo que se asemeja con el estudio presente; en donde la mayoría de los profesionales **no conocen** sobre los aspectos del momento de la ENTRADA, sin embargo, el estudio de Pozo C, no toca los momentos de la PAUSA QUIRURGICA y SALIDA, para compararlos con los resultados hallados en el presente estudio.

A diferencia de los resultados en que se encontraron Izquierdo B.⁽¹²⁾ concluye que En la etapa antes de la inducción anestésica se cumple 91% en la Pausa quirúrgica cumple 77% y en la tercera etapa cumple 58%. Podemos determinar que a diferencia de nuestro estudio. El conocimiento podría ser bueno en el momento de la entrada, Pausa y Regular en la Salida del Acto quirúrgico. Los resultados hallados en el presente estudio difieren de estos, debido a que en la tabla N°2 se muestra que solo 41% de profesionales **conocen** los procesos del momento de la ENTRADA, 35% **conocen** sobre el momento de la PAUSA QUIRURGICA finalmente 80% de los profesionales **conocen** sobre el momento de la SALIDA. (Ver anexo 5)

Sobre la base de los mejores datos disponibles se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1,4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios.⁽³¹⁾ Lo que nos lleva a pensar que resulta imperativa la evaluación del conocimientos del Profesional de Salud involucrado en el área de salud de Quirófano; la OMS propuso la Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía, con el afán de contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos⁽⁴¹⁾ de modo que el checklist, o LVQ, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales de la salud.⁽⁴²⁾ demostrando así, que el profesional, se encuentra totalmente capacitado y facultado para la buena praxis.

Es así que mediante la correcta aplicación de la LVSC en sus tres momentos (ENTRADA, PAUSA QUIRURGICA Y SALIDA) el profesional demuestra que tiene buen nivel de conocimientos. Para tal caso, para efectuar la LVSC, el coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Se recomienda que sea una enfermera circulante, pero puede ser cualquier médico o profesional de la salud que participe en la intervención quirúrgica)⁽⁴²⁾ puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no ha sido cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.⁽⁴³⁾ En cada una de las fases, antes de continuar con el

procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.⁽⁴⁵⁾

- C) En cuanto a los resultados respecto a la comparación de conocimientos entre los profesionales, se halló que el 68% de Cirujanos tienen conocimiento **regular** a comparación del 86% de anestesiólogos que tienen conocimiento **bueno**, además el 38% de enfermeras poseen conocimiento **deficiente**, a comparación del 50% de de las mismas que tienen conocimiento **bueno**. El 14 % de anestesiólogos tienen conocimiento **deficiente** a comparación del 19% de cirujanos que también tienen conocimiento **deficiente**. El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con la finalidad de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. Estas pueden ser todo lo audaces o complejas posibles pero en todos los casos deben ser puestas a prueba. La forma de hacerlo es por medio de la observación y experimentación.⁽¹⁸⁾ la muestra del presente estudio está relacionada directamente con el tema, no obstante, cada profesional tiene diferente nivel de conocimiento, de acuerdo a la experiencia de la cual hayan sido partícipes.

En un ensayo preliminar en Argentina, donde se insinuaron las dificultades que traería un cambio de organización: había inicialmente más fallas que operaciones, fundamentalmente debidas a factores humanos como, por ejemplo, no dar trascendencia a hechos puntuales destacados por la lista de verificación quirúrgica, señalados previamente al ensayo en una instrucción dirigida tanto a médicos como al personal paramédico (instrumentadoras, enfermeras, técnicos) y cuya acción u omisión podían hacer insegura esa cirugía al producir un evento adverso.⁽⁴⁴⁾ Estas fallas se debían a la falta de aplicación de la lista de verificación y no a una técnica quirúrgica inadecuada que podía poner en riesgo al paciente quirúrgico. ⁽⁴⁴⁾ El ensayo podría de cierto modo relacionarse a los resultados obtenidos en el presente estudio debido a que gran parte de los encuestados a comparación, difieren en conocimientos.

En el estudio realizado por Figueroa W. 2014 concluye en que las enfermeras consideraban que la razón por la cual no podía aplicar en un 100% la LVSC era la

falta de unión en el equipo quirúrgico.⁽¹¹⁾ podría deberse a esta situación, por la que los profesionales tengan un nivel de conocimientos diferentes, siendo estos los que laboran en un mismo servicio.

Otro estudio realizado por Pérez Q. 2014, concluye en que la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCIÓN FAVORABLE, existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE⁽¹³⁾; que podría entenderse como una de los factores de que cada profesional tenga un nivel de conocimientos diferente. A diferencia del presente estudio, que indica que todos los profesionales están de acuerdo con la implementación de la LVSC. (ANEXO 7 – TABLA N° 7)

Analizando los resultados obtenidos por otros investigadores y en comparación a lo hallado en el presente estudio, podría relacionarse, la percepción y la diferencia de conocimientos individualmente en cuanto a Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras, el nivel de conocimiento es **bueno** en anestesiólogos, y **bueno** y **deficiente** en enfermeras. La OMS, propone la LVSC con el afán de promover el desarrollo de prácticas seguras, fácilmente reconocidas, fomentar una mejor comunicación en el trabajo de un equipo multidisciplinario y se debe poner todo el empeño educativo con ese objetivo.⁽⁴⁵⁾ En nuestro estudio, se analizó el factor, o los factores que determinarían cual es la causa de la incorrecta aplicación de la LVSC y la diferencia de conocimientos que posee cada profesional respectivamente. (VER ANEXO 7 – TABLA N° 8)

CONCLUSIONES

Como parte culminante del presente trabajo de investigación y basado en los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

PRIMERA:

Los profesionales de la salud que laboran en el servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca, poseen conocimiento **regular** respecto a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

SEGUNDA:

En relación a los momentos del acto quirúrgico es, el conocimiento es:

- ENTRADA: los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano del HCMM 2017, **no conocen** el momento de la ENTRADA.
- PAUSA QUIRURGICA: los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano del HCMM 2017, **no conocen** el momento de la PAUSA QUIRURGICA.
- SALIDA: los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano del HCMM 2017, **conocen** el momento de la ENTRADA.

TERCERA:

Los resultados evidencian que los Profesionales de la salud: Anestesiólogos son los que poseen un nivel de conocimientos, **bueno** y mayor conocimiento acerca de la Lista de Verificación en la Seguridad de la cirugía, a comparación de los Cirujanos que tienen conocimientos **regulares** y Enfermeras que poseen conocimientos entre **buenos y deficientes** respecto a la misma.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca

- Instar a la Dirección y Jefaturas de Departamentos de Capacitación y Calidad a realizar capacitaciones sobre: Seguridad del Paciente Quirúrgico y el papel de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura con el fin de sensibilizar al equipo quirúrgico y elevar su nivel de cultura de seguridad del paciente.
- Instar a Jefatura de Enfermería a Capacitar a las Enfermeras para el empoderamiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía, debido a que por la percepción de la investigadora, es el Profesional de Enfermería quien está encargada de la Aplicación de la Lista en el HCMM.
- Instar a la jefatura de Medicina a capacitar a los Cirujanos para fortalecer el trabajo en equipo para la ejecución de la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía.
- Realizar trabajos de investigación relacionados a los conocimientos y prácticas en relación a la Lista de Verificación para una Cirugía Segura

A la Facultad de Enfermería

Que la facultad de Enfermería proponga métodos y estrategias para la enseñanza de la Lista de Verificación en la Seguridad de la Cirugía.

A los Docentes de la Facultad de Enfermería

Que las(los) docentes de las asignaturas de Adulto Hospitalizado, fortalezcan acciones educativas a través de la práctica de la aplicación de la Lista de Verificación, para una Cirugía Segura.

A los Egresados de la Facultad de Enfermería

Debido a la carencia de estudios a nivel regional, se sugiere que se realicen estudios de investigación, sobre conocimientos, aplicación y práctica de la LVSC, para una Cirugía Segura.

A los Profesionales de Enfermería

Informarse para cumplir a cabalidad y correctamente con la LVSC, además de participar en equipos multidisciplinarios para la realizar investigaciones científicas respecto al tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía manual de aplicación. [Internet] 2008 [Citado el 26 de diciembre del 2016]. Recuperado a partir de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
2. Combalia A. Seguridad quirúrgica. [Internet]. [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Recuperado a partir de:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf
3. GUÍA TÉCNICA “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. [Internet] Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos. [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%BAArgico+v4.pdf>
4. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. [Perú]. [Internet] 2010: [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1827.pdf>
5. Cuq B., Runilar R., Tapia V. Percepción de los Profesionales de salud del Uso de Listas de Chequeo para la Seguridad de la Atención del Paciente [trabajo final de Grado en Internet]. [Chile]: Universidad Austral de Chile. [Citado el 28 de febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmc974p/doc/fmc974p.pdf>
6. Collazos C., Bermudez L., Quintero A., Quintero E., Diaz M. Evaluación de la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Hospital General de Medellín. [trabajo final de Grado en Internet]. [Colombia]: Hospital General de Medellín -HGM, Medellín, Colombia. [Citado el 28 de febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2011-investigaciones/evaluacion-de-la-aplicacion-de-la-lista-de-chequeo-para-seguridad.pdf>
7. Astudillo C., Espinosa M. Verificación de la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vazquez, Gualaceo,

- Abril a Septiembre, 2014. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca. [Citado el 28 de febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>
8. Moreta D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Ecuador]: Universidad Central de Ecuador. [Citado el 26 de Diciembre del 2016]. Recuperado a partir de:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/504/1/TL_FigueroaCustodioWendy_Ino%C3%B1anLlauceSonia.pdf<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
9. Pozo C. verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de quito en el año 2015. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Ecuador]: Universidad Central de Ecuador. [Citado el 26 de Diciembre del 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>
10. Andrade P. 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. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Citado el 28 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6546/1/T-UCSG-PRE-MED-525.pdf>
11. Figueroa W. Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas en el Proceso de Implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA, Chiclayo Perú, 2014. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Perú]: Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo. [Citado el 26 de Diciembre del 2016]. Recuperado a partir de:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/504/1/TL_FigueroaCustodioWendy

[Ino%C3%B1anLlauceSonia.pdf](#)

12. Izquierdo B. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. . [Trabajo final de Grado en Internet]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Citado el 28 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5078/1/Izquierdo_Baca_Fabiola_d_el_Pilar_2015.pdf
13. Pérez Q. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud – 2014. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Citado el 28 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez_Quispe_Rocio_Marcelly_2015.pdf
14. Cumplimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Especialidad de Traumatología en un Hospital Nacional de Lima, 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Citado el 28 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/437/Cumplimiento%20de%20la%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20lista%20de%20verificaci%C3%B3n%20de%20cirug%20Da%20segura%20en%20la%20especialidad%20de%20traumatolog%C3%ADa%20en%20un%20hospital%20nacional%20de%20Lima%202017.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
15. Rigol A. y Ugalde M. “enfermería de salud mental y psiquiatría”. 1º edición, Editorial Masson, 1999, pag 57
16. Andreu R y Sieber S. “la Gestion Integral del Conocimiento y del Aprendizaje” 2000
17. Entel A. escuela y conocimiento. 1º edición Buenos Aires, 1998. Pag 31
18. Mouriño R., Espinosa P, Moreno L. El Conocimiento Científico [Internet] [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

19. Mochica E. Conocimiento y práctica sobre saneamiento básico en las familias de la comunidad Yapuscachi, Cabana-2014. Tesis de Licenciatura. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de enfermería; 2015.
20. Ministerio de la Educación. Evaluación de los Aprendizajes 2002. Un Marco de Cumplimiento de Competencias. Lima- Perú. Pág. 28
21. Segarra M., Ilusar J. concepto, tipos y dimensiones del conocimiento estratégico. [Internet] universidad Jaume I, castellon._[Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<file:///C:/Users/TM/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043.pdf>
22. HESSEN J., Gaos J. Teoría Del Conocimiento. [Internet] Instituto latinoamericano de ciencias y artes. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<https://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/teoria-del-conocimiento1.pdf>
23. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas. [Internet] Segundo reto mundial para la seguridad del paciente. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
24. Evolución de la Cirugía: la meta es lograr procedimientos quirúrgicos. [Internet] Dirección General de Cómputo y de Tecnologías de Información y Comunicación - UNAM septiembre del 2012. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art92/art92.pdf>
25. Manual de Seguridad del Paciente Quirúrgico - Servicio Cantabro de Salud (scs). [Internet] Gobierno de Cantabria, consejería de sanidad y de servicios sociales. 2014 [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%BArgico+v4.pdf>
26. Instituto Clínic de Especialidades Médicas y Quirúrgicas (ICEMEQ). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. [Internet] Hospital Clínic de Barcelona. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1777/63/1v00n1777a90090766pdf001.pdf>

27. N. Saad, R. Ferreres. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO [Internet] Universidad UBA – Argentina s/f. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/la_seguridad_del_paciente_quirurgico.pdf
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Madrid 2016 [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
29. Moreno A. Seguridad del Paciente en el Área Quirúrgica: Aspectos Jurídicos Positivos de la Implantación del Checklist O Lista de Verificación Quirúrgica. [Internet] Universidad Pontificia Comillas (1997-2013) [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2011-investigaciones/evaluacion-de-la-aplicacion-de-la-lista-de-chequeo-para-seguridad.pdf>
30. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente. Una Atención Limpia es una Atención más Segura [Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005-2006 [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/retomundialproseguridadpaciente.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. 59ª Seguridad del Paciente. [Internet] Asamblea Mundial de la Salud 2006 Seguridad del Paciente OMS [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
32. García B. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Monografías humanitarias 2004, 8:209-220
33. World Health Organization Clean care is Safer care. [Internet]. [Citado el 23 de Marzo del 2017] Clean Care is Safer Care. Recuperado a partir de:
<http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html>

34. World Health Organization. Patient Safety. [Internet]. [Citado el 23 de Marzo del 2017] Recuperado a partir de:
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>
35. World Health Organization The evolving threat of antimicrobial resistance - Options for action. [Internet]. [Citado el 23 de Marzo del 2017] Patient safety. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/>
36. World Health Organization Draft global action plan on antimicrobial resistance [Internet] WHO; 2015. [Citado el 23 de Marzo del 2017] Drug resistance Recuperado a partir de: http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/
37. World Health Organization Patients for patient safety. [Internet]. Patient safety [Citado el 23 de Marzo del 2017] Recuperado a partir de:
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/index.html
38. World Health Organization From information to action. Reporting and learning for patient safety. [Internet]. Patient safety [Citado el 23 de Marzo del 2017] Recuperado a partir de:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/en/
39. Cresswell KM, Panesar SS, Salvilla SA, Carson-Stevens A, Larizgoitia I, Donaldson LJ, et al. on behalf of the World Health Organization's (WHO) Safer Primary Care Expert Working Group. Global Research Priorities to Better Understand the Burden of Iatrogenic Harm in Primary Care: An International Delphi Exercise. [Internet] PLOS Medicine. 2013; 10(11); e1001554. [Accedido 20 febrero 2015] Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/primary-care-priorities.pdf>
40. Scielo. Anestesia y seguridad del paciente. Un llamado urgente. (Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación en línea) 2013. (Consultado el 01/10/2016). Recuperado a partir de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200006
41. World Health Organization Action on Patient Safety - High 5s WHO. [Internet] Patient safety [Citado el 23 de Mayo del 2017] Recuperado a partir de:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>
42. Organización Mundial de la Salud. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. [Internet]. Recuperado a partir de:

- <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/retomundialproseguridadpaciente.pdf>
43. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (1ª edición) [consultado 5/12/2013]. Recuperado a partir de:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_Checklist_spa.pdf
44. GRANDE L. Mejorar la seguridad en los quirófanos reduce la mortalidad hospitalaria. Cir. España. 2009; 86: 329–30.
45. Arribalzaga B., Lupica L., Marris D., Ferraina A. Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura. [Internet] Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v102n1/v102n1a02.pdf>
46. Ministerio de Salud. Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. [Internet]. MINSU. Dirección General de Salud de las Personas. Lima, Perú. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA_TECNICA_FINAL_15junio2011.pdf
47. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008. [Citado el 23 de Febrero del 2017]. Recuperado a partir de:
http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
48. Romero E. La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. Revista de Seapa. 2013; XI: p. 31-35.
49. Ministerio de Salud. Estudio de Prevalencia de Infecciones Hospitalarias. [Internet]. 2014. [Citado el 30 de mayo del 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/Protocolo%20Estudio%20de%20Prevalencia_DGE.pdf

ANEXOS

... Vienen

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
		<ul style="list-style-type: none"> • SALIDA <p>Muestras Anatomo patológicas</p> <p>El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.</p> • Finalidad de la LVSC <p>Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.</p> <p>Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.</p> • REALIDAD INSTITUCIONAL <p>De acuerdo con la LVSC Desacuerdo con la LVSC</p> • Principal Inconveniente de la LVSC <p>Falta de conocimiento de su importancia. Falta de tiempo para realizarlo. Falta de unidad en el equipo quirúrgico. Falta de material para realizarlo.</p> 	<p>Conoce = 2pts No conoce= 0 puntos</p> <p>Correcto (2pts) Incorrecto (0pts)</p> <p>2 pts 1 pto</p> <p>2 pts</p>

ANEXO 2

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

Instrucciones:

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

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

PROFESIÓN:

- Cirujano(a) ()
- Anestesiólogo(a) ()
- Enfermero(a) ()

Por cada pregunta solo elija una respuesta.

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

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

- b) Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.
- c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.
- d) Todas son correctas

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

- a) Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.
- b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- d) Mejorar la relación médico paciente.

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

- a) Enfermero (a).
- b) Anestesiólogo (a).
- c) Cirujano (a).
- d) Cualquiera puede realizarlo.

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

- a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función. (V) (F)
- b) Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión. (V) (F)
- c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. (V) (F)

5. **Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:**
- a) 24 horas antes de la incisión
 - b) 60 minutos antes de la incisión
 - c) 30 minutos antes de la incisión
 - d) no importa el momento de la administración.
6. **Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta:**
- a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatómico patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
 - b) La rotulación incorrecta de la muestra anatómico patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
 - c) Las muestras anatómico patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
 - d) Las muestras anatómico patológicas son de interés únicamente del cirujano.
7. **En nuestro medio la lista de verificación en la seguridad de la cirugía:**
- a) Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.
 - b) Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.
 - c) Aumentaría el tiempo quirúrgico.
 - d) Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.
8. **¿Qué lograría la implementación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?**
- a) Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.

- b) Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- c) Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación son suficientes para disminuir complicaciones.
- d) Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

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

- a) Estoy de acuerdo.
- b) No estoy de acuerdo.

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

- a) Falta de conocimiento de su importancia
- b) Falta de tiempo para realizarlo
- c) Falta de unidad en el equipo quirúrgico
- d) Falta de material para realizarlo

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 3

NIVEL DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: DETERMINACIÓN DEL COEFICIENTE ESTADÍSTICO DE ALFA DE CRONBACH.

SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	16
3	2	0	2	0	2	0	2	0	2	2	12
4	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	14
5	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	16
6	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
7	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	14
8	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	14
9	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	14
10	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	14
VARIANZA	0.933	1.111	0.93	1.11	1.11	0.711	0.4	0.4	0	0	3.778

k	10	
sum Vi	6.711	
Vt	3.78	
sec 1	1.11	
sec2	-0.78	0.78
salfa	0.86	

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right)$$

Dónde:

K: El número de ítems.

Vi: Sumatoria de Varianzas de los Ítems.

Vt: Varianza de la suma de los Ítems.

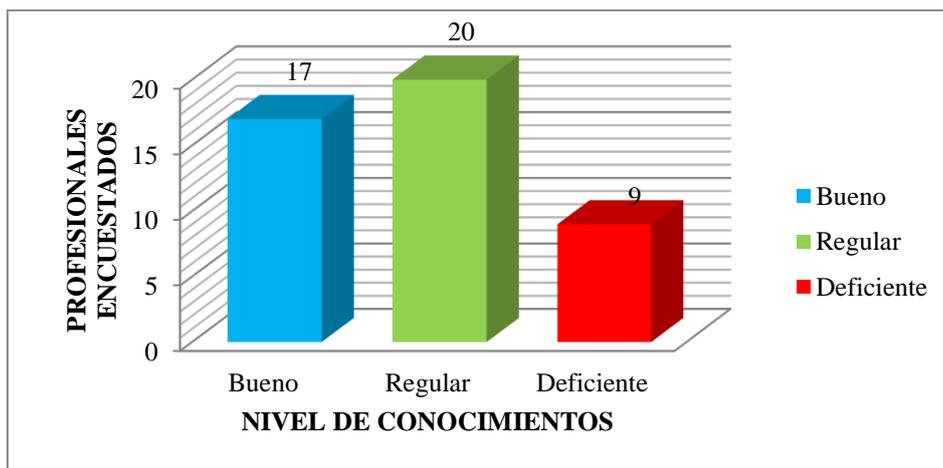
α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

EL RESULTADO DE DETERMINACION DEL COEFICIENTE ESTADÍSTICO DE ALFA DE CRONBACH, RESULTO 0.86, QUE INDICA QUE EL INSTRUMENTO ES CONFIABLE.

ANEXO 4

GRAFICO N° 1

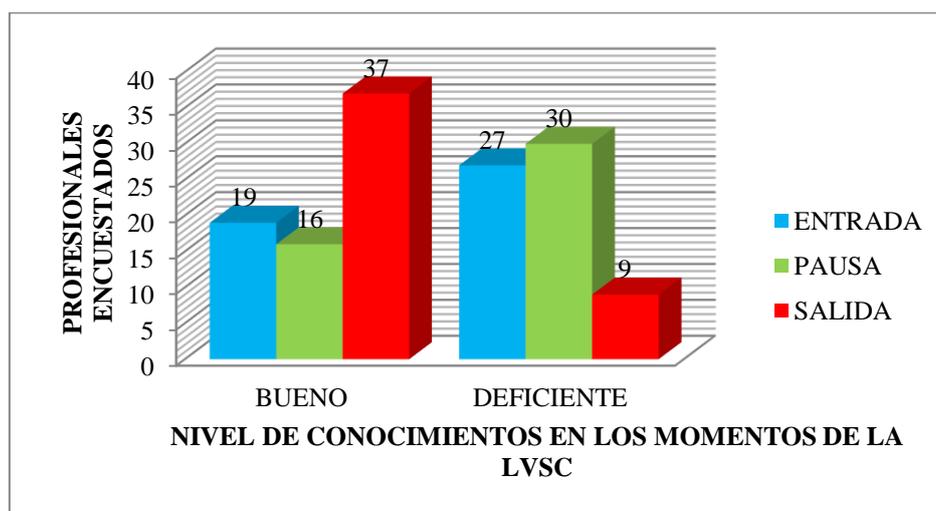
CONOCIMIENTOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2017



Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

GRAFICO N° 2

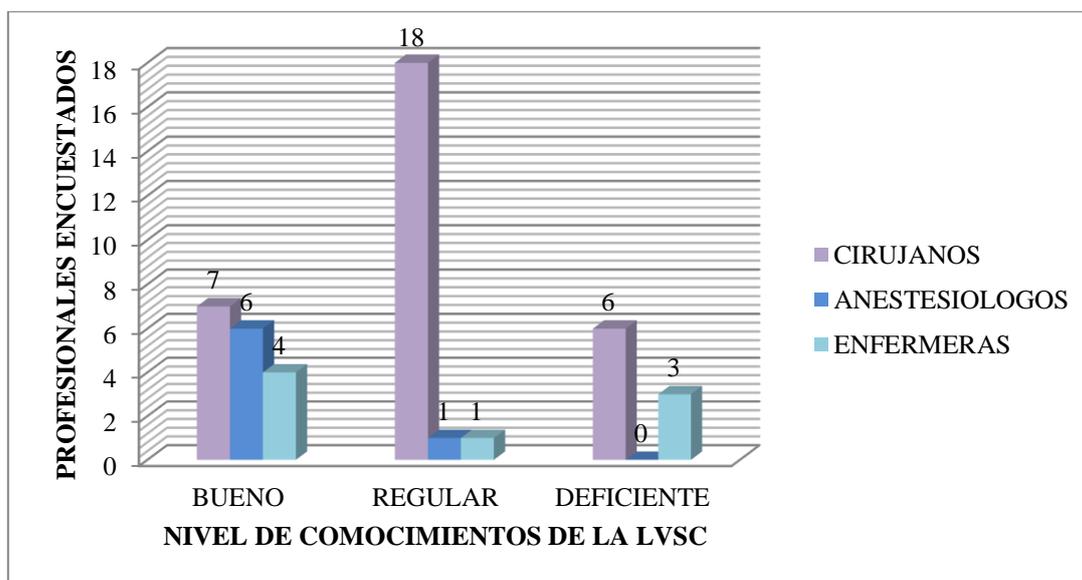
CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, SEGÚN LOS TRES MOMENTOS QUE BRINDA: ENTRADA, PAUSA QUIRÚRGICA Y SALIDA



Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

GRAFICO N° 3

COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN PROFESIONALES CIRUJANOS, ANESTESIÓLOGOS Y ENFERMERAS



Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

ANEXO 5

TABLA N° 4

**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA
CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA ENTRADA – CIRUJANOS**

CONOCIMIENTO ENTRADA - CIRUJANOS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.	31	100%	0	0%	31	100%
Es obligatoria la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.	19	61%	12	39%	31	100%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento no puede continuar con las demás constantes vitales.	11	35%	20	65%	31	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 4.1

**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA
CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA ENTRADA– ANESTESIOLOGOS**

CONOCIMIENTO ENTRADA ANESTESIOLOGOS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.	7	100%	0	0%	7	100%
Es obligatoria la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.	4	57%	3	43%	7	100%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento no puede continuar con las demás constantes vitales.	5	71%	2	29%	7	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 4.2

**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD
DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA ENTRADA – ENFERMERAS**

CONOCIMIENTO ENTRADA - ENFERMERAS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.	8	100%	0	0%	8	100%
Es obligatoria la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.	5	63%	3	38%	8	100%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento no puede continuar con las demás constantes vitales.	4	50%	4	50%	8	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 5

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES CIRUJANOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA PAUSA QUIRÚRGICA

PAUSA QUIRURGICA – PROFILAXIS ANTIBIOTICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Administración dentro de los 60 minutos	6	19%	25	81%	31	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 5.1

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES ANESTESIÓLOGOS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA PAUSA QUIRURGICA

PAUSA QUIRURGICA – PROFILAXIS ANTIBIOTICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Administración dentro de los 60 minutos	5	71%	2	29%	7	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 5.2

CONOCIMIENTO DE LAS PROFESIONALES ENFERMERAS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL MOMENTO DE LA PAUSA QUIRURGICA

PAUSA QUIRURGICA – PROFILAXIS ANTIBIOTICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Administración dentro de los 60 minutos	5	63%	3	38%	8	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N°6

**CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES CIRUJANOS SOBRE LA LISTA
DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL
MOMENTO DE LA SALIDA**

SALIDA - ROTULACION DE MUESTRA ANATOMO PATOLOGICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomico patológica obtenida en la intervención quirúrgica.	25	83%	6	20%	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 6.1

**CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES ANESTESIÓLOGOS SOBRE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL
MOMENTO DE LA SALIDA**

SALIDA - ROTULACION DE MUESTRA ANATOMO PATOLÓGICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomico patológica obtenida en la intervención quirúrgica.	6	86%	1	14%	7	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 6.2

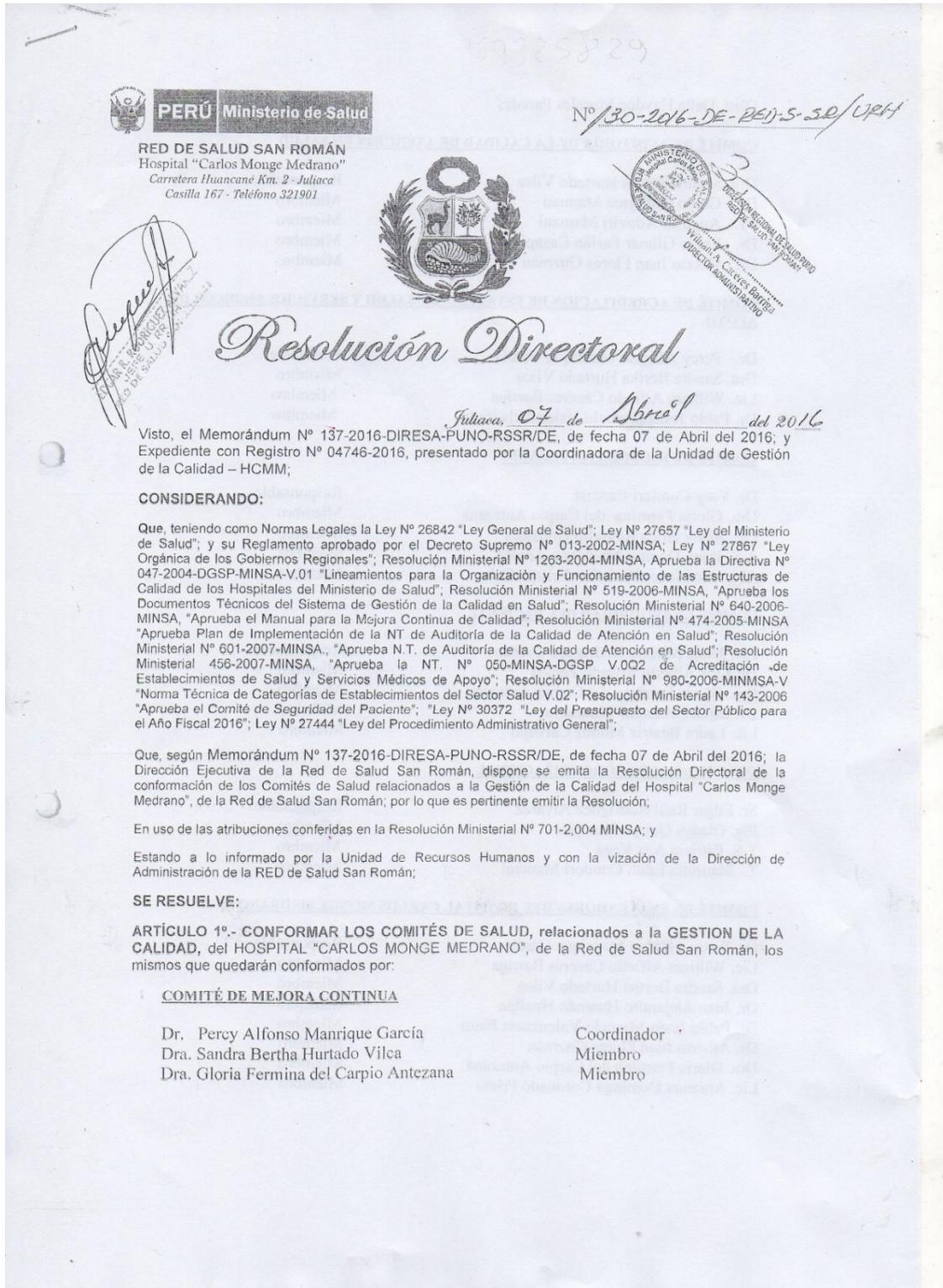
**CONOCIMIENTO DE LAS PROFESIONALES ENFERMERAS SOBRE LA LISTA
DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA SEGÚN EL
MOMENTO DE LA SALIDA**

SALIDA - ROTULACION DE MUESTRA ANATOMO PATOLÓGICA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.	7	88%	1	13%	8	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

ANEXO 6

RESOLUCION DIRECTORAL DE COMITES DE SALUD RELACIONADOS A LA GESTION DE LA CALIDAD DEL HCMM DE JULIACA



Obst. Delia Haydee Morales Paredes Miembro

COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

Dra. Sandra Bertha Hurtado Vilca Responsable
Dr. Guido Gutiérrez Mamani Miembro
Dr. Augusto Aduviri Mamani Miembro
Dr. Ennio Gilmar Farfán Casapino Miembro
Dr. Alberto Juan Flores Guzmán Miembro

COMITÉ DE ACREDITACION DE ESTABLEC. DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO.

Dr. Percy Alfonso Manrique García Presidente
Dra. Sandra Bertha Hurtado Vilca Miembro
Lic. William Alfredo Cáceres Barriga Miembro
Dr. Pablo Jesús Marcelo Valenzuela Pinto Miembro

COMITÉ DE ESCUCHA AL USUARIO

Dr. Yury Condori Carcasi Responsable
Dra. Gloria Fermina del Carpio Antezana Miembro
Lic. Jhony Hilda Rosselló Gonzales Miembro
A.S. Dany Danitsa Machicao Angles Miembro
Abg. Alcibiades Ruderico Urrutia Cuba Miembro

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lic. Juana Miriam Rodríguez Oviedo Responsable
Dr. Luis Alberto Rosado Tejada Miembro
Dra. Gloria Fermina del Carpio Antezana Miembro
Dr. Ismael Mamani Huarsaya Miembro
Lic. Laura Beatriz Muñoz Carbajal Miembro

COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Sr. Edgar Raúl Rodríguez Álvarez Responsable
Plg. Gladys Quispe Humpiri Miembro
T.S. Patricia Aza Vega Miembro
T. Mauriola Edith Condori Mamani Miembro

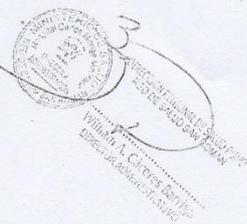
COMITÉ DE EVALUADORES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Percy Alfonso Manrique García Responsable
Lic. William Alfredo Cáceres Barriga Miembro
Dra. Sandra Bertha Hurtado Vilca Miembro
Dr. Juan Alejandro Huamán Huallpa Miembro
Dr. Pablo Jesús Marcelo Valenzuela Pinto Miembro
Dr. Alberto Juan Flores Guzmán Miembro
Dra. Gloria Fermina del Carpio Antezana Miembro
Lic. Amanda Dominga Coronado Prieto Miembro



RED DE SALUD SAN ROMÁN
Hospital "Carlos Monge Medrano"
Carretera Huancañé Km. 2 - Juliaca
Casilla 167 - Teléfono 321901

N° 130-2016-DE-DEJ-S-SP/CPM





Resolución Directoral

Lic. Demetrio Héctor Zapana Machicado
CPC. Indalecio Huaranca Quino

Juliaca, 07 de Abril del 2016

Miembro
Miembro

COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Percy Alfonso Manrique García	Director HCMM
Dar. Sandra Bertha Hurtado Vilca	Responsable.
Dr. Augusto Aduviri Mamani	Miembro.
Dr. Alberto Flores Guzmán	Miembro.
Dr. Pablo J. M. Valenzuela Pinto	Miembro
Dr. Yury Condori Carcasi	Miembro
Obst. Delia Haydee Morales Paredes	Miembro
Lic. Nury Amabel Reyes León	Miembro
Lic. William Alfredo Cáceres Barriga	Miembro
Dra. Gloria Fermina del Carpio Antezana	Miembro
Q.F. Sandra Patricia Pérez Valencia	Miembro

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. GINECO OBSTETRICIA

Dra. Sandra Bertha Hurtado Vilca	Presidente
Dr. Víctor Ángel Candía Mengoa	Auditor
Dra. Laura Del Carpio Condori	Vocal
Obst. Delia Haydee Morales Paredes	Coord. de Auditoria

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. DE MEDICINA

Dr. Guido Gutiérrez Mamani	Presidente
Dr. Jesús Salvador Gómez Pineda	Auditor
Dr. Yury Mengoa Quintanilla	Vocal
Dra. Nuria Rocío Portugal Catacora	Coord. de Auditoria

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. DE CIRUGIA

Dr. Hernán Casimiro Lupa Quisocala	Presidente
------------------------------------	------------

Dr. Wilfredo Antonio Olave Benites	Auditor
Dr. Wilber Percy Choque Salcedo	Vocal
Dr. Rolando Percy Zela Campos	Coord. de Auditoria

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. PATOLOGIA CLINICA Y LABORATORIO

Dr. Pablo Jesús Marcelo Valenzuela Pinto	Presidente
T.M. Julieta Mendoza Mamani de Quispe	Auditora
T.M. Teófila Carmen Aliaga Valencia	Vocal

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. DE ODONTOESTOMATOLOGIA

Dr. Carlos Miguel Jaén Núñez	Presidente
Dr. Aldemar Heraclio Angles Angles	Auditor

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. DE PEDIATRIA
SERVICIO DE PEDIATRIA

Dra. Augusto Aduviri Mamani	Presidente
Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido	Auditor
Dr. Oscar Andrés Huenece Castro	Vocal

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Dr. Alberto Juan Flores Guzmán	Presidente
Dr. Dean Oliver Chevarría CCacallaca	Auditor
Dra. Roxana Rebeca Flores Cáceres de Calderón	Vocal

COMITÉ DE AUDITORIA DEL DPTO. DE EMERGENCIA

Dr. Jorge Enrique Sotomayor Perales	Presidente
Dr. Wilber Stefan Ticona Arapa	Auditor
Lic. Demetrio Héctor Zapana Machicado	Vocal

COMITÉ DE AUDITORIA DEL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS

Dr. Percy Alfonso Manrique García	Presidente
Dr. Rolando Percy Zela Campos	Auditor
Lic. Amanda Dominga Coronado Prieto	Vocal

ARTICULO 2°.- TRANSCRIBIR copia de la presente Resolución, a los mencionados servidores para su conocimiento e instancias administrativas pertinentes y consignar en su Legajo Personal.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



Jorge E. Sotomayor Perales
Dr. Jorge E. Sotomayor Perales
C.M.P. 34770 R.M.E. 20932 P.N.E. 73096
DIRECTOR EJECUTIVO

ANEXO 7

**ANÁLISIS DE LOS DOS ÚLTIMOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO
ENCUESTA DIRECTA PARA LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE
LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA,
ESTABLECIDA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

REALIDAD INSTITUCIONAL

Los dos últimos ítems del cuestionario denominado: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, establecida por la Organización Mundial de la Salud, se enfocó a la realidad institucional en el mes de abril del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2017, en donde se pudo determinar lo siguiente:

TABLA N° 7

**IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA
SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN LA INSTITUCIÓN**

De Acuerdo con la implementación de la LVSC	Cirujanos		Anestesiólogos		Enfermeras	
	N°	%	N°	%	N°	%
de acuerdo	31	100%	7	100%	8	100%
en desacuerdo	0	0%	0	0%	8	100%
total	31	100%	7	100%	8	100%

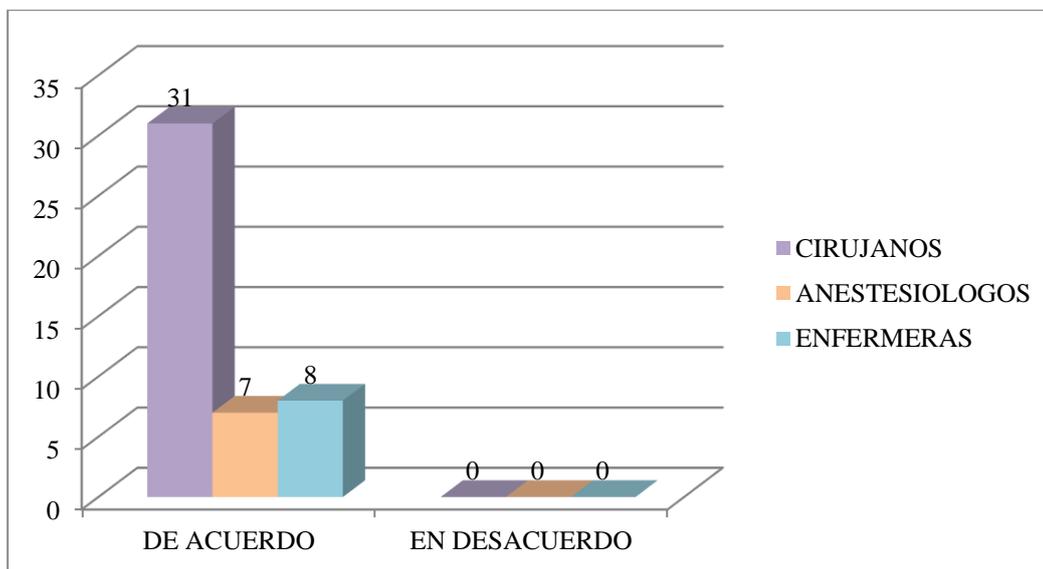
Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

El 100% de los profesionales que conforman el equipo quirúrgico del Servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca están de acuerdo con la implementación de la lista de verificación de la cirugía segura en la institución.

En el estudio realizado en Lima por Pérez Q.⁽¹³⁾ concluye en que “en relación a la UTILIDAD de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS, En relación concluye en que la APLICACIÓN de la LVCS, podemos concluir que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCIÓN FAVORABLE, existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE; además que los resultados que se halló pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica y por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos., lo que difiere con los resultados encontrados en la presente investigación, puesto que el 100% está de acuerdo con la Implementación de la Lista de Verificación en la seguridad de la Cirugía.

GRAFICO N° 4

- IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN LA INSTITUCIÓN



Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

TABLA N° 8

**INCONVENIENTES DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA.**

Principal inconveniente de la aplicación de la LVSC	Cirujanos		Anestesiólogos		Enfermeras	
	N°	%	N°	%	N°	%
a) Falta de conocimiento de su importancia.	24	77%	3	43%	7	88%
b) Falta de tiempo para realizarlo.	2	6%	1	14%	0	0%
c) Falta de unidad en el equipo quirúrgico.	5	16%	3	43%	1	12%
d) Falta de material para realizarlo.	0	0%	0	0%	0	0%
total	31	100%	7	100%	8	100%

Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

El cuadro muestra que el 77% de profesionales cirujanos, 43% de profesionales anestesiólogos y 88% de las profesionales enfermeras coinciden que el principal inconveniente para la aplicación de la Lista de Verificación es la falta de conocimiento sobre su importancia, el 16% de Cirujanos, 43% de Anestesiólogos y 12% de Enfermeras considera que a el principal inconveniente para la aplicación de la lista es la falta de unidad en el equipo quirúrgico y el 6% de cirujanos, 14% de anestesiólogos considera que es la falta de tiempo para realizarla, el principal inconveniente.

El estudio realizado por Figueroa A. en Chiclayo concluye en que la mayoría de las profesionales enfermeras consideran que la causa de incumplimiento de la LVSC es el desinterés por parte de todo el equipo quirúrgico y la falta de compromiso para ejecutar la misma por parte del profesional médico. ⁽¹¹⁾

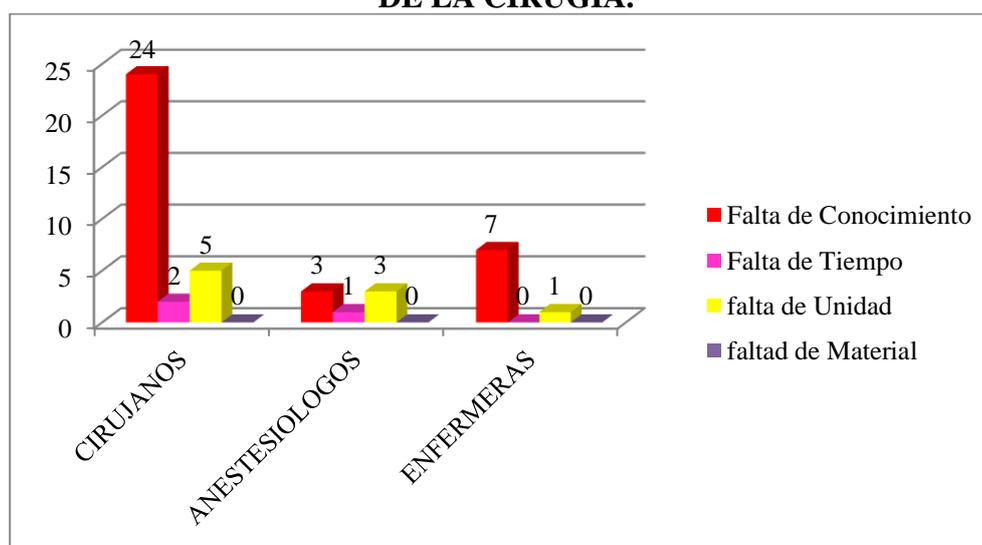
Lo que se asemeja parcialmente a los resultados obtenidos en el presente estudio, debido a que la mayoría de profesionales cirujanos (77%), anestesiólogos (43%) y enfermeras (88%) consideran que el principal inconveniente para la aplicación de la LVSC es la falta de conocimientos de su importancia; pero un 43% de profesionales anestesiólogos, también

considera que el principal inconveniente es la falta de unidad en el equipo quirúrgico; estos resultados podrían asimilarse relativamente al estudio concluido por Figueroa W. ⁽¹¹⁾ que, concluye que existe carencia en el equipo quirúrgico, trabajando como tal; lo que desde el punto de vista de los profesionales anestesiólogos viene aconteciendo, no obstante, tiene poca similitud con la perspectiva de los profesionales cirujanos y enfermeras debido a que los mismos, consideran que hay carencia respecto al conocimiento de la lista de verificación de la cirugía.

Por otro lado, el estudio realizado en Colombia, por Moreta D. concluye en su estudio que, los anestesiólogos y cirujanos coinciden que el principal inconveniente para su aplicación es la falta de conocimiento sobre su importancia, a relación de las enfermeras que consideran que la falta de unidad de equipo es la razón por la que la lista de verificación no puede ser llevada a cabo. Los resultados de este estudio son semejantes a los resultados hallados en el presente; por lo que se determina que los principales inconvenientes para la ejecución de la LVSC son Falta de conocimiento de su importancia, y la falta de unción en el Equipo Quirúrgico.

GRAFICO N° 5

INCONVENIENTE DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA.



Fuente: Encuesta aplicada a Profesionales de la Salud que laboran Quirófano del HCMM 2017

ANEXO 8

PLAN DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA

JUSTIFICACIÓN

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por ende, la seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. Las intervenciones quirúrgicas representan una terapéutica indispensable de todo el equipo de salud que participan en ella; puede estimarse que anualmente se realizan 234 millones de cirugías mayores en los países más desarrollados del mundo. Este aumento de los actos quirúrgicos ha llevado consigo, un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado en un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. ⁽¹⁾ Algunos autores han comunicado que la tasa de complicaciones en cirugía en general sería del 36%, pero que los efectos adversos ocurridos en los quirófanos podrían ser la causa de hasta un 18%. ⁽²⁾

El estudio realizado en México en el año 2011, se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación. Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente. ⁽³⁾

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2004 creó una iniciativa denominada una alianza mundial para la seguridad del paciente con el deseo de establecer las políticas necesarias. En octubre del 2005 se lanzó el primer desafío destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones intrahospitalarias bajo el lema “una atención limpia es una atención más segura” en junio de 2008, la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña “Cirugía segura salva vidas”, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. Tras el lanzamiento de la campaña por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos. ⁽¹⁾

En Perú como en muchos países en el año 2010, **según resolución ministerial N° 308 – 2010/MINSA se aprobó la “lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía”, esta lista se decreta como una herramienta imprescindible para mejorar la atención hospitalaria, por lo que su implementación es necesaria legalmente**, el MINSA implementó la guía técnica de la lista de verificación de la cirugía segura, con la finalidad de “disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud.”⁽⁴⁾

ÁMBITO Y POBLACIÓN

Profesional enfermero que labora en el servicio de Quirófano, del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir al mejoramiento del conocimiento del Profesional de Enfermería que labora en centro Quirúrgico.

Objetivos Específicos

- Brindar capacitación Respecto a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Incrementar los conocimientos del personal de enfermería.

- Fomentar el empoderamiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Generar actitudes positivas para el trabajo en equipo, para garantizar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

ORGANIZACIÓN

Enf. Demetria Gallegos

Bach. Reyna Rosa Choquemallco Ticona.

Enf. Norma Y. Aguilar

Enf. Martha R. Yupanqui

Enf. Laura B. Muñoz

Enf. Dioselin S. Calcin

Enf. Gloria F. del Carpio

Enf. Fiorela Prado

Enf. Karen Y. Blanco

ESTRATEGIAS

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS
1° Capacitación a personal enfermero	1° Difundir mediante Capacitación el empoderamiento del Profesional Enfermero para emprender la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

META

Empoderamiento del Profesional de Enfermería para la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para garantizar la seguridad del Paciente.

RECURSOS

Humano

Bach. Reyna Rosa Choquemallco Ticona.

Materiales

- Manual OMS de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Manual MINSA de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución MINSA de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- lapiceros azules
- Papel bond
- Laptop

Financieros

- Cd
- Impresiones
- Refrigerio
- Otros

EVALUACIÓN

Al finalizar la capacitación se generara conductas positivas, además del emprendimiento para el empoderamiento del Profesional Enfermero.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Abril	Mayo
	Semana 4	Semana 1
1° Coordinación y Convenio con el Servicio de Quirófano	X	
2° Capacitación		X
3° Presentación del listado de Problemas		X
4° Presentación del tema central “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”		X
5° Preguntas y Conclusión del Tema		X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía manual de aplicación. (revista en línea) 2008: (consultado el 26/09/2016). Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

- Combalia A. Seguridad quirúrgica. (revista en línea) 2011: (consultado el 23/12/2016). Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

- GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. (revista en línea) S/F: (consultado el 23/12/2016). Disponible en:

<http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%B3rgico+v4.pdf>

- Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (en línea). 2010: consultado el (20/09/2016). Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1827.pdf>

EVIDENCIA

**Fotografías tomadas durante el proceso de recolección de datos en el Hospital
Carlos Monge Medrano de Juliaca**

FOTO N° 1**DESCRIPCIÓN N° 1**

Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, ingreso
– consultorio externo

FOTO N° 2**DESCRIPCIÓN N° 2**

Primer día de la ejecución del proyecto,
presentación a la jefa de servicio y a los
médicos que laboran en el Servicio de
Centro Quirúrgico del HCMM –
JULIACA.

FOTO N° 3**DESCRIPCIÓN N° 3**

Ejecutando el instrumento en Centro Quirúrgico, al finalizar la encuesta al Jefe de Anestesiología.

FOTO N° 4**DESCRIPCIÓN N°4**

Aguardando el inicio de la intervención, para verificar el cumplimiento de la LVSC y abordar a profesionales para encuestarlos.

PROCESO DE CAPACITACIÓN A ENFERMERAS DEL HCMM – JULIACA



DESCRIPCIÓN:

- Concluyendo la capacitación y absolviendo inquietudes respecto a la LVSC, a las enfermeras que laboran en el servicio de Quirófono.
- Firmas de Profesionales enfermeros que asistieron a capacitación respecto a la LVSC que elaboro la investigadora.